

Aline Azevedo de Oliveira

**CONHECER PARA INTERVIR: educação em saúde para cuidadores
informais de idosos no Programa de Atenção à Saúde do Idoso
– ENVELHE-SER – na cidade de Varginha/MG**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo
– Escola Paulista de Medicina para obtenção do título
de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da
Saúde.

SÃO PAULO
2009

Aline Azevedo de Oliveira

**CONHECER PARA INTERVIR: educação em saúde para cuidadores
informais de idosos no Programa de Atenção à Saúde do Idoso
– ENVELHE-SER – na cidade de Varginha/MG**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo
– Escola Paulista de Medicina para obtenção do título
de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da
Saúde.

Orientadora: Macarena Devincenzi

SÃO PAULO

2009

Aline Azevedo de Oliveira

TÍTULO: CONHECER PARA INTERVIR: educação em saúde para cuidadores de idosos no Programa de Atenção à Saúde do Idoso – ENVELHE-SER – na cidade de Varginha/MG

Presidente da Banca: Prof^ª. Dr^ª. Macarena Devincenzi

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima Ferreira Queiroz

Prof^ª. Dr^ª. Ângela Maria Machado de Lima

Prof^ª. Dr^ª. Mônica Rodrigues Perracini

Aprovada em: _____ / _____ / _____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a DEUS, pela força e luz constante em todo meu caminho.

Ao CEDESS pela oportunidade oferecida e pelo apoio constante nesta trajetória, contribuindo para minha aproximação cada vez maior da academia com a prática.

A Prof^a. Dr^a. Macarena Devincenzi, por sua compreensão e demonstrações de apoio e confiança, o que possibilitou através de seu papel de orientadora, tornar possível a realização deste trabalho. Meus eternos e sinceros agradecimentos.

A todos os professores do CEDESS e equipe, pela mostra constante de competência, dedicação e carinho, personificando a figura de educadores reais.

A todos os amigos, “Família CEDESS”, que conheci e que permitiram fazer parte nestes últimos 2 anos, obrigada pela demonstração de companheirismo e pela rica troca de experiências.

Aos funcionários do CEDESS, pela gentileza e atenção recebida.

A todos os participantes desta pesquisa, que em vista de suas dificuldades, disponibilizaram tempo e empenho, entendendo a importância da contribuição deste estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Varginha, pela compreensão da relevância do estudo e, sensibilidade no consentimento para realização deste trabalho.

Aos meus pais, Geraldo e Elenice, pela honestidade e crença infinita em minha capacidade de realização, o que me impulsiona sempre a buscar novos caminhos.

À minha nova família, Edna, Ilson, Tatiana e Willian, meu profundo sentimento de afeto e reconhecimento.

Ao meu marido Rodrigo e minha filha Alice, constante fonte de bondade, energia e fé, vocês me permitiram a compreensão plena da palavra amor

E a mim por ter abraçado esta oportunidade diante de tantos desafios nesta trajetória!

“O conhecimento é uma coisa que exige muitas coisas de nós, que nos faz sentir cansados, apesar de felizes”

(Paulo Freire)

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	iii
Lista de Tabelas.....	vii
Lista de Gráficos.....	viii
Resumo.....	x
Abstract.....	xi
Apresentação.....	xii
1.0. Introdução.....	15
2.0. Referencial Teórico	
2.1. Envelhecimento Populacional	18
2.2. Condição de vida do idoso no Brasil.....	23
2.3. Situação de dependência dos Idosos.....	27
2.4. Papel da família com idoso dependente e algumas considerações	29
2.5. Sobre cuidadores de idosos.....	32
2.6. Políticas públicas de saúde no Brasil voltadas ao contexto idoso	39
2.7. Sobre educação em saúde.....	43
2.8. A Atenção à Saúde do Idoso no Município de Varginha/MG.....	49
3.0. Objetivos.....	52
4.0. Metodologia	
4.1. Características gerais da pesquisa.....	53
4.2. Local da pesquisa.....	53
4.3. Sujeitos.....	54
4.4. Procedimento de coleta de dados	54
4.5. Análise dos dados.....	56
5.0. Resultados e Discussões	
5.1. Conhecendo o idoso dependente.....	59
5.2. Conhecendo o cuidador principal.....	66
5.3. Conhecendo a provisão de cuidados.....	74
5.4. Conhecendo o processo de educação em saúde para cuidadores.....	79
5.4.1. Sob o olhar dos cuidadores de idosos.....	79
5.4.2. Sob o olhar dos profissionais de saúde.....	82
6.0. Diretrizes para elaboração e implantação de grupos de atenção e apoio a cuidadores de idosos informais.....	96
7.0. Considerações Finais.....	98
8.0. Referências Bibliográficas.....	101
9.0. Anexos.....	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Proporção de idosos na população Brasil e grandes regiões, 1991, 1996, 2000 e 2005 (Reproduzido de “indicadores Básicos para a Saúde no Brasil – IBGE 2007)

Tabela 2: Índice de Envelhecimento Brasil e grandes regiões, 1991, 1996, 2000 e 2005 (Reproduzido de “indicadores Básicos para a Saúde no Brasil – IBGE 2007)

Tabela 3: População residente de 60 anos ou mais de idade, em números absolutos e relativos, por sexo, segundo as grandes regiões – 2000. Extraído de: PNAD (2000)

Tabela 4: População residente total e de mais de 60 anos ou mais de idade, total e respectiva distribuição percentual, por situação de domicílio e grupos de idade, segundo as grandes regiões - 2007. Extraído de IBGE – 2008.

Tabela 5: População residente total e de mais de 60 anos ou mais de idade, total e respectiva distribuição percentual, por situação de domicílio e grupos de idade, segundo as grandes regiões - 2007. Extraído de IBGE – 2008.

Tabela 6: Pessoas de 60 anos ou mais de idade, total e respectiva distribuição percentual, por grupos de anos de estudo, segundo as grandes regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas – 2007. Extraído de IBGE, PNAD, 2007.

Tabela 7: Distribuição dos idosos dependentes segundo a faixa etária e o sexo

Tabela 8: Distribuição do cuidador principal segundo o sexo e a faixa etária

Tabela 9: Atividades de lazer dos cuidadores principais

Tabela 10: Definição da palavra “cuidador” pelos próprios cuidadores

Tabela 11: Mudança percebida pelo cuidador após acompanhamento do programa

Tabela 12: Tipo de ajuda/suporte oferecido pelo Programa ENVELHE-SER

Tabela 13: Aspectos positivos e negativos apontados pelos cuidadores sobre o Grupo mensal de apoio para cuidadores e idosos dependentes

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pirâmide populacional global em 2002 e 2050. Reproduzido de WHO – Active Ageing: a policy framework.

Gráfico 2: Pirâmide Etária absoluta – Brasil – 1980

Gráfico 3: Pirâmide etária absoluta Brasil – 2005

Gráfico 4: Pirâmide Etária absoluta – Brasil – 2050. Extraído de : IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050: Revisão 2004

Gráfico 5: Evolução da população de 80 anos ou mais de idade por sexo – Brasil: 1980/2050. Extraído de: IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050: Revisão 2004

Gráfico 6: Domicílios com contribuição de renda dos idosos de mais de 50% do rendimento domiciliar, segundo as Grandes regiões – 1997/2007. Extraído de: IBGE, 2008.

Gráfico 7: Distribuição percentual dos arranjos familiares residentes em domicílios particulares, segundo o tipo – 1997/2007. Extraído de: IBGE, 2008-11-26

Gráfico 8: Dados demográficos referentes a Varginha/MG. Fonte: DATASUS, 2007

Gráfico 9: Distribuição dos diagnósticos clínicos dos idosos dependentes, Varginha, 2008

Gráfico 10: Grau de escolaridade dos idosos dependentes

Gráfico 11: Arranjo familiar doméstico dos idosos dependentes segundo o nº de membros

Gráfico 12: Renda Familiar mensal dentro do arranjo familiar do idoso dependente de acordo com o salário mínimo vigente (R\$415,00)

Gráfico 13: Custos específicos com os idosos dependentes

Gráfico 14: Grau de parentesco dos idosos dependentes com cuidador

Gráfico 15: Grau de dependência dos idosos dependentes percebidos pelo cuidador no dia-a-dia

Gráfico 16: Maior dificuldade enfrentada pelo idoso em seu dia-a-dia

Gráfico 17: Estado civil dos cuidadores principais

Gráfico 18: Escolaridade dos cuidadores principais de idosos dependentes

Gráfico 19: Situação ocupacional do cuidador principal

Gráfico 20: Situação do cuidador que não trabalha fora

- Gráfico 21:** Quantidade de tempo (horas/dia) na provisão de cuidados
- Gráfico 22:** Piora do estado geral de saúde após a provisão de cuidados
- Gráfico 23:** Aspectos de saúde mais afetados dos cuidadores
- Gráfico 24:** Cuidados curativos e preventivos para a saúde realizados pelos cuidadores
- Gráfico 25:** Percepção da qualidade de vida dos cuidadores
- Gráfico 26:** Auto-reconhecimento da função de cuidador
- Gráfico 27:** Tempo que os cuidadores exercem esta função
- Gráfico 28:** Como o cuidador aprendeu a cuidar do idoso dependente
- Gráfico 29:** Recebem ajuda externa para cuidar do idoso dependente
- Gráfico 30:** Atividades relacionadas aos cuidados pessoais, tarefas domésticas e administração financeira em relação a quem realiza o cuidado
- Gráfico 31:** Tempo em que o idoso participa do programa ENVELHE-SER
- Gráfico 32:** Recebeu ajuda/suporte do programa para cuidar de sua própria saúde

RESUMO

CONHECER PARA INTERVIR: educação para cuidadores de idosos no Programa de Atenção à Saúde do Idoso – ENVELHE-SER – na cidade de Varginha/MG

O presente estudo justifica-se diante da rápida mudança do perfil demográfico brasileiro, com o aumento do número de idosos e, conseqüentemente de seus cuidadores, expondo o despreparo do setor público a esta nova realidade, sendo necessária a adoção de medidas que possam combater iniquidades e desenvolver ações sob um olhar multidimensional. Além disso, a literatura aponta a importância de capacitação de recursos humanos para a assistência dessa população, tanto no âmbito profissional como no domiciliar, e a carência de um consenso sobre a educação de cuidadores e pouca produção sobre os programas na área de saúde do idoso. Nesse sentido, este trabalho procura investigar o processo de educação em saúde para cuidadores de idosos no Programa de Atenção à Saúde do Idoso – ENVELHE-SER - em Varginha - MG, apresentando assim a importância de se conhecer as reais necessidades dos cuidadores e os desafios enfrentados pela equipe multiprofissional central, visando a proposta de diretrizes para elaboração e implantação de grupos de atenção e apoio para cuidadores de idosos informais.. Neste contexto, a pesquisa tratou-se de um estudo quantitativo/qualitativo com foco no processo de educação em saúde para cuidadores de idosos, sob a ótica da equipe multiprofissional central e dos cuidadores de idosos inseridos no Programa de Atenção à Saúde do Idoso – ENVELHE-SER – na cidade de Varginha - MG. Para tanto, optou-se pela aplicação da entrevista semi-estruturada aos cuidadores informais de idosos compreendendo questões que possibilitaram conhecer o perfil dos idosos dependentes e cuidadores, a provisão de cuidados e a educação em saúde desenvolvida pelo programa. Posteriormente, utilizou-se a técnica de grupo focal com os profissionais da equipe do programa, conhecendo sob a visão deles a educação em saúde para cuidadores de idosos. Após a análise de dados, foi possível propor diretrizes para os grupos de atenção e apoio aos cuidadores de idosos a partir de 3 diretrizes referentes aos próprios cuidadores de idosos, aos profissionais de saúde envolvidos e as estruturas do setor público para tanto.

Descritores: saúde do idoso; cuidadores de idosos; educação em saúde; políticas públicas do idoso

ABSTRACT

KNOWING TO INTERVENE: education for elder caretakers of the Elder's Health Care Program – ENVELHE-SER – of the city of Varginha/MG

The study justifies itself due to the rapid change of the Brazilian demographic profile caused by the increase of the elder's population and additionally its caretakers, exposing the public sector's lack of skills to tackle this new reality, being necessary the assumption of measures which can fight unfairness and develop actions under a multidimensional viewpoint. Moreover, the literature points out the importance of human resources qualification to look after that population either in the workplace or in their homes, the lack of agreement about the caretakers education and the low production of programs of elder's health care. In this regard, this assignment investigates the education for elder caretakers of the Elder's Health Care Program – ENVELHE-SER – in Varginha/MG, presenting the importance of knowing the actual caretakers' needs and the challenges faced by the multi professional central crew aiming the proposal of policies for creation and implantation of attention groups and support for the informal elder's caretakers. In this context, the research consists of a quantitative/qualitative study focusing on the process of the health education for elder's caretakers under the point of view of the multi professional central crew and the elder's caretakers of the Elder's Health Care Program – ENVELHE-SER – of the city of Varginha/MG. To achieve it, a semi structured interview was applied to the informal elder's caretakers which consists of questions that allowed to disclose the profile of the dependent elders and caretakers, the care provision and the process of health education of the program. Furthermore, the focal group technique was applied by the program crew professionals which allowed knowing their outlook on health education for elder's caretakers. After data analysis it was possible to draw policies for the attention groups and give support for the elder's caretakers from 3 proposals referred to the elder's caretakers themselves, to the healthcare professionals in question and to the public sector structures required.

Keywords: Elder's healthcare; elder's caretakers ; health education; Elder's public policies.

APRESENTAÇÃO

Formei-me a pouco mais de seis anos, mas reconheço como parte importante na construção da minha prática profissional a leitura acerca da profissão que iria escolher antes mesmo de ingressar na vida acadêmica. Uma vez que foi a partir desse ponto que recolhi informações sobre o significado e as implicações sobre a fisioterapia, inter-relacionando a mesma com a minha própria personalidade e percepção sobre a profissão. Neste tempo, dei o primeiro passo no qual fui à busca de me familiarizar com a prática de outros profissionais e informações gerais sobre a fisioterapia.

Já então na faculdade (Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais), adquiri conhecimentos teóricos e fundamentos acerca da fisioterapia, para enfim exercê-los durante a prática em estágios clínicos e hospitalares. Considero esse período a base concreta na construção pessoal de minha prática como fisioterapeuta.

Nesta mesma época acadêmica, durante a realização da monografia tive meu primeiro contato com metodologia (além da disciplina em si) e área de pesquisa, no qual a área escolhida compreendeu “A atuação da fisioterapia no pós-operatório imediato no câncer de mama: um estudo de caso”.

É, a partir desse contato inicial que enxerguei a Fisioterapia de forma muito mais ampla, além da aplicabilidade clínica e de seus recursos de reabilitação, completamente inserida no processo educacional e, de promoção e prevenção à saúde. Compreendi que a orientação ao paciente é um ato de educação em saúde, trabalhando como fator primordial no tratamento em si.

Contextualizando, de acordo com Candeias (1997), o conceito de educação em saúde compreende quaisquer combinações ou experiências de aprendizagem delineadas com intuito de facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Costa e Lopez (1996) também conceituando a educação em saúde discorrem que:

“Conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido na área da saúde, intermediado pelos profissionais da saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde”

Após a conclusão do curso, minha prática profissional esteve firmemente vinculada ao ato educacional – orientação aos pacientes – juntamente com a atuação clínica.

Inicialmente, atuei em atendimentos domiciliares, assim como atualmente, dando assistência principalmente a pacientes com distúrbios neurológicos, tanto através da fisioterapia aplicada quanto através da orientação dos próprios pacientes e seus familiares, enfatizando os cuidados nas atividades de vida diária. Interligado a esta ação, iniciei uma atividade voluntária na Associação dos cuidadores de Alzheimer local (Varginha - MG), no qual compreende um trabalho em equipe multiprofissional administrando palestras de orientações aos cuidadores de idosos. Ainda, neste mesmo período fui convidada pela UNIMED local a administrar cursos para gestantes, junto a outros profissionais, informando sobre as mudanças fisiológicas que ocorrem durante a gravidez e orientando aos cuidados necessários, isto acontecia em forma de apresentações didáticas e atividades práticas.

Diante disso, decidi realizar um curso de pós-graduação a fim de especializar-me e caminhar rumo a um maior conhecimento e reconhecimento profissional. Com isso, optei pelo curso de “Fisioterapia aplicada à saúde da mulher” pela Universidade Gama Filho, tendo desenvolvido como trabalho de conclusão “Revisão da literatura sobre os aspectos respiratórios relacionados ao período gestacional”.

No ano de 2004, adquiri uma clínica de fisioterapia na cidade de Varginha, FISIOCORPUS, com ênfase em Fisioterapia geral, no qual tenho um contato direto e diário com os pacientes, que costumam a passar meses ou até nove meses (no caso de gestantes), no tratamento de reabilitação e prevenção (retornos e orientações domiciliares).

Já no ano de 2005, fui convidada e eleita como vice-presidente da Associação Sul Mineira dos Fisioterapeutas que estimula e promove a Fisioterapia - seus conceitos, especialidades e atuações. Além de oferecer atendimento voluntário para a comunidade carente e palestras para escolas municipais e estaduais, associações de bairros e indústrias locais. E, ainda, ter participação ativa no Conselho Municipal de Defesa dos Direitos dos Deficientes Físicos.

Desenvolvi nesta mesma ocasião, junto a convênios locais, um trabalho como coordenadora do Projeto Desperta Saúde, um programa específico de Fisioterapia em grupo voltado para pessoas na terceira Idade que apresentam patologias instaladas e controladas (diabetes, hipertensão, osteoartrose, etc.), através de exercícios físicos específicos, atividades direcionadas (estímulo a memória, atenção, coordenação, dentre outros) e palestras explanativas.

Mas, foi a partir do ano de 2007, atuando como Fisioterapeuta do Programa Saúde da Família que minha preocupação com a qualidade da saúde pública, a importância do

trabalho interprofissional além de uma atuação isolada e, o compromisso com uma população específica esteve focada aos cuidadores de idosos. Vindo a descobrir que, se meu olhar focalizasse apenas o atendimento clínico aos pacientes, o tratamento fisioterapêutico planejado seria falho, pois quem realmente convive com suas dificuldades e necessidades e, verdadeiramente desenvolve o cuidado destes não estava inserido em meu campo de atuação, a família, ou seja, os cuidadores informais.

Neste processo de descoberta pessoal, é implantado o Programa de Atenção à Saúde do Idoso – ENVELHE-SER -, de iniciativa e responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e de uma equipe central multiprofissional da rede pública de Varginha - MG. O mesmo ocorreu como consequência do rápido processo de envelhecimento da população, acompanhando a transição demográfica e, conseqüentemente, epidemiológica do país, e da crescente demanda dos idosos e familiares pelos serviços sociais e de saúde. Ainda, ações isoladas já vinham acontecendo em várias unidades básicas de saúde e pelos programas saúde da família.

A partir da capacitação pelo programa para as equipes dos serviços de saúde acerca das especificidades na atuação com idoso e a importância de seus cuidadores, é que advém meu objeto de estudo do projeto de pesquisa para o mestrado.

Desta forma, meu interesse converge diretamente para a busca da caracterização dos cuidadores de idosos cadastrados no Programa ENVELHE-SER, a fim de entender suas reais necessidades e, também, os desafios da equipe central frente à educação em saúde desses cuidadores.

1.0. INTRODUÇÃO

A população de idosos vem crescendo significativamente em números absolutos e relativos em todo o mundo, representando um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, pois exige respostas no que diz respeito às políticas de saúde e sociais, dirigidas a essa população específica (IBGE, 2002).

O processo de transição demográfica no Brasil caracteriza-se pela rapidez com que esse aumento da população adulta e idosa vem alterando a pirâmide populacional; inversamente ao que acontece nos países desenvolvidos, onde essa transição se deu de forma lenta, acompanhando a evolução econômica, de crescimento do nível de bem-estar e da redução das desigualdades sociais (MOREIRA, 1998).

Projeções estatísticas da Organização mundial de Saúde (OMS) evidenciaram que os idosos no Brasil, dentre o período de 1950 a 2025 deverá aumentar em 15 vezes, enquanto que o restante da população em 5 vezes, classificando o Brasil como o 6º país quanto ao contingente de idosos em 2025, totalizando cerca de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos (OMS, 2001).

De acordo com Veras (2002):

“...o Brasil é um país que envelhece a passos largos. As alterações da dinâmica populacional são claras, inexoráveis e irreversíveis. No início do século XX, um brasileiro vivia em média 33 anos, ao passo que hoje a expectativa de vida dos brasileiros atinge aos 68 anos. Entre 1960 e 1980, observou-se no Brasil, uma queda de 33% na fecundidade. A diminuição no ritmo de nascimento resulta, em médio prazo, no incremento proporcional da população idosa. Nesse mesmo período de 20 anos, a expectativa de vida aumentou em 8 anos...”

Diante dessa condição de longevidade associa-se a fragilização do envelhecimento humano, tornando o idoso vulnerável às diversas condições patológicas. No contexto brasileiro, estima-se que 85% dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica e, destes pelo menos 10% com no mínimo cinco afecções concomitantes (RAMOS, 2002). E, de acordo com relatório da Organização Mundial de Saúde, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todos os problemas decorrentes das doenças do mundo, estimando que no ano de 2020, 80% da carga de doenças dos países desenvolvidos devem advir de problemas crônicos (OMS, 2003).

Segundo Caldas (2003), a dependência pode ser traduzida por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida. Porém, não é apenas a incapacidade que caracteriza a independência, mas sim, o somatório da incapacidade com a necessidade. Por outro lado, a dependência não é permanente, sendo feita de um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar, ser prevenida e até reduzida, quando há ambiente e assistência adequada.

Estudos revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade necessitam 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 menos (10%) requer auxílio para tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e cama (KARSCH, 1998).

A família tradicionalmente é considerada o mais efetivo sistema de apoio aos idosos e, ainda, deve-se considerar que suas estruturas estão sofrendo rápidas modificações conjunturais e culturais, destacando: número crescente de divórcios, novas uniões, instabilidade no mercado de trabalho, movimentos migratórios em busca de mercados mais promissores, aumento do número de famílias em que a mulher exerce papel de chefe, idosos exercendo chefias de família, dentre outros (KARSCH, 2003; GORDILHO et al, 2001).

Diante disso, é necessário considerar a importância da família e de seu contexto em situações que exigem cuidado, adaptação da mesma e o impacto dessas ações na vida cotidiana do doente na família. Assim como, as mudanças ocorridas durante as fases da vida que afetaram e/ou influenciaram as relações entre o ser cuidado, mais especificadamente o idoso, cuidador e sua família (ALMEIDA, 2005).

O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Uma vez que os cuidadores de idosos experimentam um fardo considerável e sofrem maiores riscos de morbidade psiquiátrica e físicos comparados à população geral e grupos. Confirmando esses fatos, estudos brasileiros sobre cuidadores de idosos indicam sobrecarga psicológicas e sociais com base em grupos selecionados de cuidadores (CALDAS, 2002; NERI, 2002; SANTOS, 2001; KARSCH, 1998).

Entretanto, isso não significa que o estado deva esquecer o seu papel de promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS e, coloque nas mãos da família a responsabilidade em relação a este grupo populacional. Nesse aspecto, as discussões a respeito do envelhecimento populacional no Brasil têm tomado altas dimensões, observando-se um crescimento de políticas públicas aos idosos, assim como

projetos de proteção social. A Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999) reconhece a importância da parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos, possibilitando sistematização de tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se àquelas relacionadas à promoção de saúde, à prevenção de incapacidade e à manutenção da capacidade funcional dos idosos dependentes e de seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamento e outras formas de segregação e isolamento.

O Programa de Atenção à Saúde do Idoso – ENVELHE-SER-, implantado em fevereiro de 2006, é um programa de iniciativa e responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e de uma equipe multiprofissional de Varginha - MG, em consequência de uma série de iniciativas isoladas que aconteciam em várias unidades de saúde da rede municipal em resposta a crescente procura de atendimento pela população idosa e seus cuidadores.

Neste cenário, percebeu-se a necessidade da criação de um serviço integrado de atendimento ao idoso com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e independência da pessoa idosa, com envolvimento de uma equipe multi e interprofissional, a fim de proporcionar medidas individuais e coletivas, priorizando a qualidade de vida. As ações desenvolvidas buscam a promoção, prevenção e reabilitação, permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado e humanizado à pessoa idosa, familiares e seus cuidadores.

Diante do exposto, o presente estudo visa investigar a educação em saúde para cuidadores de idosos informais do Programa de Atenção à Saúde do Idoso – ENVELHE-SER - da cidade de Varginha - MG, sob a ótica de dois grupos de atores: a equipe multiprofissional central e dos cuidadores de idosos.

Espera-se assim, fornecer subsídios para educação em saúde de cuidadores de idosos que respondam as diferentes realidades regionais, respeitando as especificidades de organização local dos serviços, das demandas da população a ser atendida e as características dos recursos humanos existentes.

2.0. REFERENCIAL TEÓRICO

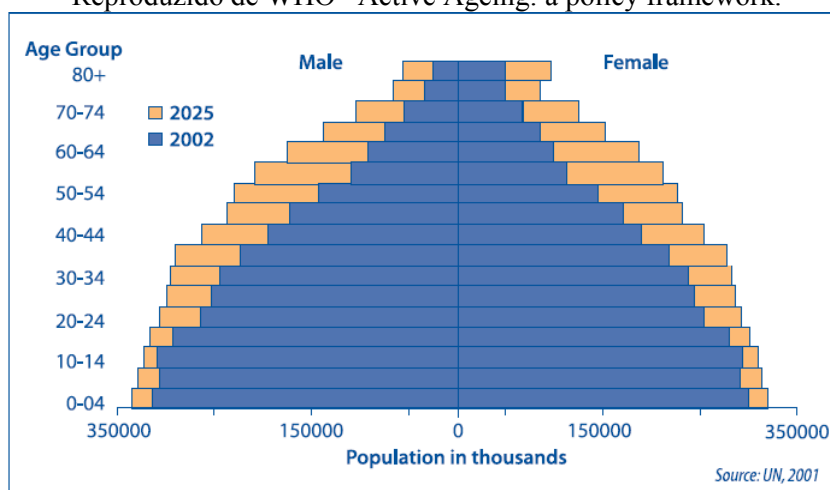
2.1. Envelhecimento Populacional

Complexidade tem sido a palavra-chave que caracteriza o panorama do envelhecimento populacional mundial e os problemas a ele relacionados, com implicações médicas, econômicas, sociais e políticas. Trata-se de um fenômeno simultaneamente global e local, evoluindo preocupantemente a curto e médio prazo, acompanhando a rápida diminuição das taxas de natalidade observadas nos últimos anos na maioria dos países que sinaliza um aumento ainda maior do processo global de envelhecimento da população como um todo (CAMARANO et al, 1999).

Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento populacional ocorreu de forma lenta, acompanhando a situação de evolução econômica, de crescimento do nível de bem-estar e redução das desigualdades sociais. Nos países menos desenvolvidos, esse processo começou mais tarde, mas com maior rapidez, devido aos acessos aos avanços tecnológicos, tais como, assepsia, vacinas, antibióticos e variados recursos de terapias e diagnose, caracterizando o maior motivo da aceleração do processo de transição epidemiológica. Estimam-se aumentos de até 300% da população idosa nesses países, especialmente na América latina (MOREIRA, 1998; TRUELSEN, BONITA & JAMROZIK, 2001).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), em seu último relatório técnico “Perspectiva da população mundial: revisão 2006” elaborado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, o número de pessoas com 60 anos de idade ou mais (atualmente 673 milhões) pode vir a quase triplicar até a metade do século, chegando a dois milhões, ou seja, os idosos representarão quase um quarto da população mundial projetada para 2050. Chama a atenção que nas regiões industrializadas, a população com idade superior a 60 anos (atualmente representa 20% da população), deverá aumentar para 33%. E, nos países em desenvolvimento, essa mesma faixa etária deverá quase duplicar, passando de 245 milhões (2005) para 406 milhões em 2050 (Gráfico 1).

Gráfico 1: Pirâmide populacional global em 2002 e 2050.
 Reproduzido de WHO– Active Ageing: a policy framework.



As the proportion of children and young people declines and the proportion of people age 60 and over increases, the triangular population pyramid of 2002 will be replaced with a more cylinder-like structure in 2025.

No Brasil, observa-se uma verdadeira explosão demográfica da população idosa, apresentando um dos mais agudos processos de envelhecimento populacional entre os países mais populosos. Destacam-se os dados da Organização Mundial de saúde (OMS), onde entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá 16 vezes contra 5 vezes o crescimento populacional total, colocando nosso país como a sexta população em contingente de idosos no mundo. (SANT'ANNA et al, 2003). O Gráfico 2, 3 e 4 evidenciam através de projeções tais transformações populacionais ao se observar a pirâmide etária absoluta, que do tradicional formato triangular de base larga, apresenta bases cada vez mais estreitas.

Gráfico 2 : Pirâmide Etária absoluta – Brasil - 1980

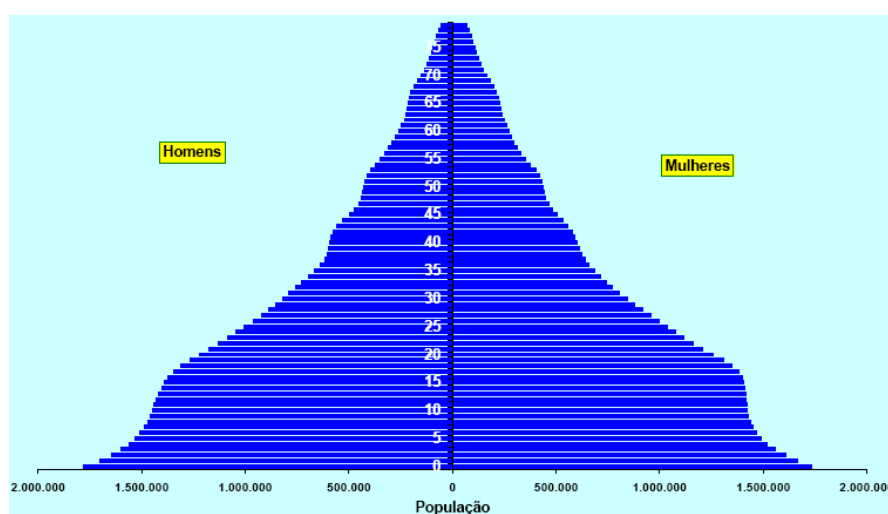


Gráfico 3: Pirâmide etária absoluta Brasil – 2005

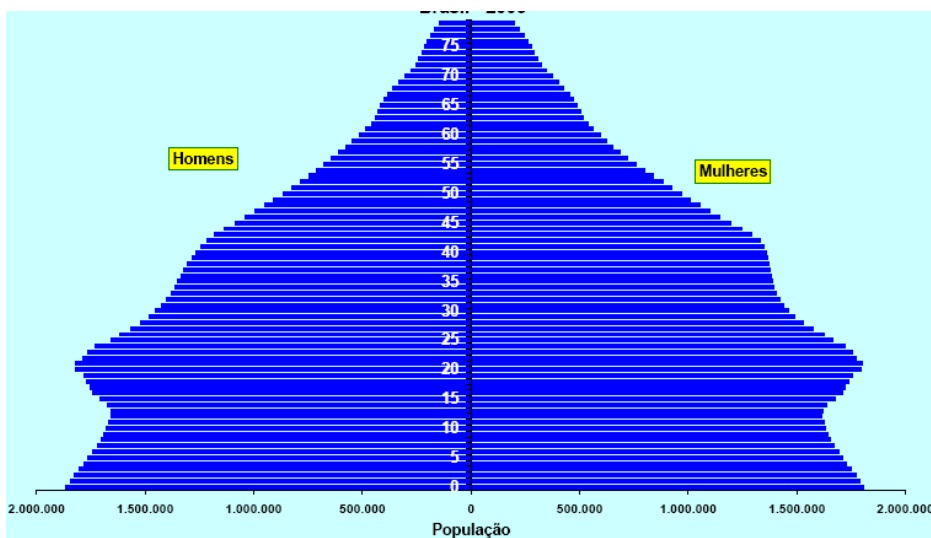
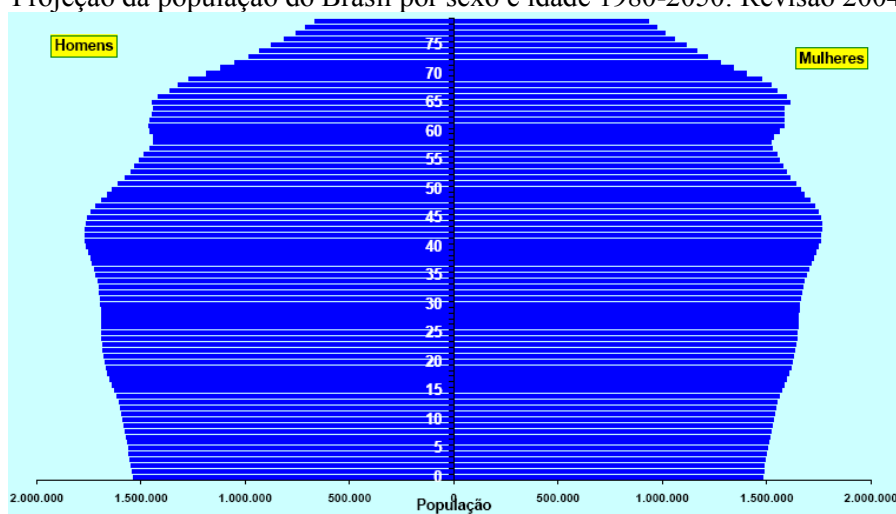


Gráfico 4: Pirâmide Etária absoluta – Brasil – 2050. Extraído de: IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050: Revisão 2004



De acordo com os dados apresentados pelos “Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde – RIPSAs, a proporção de pessoas de 60 e mais anos de idade na população geral vem apresentando tendência ascendente, acompanhando a redução dos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida ao nascer. A Tabela 1 apresenta a proporção de idosos no Brasil, com destaque para a diferença de gênero, ressaltando a crescente feminilização da população idosa. Tal fato vai de encontro aos achados do Projeto SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – (2003) realizado no município de São Paulo, onde encontraram uma maior parcela de

mulheres do que homens entre a população idosa (58,6% de mulheres contra 41,4% de homens), sendo que a estrutura etária das mulheres é mais envelhecida do que os homens (1 em 4 mulheres com 75 anos ou mais e, 1 em cada 5 homens com 75 anos ou mais). Esse acontecimento se deve aos diferenciais de expectativa de vida entre os sexos, sendo um fenômeno mundial, mas que é muito intenso no Brasil, em vista que as mulheres vivem oito anos a mais que os homens.

Tabela 1: Proporção de idosos na população Brasil e grandes regiões, 1991, 1996, 2000 e 2005 (Reproduzido de “indicadores Básicos para a Saúde no Brasil – IBGE 2007

Regiões	Homens				Mulheres				Ambos os sexos			
	1991	1996	2000	2005	1991	1996	2000	2005	1991	1996	2000	2005
Brasil	6,8	7,3	7,8	8,3	7,8	8,5	9,3	10,0	7,3	7,9	8,6	9,2
Norte	4,6	5,1	5,4	5,8	4,6	5,0	5,5	5,9	4,6	5,0	5,5	5,9
Nordeste	7,0	7,4	7,8	8,2	7,5	8,2	9,0	9,8	7,3	7,8	8,4	9,0
Sudeste	7,2	7,7	8,3	8,8	8,7	9,4	10,3	11,0	7,9	8,6	9,3	10,0
Sul	7,1	7,7	8,3	8,9	8,3	9,1	10,0	10,9	7,7	8,4	9,2	9,9
Centro-Oeste	5,2	5,9	6,6	7,2	5,1	5,8	6,7	7,4	5,2	5,9	6,6	7,3

Acompanhando esses dados, o Índice de Envelhecimento – denominado como o número de pessoas com mais de 60 anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado -, mostra a participação crescente de idosos em relação aos jovens na população brasileira. A Tabela 2 a seguir ilustra esse cenário.

Tabela 2: Índice de Envelhecimento Brasil e grandes regiões, 1991, 1996, 2000 e 2005 (Reproduzido de “indicadores Básicos para a Saúde no Brasil – IBGE 2007)

Regiões	1991	1996	2000	2005
Brasil	21,0	25,0	28,9	33,9
Norte	10,9	12,9	14,7	16,6
Nordeste	18,4	22,0	25,5	30,3
Sudeste	25,4	30,3	34,8	40,8
Sul	24,1	28,6	33,4	39,3
Centro-Oeste	14,7	18,3	22,1	26,4

Um fato que merece destaque é o crescimento da população “mais idosa”, considerada aquelas pessoas de 75 anos ou mais, resultando em alterações na própria composição etária e heterogeneidade de características dentro do grupo de idosos. Este

fato permite observar pessoas na faixa de 60 anos “em pleno vigor físico e mental, bem como pessoas na faixa de 90 anos, que devem se encontrar em maior vulnerabilidade (IBGE/PNAD, 2001; CAMARANO et al, 1999). A seguir, Gráfico 5 e a Tabela 3 destacam tal evento .

Gráfico 5: Evolução da população de 80 anos ou mais de idade por sexo – Brasil: 1980/2050. Extraído de: IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050: Revisão 2004

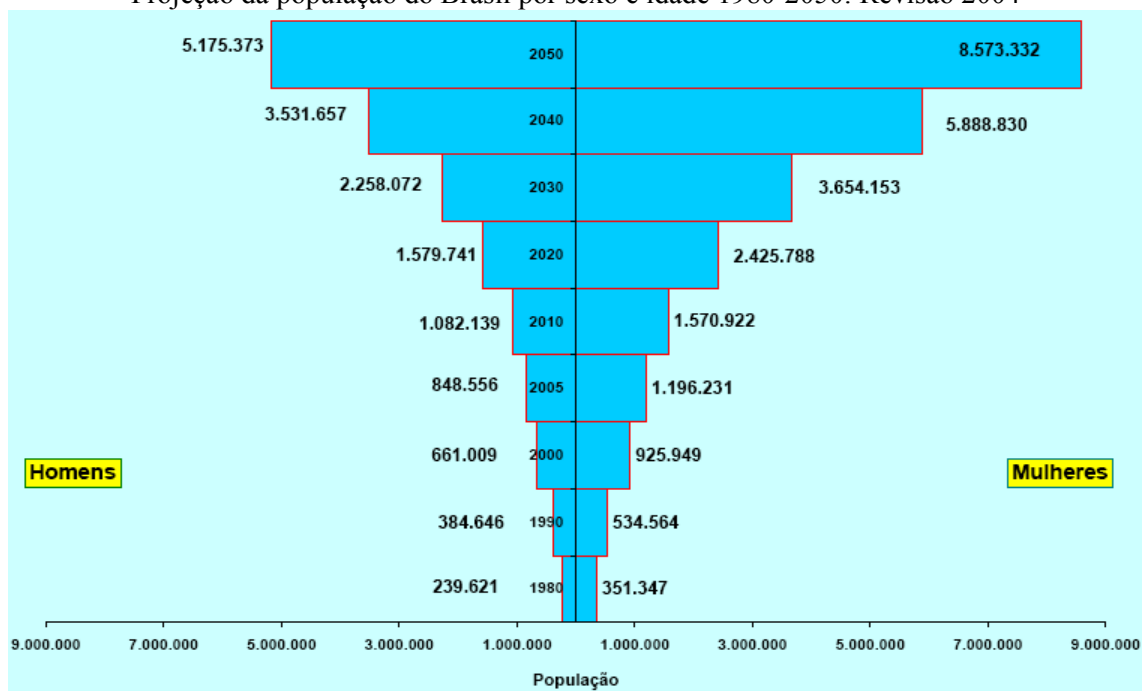


Tabela 3: População residente de 60 anos ou mais de idade, em números absolutos e relativos, por sexo, segundo as grandes regiões – 2000. Extraído de: PNAD (2000)

Grupos de idade	Pessoas residentes de 60 anos ou mais de idade		Crescimento relativo (%)
	1991	2000	
Total	10 722 705	14 536 029	35,6
60 a 64 anos	3 636 858	4 600 929	26,5
65 a 69 anos	2 776 060	3 581 106	29,0
70 a 74 anos	1 889 918	2 742 302	45,1
75 anos ou mais	2 419 869	3 611 692	49,3

Concomitantemente as transformações demográficas anteriormente descritas, o Brasil também experimenta uma transição epidemiológica, com significativas modificações no quadro de morbimortalidade. Esse processo engloba três mudanças

básicas: 1) substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças infecto-contagiosas (controladas por vacinas, drogas e medidas de saneamento) por doenças não transmissíveis (doenças crônico-degenerativas); 2) deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens (mortalidade infantil) aos grupos mais idosos; e 3) transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade (doenças crônicas) é dominante. (CHAIMOWICZ, 1997).

Uma estatística que comprova esta inversão é que, na década de 1930, mais de 45% dos óbitos no Brasil eram de doenças infecto-contagiosas e parasitárias; já na década de 1980, esses óbitos caíram para 11%. Assim, em menos de 40 anos, houve uma transformação de um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem, para um perfil caracterizado por doenças crônicas, características de faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados (RADIS, 2001).

O desafio econômico da longevidade do Brasil compreende a grande diferença desse fenômeno nos países em desenvolvimento e, o processo ocorrido nos países desenvolvidos, uma vez que estes últimos enriqueceram e depois envelheceram, ou seja, tiveram recursos e tempo; já nos países em desenvolvimento, envelhece-se primeiro antes de enriquecer. Exemplificadamente, a França levou 115 anos para dobrar de 7% para 14% a proporção de idosos na população, o Brasil fará o mesmo em 19 anos (FÉLIX, 2007)

Contudo, o desafio maior será compatibilizar o aumento da expectativa de vida com a necessária qualidade de vida para essa população, pois a única certeza é que a mudança no perfil demográfico brasileiro poderá acarretar profundamente áreas como educação, saúde, trabalho, previdência e habitação

2.2. Condição de vida do idoso no Brasil

Conhecer a realidade da população idosa e, conseqüentemente detalhar seus aspectos de condição de vida permite explorar o universo de informações potencialmente disponíveis a respeito, através de pontos de discussões, para enfim reconhecer suas necessidades e elaborar táticas apropriadas para intervir junto a essa população.

2.2.1. Migração

Um aspecto que merece destaque é o fenômeno de migração rural/urbana que enquadra 2 pontos: (a) o fluxo de saída dos mais jovens que fez com os idosos que ficaram

na zona rural permanecessem, em muitos casos, sem um suporte familiar adequado e; (b) o sofrimento dos idosos migrantes pela mudança radical do estilo de vida urbano, o que piora quando não conta com recursos financeiros necessários para o padrão de consumo urbano (IBGE, 2008).

A Pesquisa Nacional de Amostra por domicílio (2007) revelou que dos quase 20 milhões de idosos (10,5% do total da população), 16,5 milhões viviam em área urbana contra os 3,4 milhões da zona rural. Ainda, ao analisar a razão de sexo pelo parâmetro do eixo urbano/rural mostrou-se que as mulheres vivem mais nas áreas urbanas (aproximadamente 75 homens para cada 100 mulheres) e, já nas áreas rurais, o número de homens supera o de mulheres (107 homens para cada 100 mulheres. Em resumo, a migração rural-urbana entre as mulheres é maior do que entre os homens, mas, predominantemente, os homens têm maior presença em atividades rurais. A Tabela 4 e 5 ilustram tais achados.

Tabela 4: População residente total e de mais de 60 anos ou mais de idade, total e respectiva distribuição percentual, por situação de domicílio e grupos de idade, segundo as grandes regiões - 2007. Extraído de IBGE – 2008.

Grandes Regiões	População residente, por situação do domicílio							
	Urbana							
	Total (1 000 pessoas)	60 anos ou mais de idade						
		Total		Distribuição percentual, por grupos de idade (%)				
		Absoluto (1 000 pessoas)	Relativo (%)	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos ou mais
Brasil	168 453	16 547	10,4	3,2	2,6	1,9	1,4	1,4
Norte	11 773	766	6,5	2,1	1,6	1,2	0,8	0,8
Nordeste	37 535	3 563	9,5	2,8	2,3	1,7	1,2	1,5
Sudeste	74 405	8 699	11,7	3,5	2,8	2,2	1,6	1,5
Sul	22 966	2 538	11,0	3,5	2,7	2,1	1,4	1,3
Centro-Oeste	11 774	982	8,3	2,7	2,2	1,5	1,0	1,0

Tabela 5: População residente total e de mais de 60 anos ou mais de idade, total e respectiva distribuição percentual, por situação de domicílio e grupos de idade, segundo as grandes regiões - 2007. Extraído de IBGE – 2008.

Grandes Regiões	População residente, por situação do domicílio							
	Rural							
	Total (1 000 pessoas)	60 anos ou mais de idade						
		Total		Distribuição percentual, por grupos de idade (%)				
		Absoluto (1 000 pessoas)	Relativo (%)	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos ou mais
Brasil	31 368	3 407	10,9	3,5	2,8	1,9	1,3	1,4
Norte	3 630	266	7,3	2,5	2,2	1,2	0,8	0,7
Nordeste	14 770	1 581	10,7	3,1	2,6	1,9	1,4	1,7
Sudeste	6 440	747	11,6	3,8	3,1	1,9	1,5	1,3
Sul	4 739	624	13,2	4,7	3,4	2,2	1,5	1,4
Centro-Oeste	1 789	189	10,5	3,7	2,9	2,1	0,7	1,0

2.2.2. Escolaridade

O Projeto SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, realizado no município de São Paulo no ano de 2003, com fins de preencher a urgente necessidade de informação e indicadores de um segmento populacional, demonstraram que a escolaridade da população idosa apresenta a falta de oportunidade nesse sentido, onde 21% nunca frequentou a escola, 46,4% tinham menos de 4 anos de estudo, sendo que as mulheres apresentavam menor nível de educação. Além disso, o projeto também contrasta estes dados com outros países, relatando que em Cuba, mais de 50% dos idosos estão no grupo de mais alta educação, independente do sexo e idade; já o Brasil possui menos de 20% nessas condições.

Entretanto, dados proporcionados pelo IBGE (2008) indicam certo otimismo, ao informar que entre o período de 1997/2007 ocorreu uma melhoria do nível de instrução da população brasileira, atingindo também a população idosa, devido ao novo contingente de idosos que em seu trajeto de vida foi beneficiado com políticas públicas anteriores. A Tabela 6 ilustra o ocorrido.

TABELA 6: Pessoas de 60 anos ou mais de idade, total e respectiva distribuição percentual, por grupos de anos de estudo, segundo as grandes regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas – 2007. Extraído de IBGE, PNAD, 2007.

Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas	Razão de sexo das pessoas de 60, 65 e 70 anos ou mais de idade		
	60 anos ou mais	65 anos ou mais	70 anos ou mais
Brasil	79,5	76,7	72,5
Norte	91,5	92,0	85,8
Rondônia	95,2	102,1	102,5
Acre	99,9	102,3	113,6
Amazonas	91,2	93,1	76,6
Roraima	140,1	166,0	131,3
Pará	87,9	86,4	82,7
Região Metropolitana de Belém	69,2	66,4	62,5
Amapá	82,2	77,3	71,9
Tocantins	98,1	98,3	91,5
Nordeste	80,7	79,4	76,7
Maranhão	88,4	91,8	83,1
Piauí	76,3	80,5	78,5
Ceará	76,5	74,0	76,0
Região Metropolitana de Fortaleza	71,4	70,1	72,6
Rio Grande do Norte	79,6	81,0	83,3
Paraíba	78,9	80,3	78,7
Pernambuco	77,3	73,7	72,4
Região Metropolitana de Recife	62,4	59,0	58,0
Alagoas	91,0	83,5	75,0
Sergipe	71,9	66,0	69,0
Bahia	83,4	81,9	75,9
Região Metropolitana de Salvador	67,0	59,6	51,7
Sudeste	76,1	73,5	69,0
Minas Gerais	81,2	76,8	69,3
Região Metropolitana de Belo Horizonte	75,6	65,5	57,0
Espírito Santo	87,0	76,0	77,5
Rio de Janeiro	70,7	67,0	63,2
Região Metropolitana do Rio de Janeiro	68,8	65,1	60,5
São Paulo	75,7	75,1	71,3
Região Metropolitana de São Paulo	70,4	69,8	69,7
Sul	79,9	73,7	67,3
Paraná	82,8	78,1	75,3
Região Metropolitana de Curitiba	69,7	67,9	67,2
Santa Catarina	82,3	75,1	67,5
Rio Grande do Sul	76,7	70,0	61,9
Região Metropolitana de Porto Alegre	69,4	63,0	56,6
Centro-Oeste	92,5	88,7	90,1
Mato Grosso do Sul	93,1	94,2	98,9
Mato Grosso	103,0	103,0	105,4
Goiás	92,5	86,7	84,3
Distrito Federal	80,1	71,8	78,6

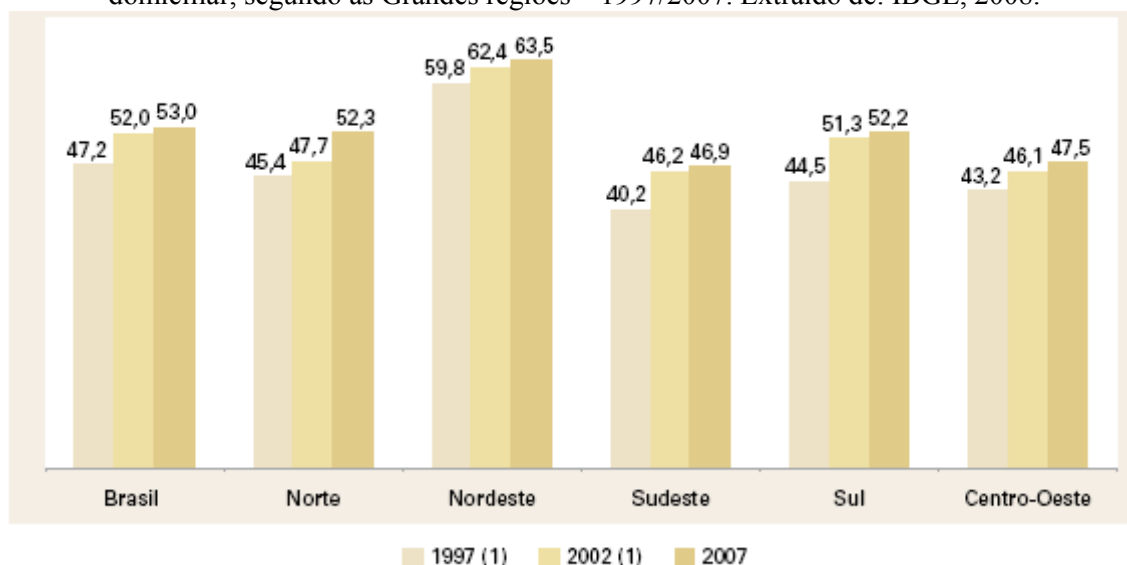
2.2.3. Rendimentos do Idoso

O rendimento domiciliar per capita é um indicador importante para avaliar o nível de bem-estar da população, sendo que no ano de 2007, 12,6% dos domicílios poderiam ser considerados em situação de pobreza (rendimento médio mensal per capita inferior ½

salário mínimo). Vale destacar que a análise dos dados do PNAD de 1997, 2002 e 2007 mostrou uma queda significativa do nível de pobreza ao longo desse período.

Concomitantemente, os idosos são responsáveis por uma contribuição importante na renda de suas famílias, enfatizando a contribuição de idosos, em 53% dos domicílios, representando mais da metade do total da renda domiciliar, sendo esta situação mais expressiva no nordeste, conforme demonstrado no Gráfico 6 a seguir.

Gráfico 6: Domicílios com contribuição de renda dos idosos de mais de 50% do rendimento domiciliar, segundo as Grandes regiões – 1997/2007. Extraído de: IBGE, 2008.



2.3. Situação de Dependência dos Idosos

O envelhecimento, devido a sua amplitude e complexidade, apresenta-se de forma singular, não possibilitando a construção de um único conceito. Envelhecer é um processo que o homem atravessa desde sua concepção até a morte e, em cada indivíduo, as mudanças físicas, comportamentais e sociais desenvolvem-se em ritmos e velocidades diferentes. Deve-se ressaltar, então, que no envelhecimento a idade cronológica é apenas um fator, dentre outros, que afetam o bem-estar da pessoa. E, que para uma velhice ativa e saudável, depende-se de uma série de fatores psicossociais, além de fatores extrínsecos como educação, acesso a serviços de apoio, habitação adequada, cuidados com a saúde e oportunidades de trabalho, motivação e iniciativa (PAPALÉO, 2002; NERI, 1993)

Contudo, o que se observa é o envelhecimento como um fenômeno natural e processual que transforma pessoas adultas, saudáveis, produtivas e independentes em pessoas frágeis, vulneráveis, dependentes e muitas vezes acometidas por doenças crônicas

e degenerativas, compreendendo as principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade do idoso em todas as regiões do mundo (OPAS, 2005).

A incapacidade é definida como a deficiência de um órgão ou sistema sobre o funcionamento do indivíduo em termos de limitações de função ou de restrição de atividades. Nos casos de incapacidade, a dependência é a necessidade do indivíduo de recorrer à ajuda humana e ou /ou técnica para realizar as atividades de vida diária. Em outras palavras, a dependência pode limitar o exercício da autonomia. Cabe destacar que a dependência é um processo dinâmico, podendo ser modificado ou prevenido com ambiente e assistência adequados (CALDAS, 2003; GIACOMIN et al, 2005).

Os conceitos de dependência, independência, autonomia e perda de autonomia estão fortemente relacionados ao processo de envelhecimento, sendo que as mudanças biológicas e as mudanças das exigências sociais ocorridas, tais como – afastamento do trabalho, mudança da identidade social, indefinição de um contexto social -, são fatores preditivos das dependências. Estas podem ser classificadas de acordo com Baltes e Silverberg (1995), e Silva e Gunther (2000):

(a) Estruturada – relacionada ao fato de que o ser humano é determinado, em primeira instância, por sua participação no processo produtivo, como a perda de trabalho e/ou aposentadoria, no qual parte da população trabalhadora disponível sustenta os que estão fora da força de trabalho;

(b) Dependência Física – relacionada à incapacidade funcional, ou seja, a incapacidade que a pessoa tem para realizar as atividades de vida diária, sendo a mais freqüente entre idosos;

(c) Dependência comportamental – pode ser consequência da dependência física, sendo explicada por 2 grandes paradigmas, onde no primeiro caso a dependência está relacionada ao ambiente não-responsivo, negligente e pode estar atribuída as experiências de perda de controle; já o segundo caso ao considerar uma pessoa incompetente para realizar determinadas atividades, uma segunda pessoa assume a função de executá-las em seu lugar, mesmo que isso não seja necessário.

Diversos estudos comprovam a prevalência de algum grau de incapacidade em idosos, o que demonstram que as questões de capacidade funcional e autonomia relacionam-se diretamente à qualidade de vida dessa parcela da população. Constatou-se que aproximadamente 40% dos idosos com idade entre 75 e 84anos e, mais da metade da população de 85 anos ou mais, apresentam algum grau de incapacidade (CAMARANO, KANSOS e MELLO, 1999). Estudo realizado por Ramos na cidade de São Paulo mostrou

um inquérito domiciliar multidimensional, no qual 86% dos idosos encontrados referiram pelo menos uma doença crônica e, 46% necessitavam de alguma ajuda para realizar pelo menos uma das atividades básicas e/ou instrumentais; ainda, em 7% dos entrevistados foi observado alto grau de dependência, em termos de ajuda parcial ou total.

O Projeto SABE (2003) destacou a alta presença de 3 ou mais doenças crônicas, principalmente em mulheres, o que acarretará um provável aumento na demanda aos serviços de saúde. O problema ocorre, pois a mesma pesquisa observou um desequilíbrio entre a demanda dos idosos por auxílio e aquele efetivamente recebido, nos quais em nenhuma das dificuldades para o desempenho das ABVDs (atividades básicas de vida diária) apresentadas, a ajuda oferecida para tal aproximou-se de 100%. E, todos os percentuais aumentaram de forma expressiva com o avanço da idade e entre as mulheres, o que evidencia que o envelhecimento feminino parece ser mais sofrido e “desassistido”.

A consequência do quadro de dependência do idoso (dentre outras) devido à maior incidência de enfermidades crônico-degenerativas é que naturalmente isso implicará numa maior demanda do sistema de saúde, de procedimentos médicos e uso de fármacos. Estudos comprovam que a população de 60 anos ou mais é a principal usuária de consultas médicas e internações, apresentando maior número de doenças crônicas, prevalecendo sintomas depressivos e demências. Entretanto, esse aumento não reverte em benefícios para o idoso, sejam as despesas assumidas pela família ou pelos serviços públicos, já que no Brasil estes têm sua infra-estrutura de atendimento comprometida. Ao mesmo tempo, a abordagem biologicista de assistência à saúde, centrado no diagnóstico e tratamento de doenças físicas não tem conseguido resolver os problemas de saúde apresentados pelos idosos (GARRIDO e MENEZES, 2002).

Diante desse quadro, as políticas públicas de saúde a muito têm procurado dar cada vez mais visibilidade a esse segmento populacional, até então pouco notado pela saúde pública – idosos com algum grau de dependência funcional, porém elas ainda se apresentam muito restritas à oferta de serviços e programas de saúde pública, como na amplitude da sua intervenção.

2.4. Papel da Família com idoso dependente e algumas considerações

Ao se falar em família, é necessário elucidar a sua compreensão, pois a forma como era definida no passado sofreu alterações atualmente, acompanhando as mudanças ocorridas em nossa sociedade. Dessa maneira, a família pode ser considerada uma unidade

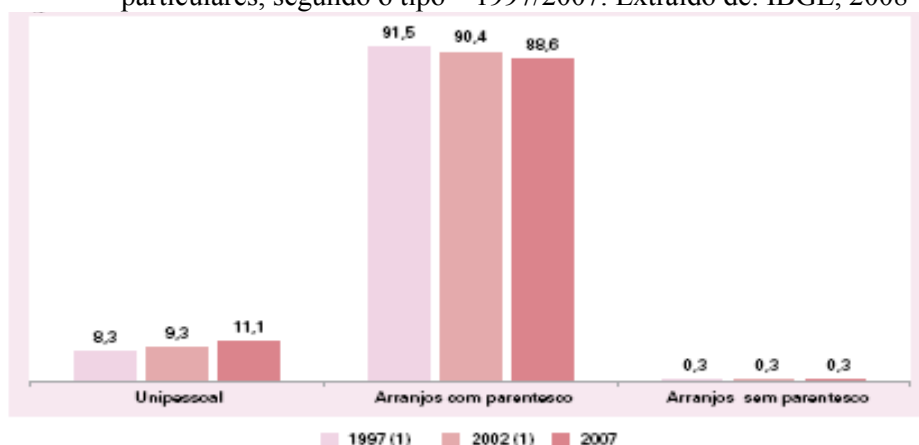
dinâmica e, refere-se ao tipo de relacionamento exercido entre seus membros, como se percebem, convivem, estando vivendo juntas ou tendo um contato íntimo, cuidando uma das outras e, proporcionando cuidado, apoio, criação e orientação para seus membros dependentes. Por conseguinte, a família passa a ter maior significado quando um de seus membros passa por modificações nas condições de vida, por exemplo, quando um deles adoece (LACERDA e LOINISKI, 2004)

O apoio informal e familiar representa um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde dos idosos e, uma das mais importantes contribuições dos gerontologistas nos últimos tempos, tem sido a descoberta do papel fundamental que as famílias exercem sobre os idosos. Contudo, ela está passando por inúmeras transformações decorrentes das mudanças conjunturais e culturais, destacando aqui: (a) a transformação da família extensa do campo pela família nuclear urbana, devido ao processo de urbanização e conseqüente modificação do mercado de trabalho; (b) ocorrência de famílias constituídas por várias gerações, pelo aumento da expectativa de vida, o que requer mecanismos necessários de apoio mútuo daqueles que compartilham o mesmo domicílio; (c) número crescente de divórcios, e o segundo ou terceiro casamento; (d) a contínua migração dos mais jovens em busca de mercados mais promissores; (e) aumento do número de famílias em que a mulher exerce o papel de chefe (GORDILHO et al, 2001).

Deve-se, no entanto, considerar quem é a família do idoso, pois à medida que ele envelhece, vê-se a família sofrendo modificações, em especial a alteração dos papéis de cada membro dentro dela e a relação de dependência. Com isso, para o idoso, a família passa a ser constituída pelos filhos, netos, bisnetos e outros parentes de idades inferiores a ele (ZIMERMAN, 2000).

O Gráfico 7 ilustra os arranjos domiciliares atuais, onde a consaguinidade é o eixo principal para as pessoas que vivem juntas, além disso, um dado alarmante é notado com o crescimento de pessoas que vivem sozinhas, sendo que em 2007 os arranjos familiares unipessoais correspondiam a cerca de 6,7 milhões, onde 40,8% eram constituídos por pessoas de 60 anos ou mais de idade (IBGE, 2008):

GRÁFICO 7: Distribuição percentual dos arranjos familiares residentes em domicílios particulares, segundo o tipo – 1997/2007. Extraído de: IBGE, 2008-11-26



Diante do exposto, cabe advertir para a confusão entre unidade de moradia e família:

“Assim como os laços familiares podem extrapolar os limites de moradia, nem sempre as pessoas que moram na mesma casa constituem uma família. Casa e família não é a mesma coisa, mas essa separação não é evidente ao senso comum. Enquanto domicílio é apenas uma unidade material de produção e consumo, a família é um grupo de pessoas ligado por laços afetivos e psicológicos” (BRUSCHIN e RIDENTI, 2000).

Alguns estudos justificam que a tarefa assumida pela família de exclusivamente amparar o idoso deve-se pela falência do sistema previdenciário e a carência de suportes formais ao idoso, realizada de 1991 a 1995 na cidade de São Paulo. Karsch(1998), em seu estudo sobre o suporte domiciliar aos adultos com perda de independência com famílias de baixa renda, aponta que mais de 90% das famílias não receberam ajuda de serviços, organizações e/ou grupos voluntários e/ou agências particulares, mas 30% delas confirmaram que se pudesse receber esse tipo de ajuda ficariam satisfeitas.

Estudos evidenciam que as doenças causadoras de dependência geram gastos crescentes, e o impacto na economia familiar é um dos problemas mais frequentes vivenciados pela família, pois sua condição econômica é agravada pelos custos elevados de um tratamento contínuo e, pelo fato da doença crônica e seus tratamentos representaram redução do rendimento familiar, uma vez que o membro familiar doente encontra-se impossibilitado de realizar suas atividades laborais (MARCON et al 2004).

Cabe destacar, o pensamento da família como uma perspectiva em relação à saúde e doença:

“...Tomar a família como perspectiva é considerar o contexto familiar no processo de cuidar em saúde, não apenas como o local onde o cuidado é dado e recebido durante a vida, e onde se aprende sobre saúde e doença, mas onde todo um processo de viver a vida e transições da vida está sendo construído a cada dia “ (ANGÊLO, 2000)

Embasados nesta vertente, considerar a importância da família e de seu contexto em situações que exigem cuidado, adaptação da mesma e o impacto dessas ações em suas vidas, é crucial para as relações entre o idoso dependente, cuidador familiar e família envolvida nesse processo. Uma vez que a preocupação com cuidador familiar vem crescendo cada vez mais, pois o mesmo na maioria das vezes não se encontra preparado para essa prática, vivenciando a sobrecarga física, emocional e sócio-econômica, o que pode comprometer a qualidade de cuidado com o idoso dependente. Ainda, pensar na família é um desafio para os profissionais de saúde, sobretudo num contexto em que o cuidado está orientado primariamente para atender às necessidades do indivíduo e não da unidade familiar, cabe, portanto, tomar a família como perspectiva, considerando o seu grande potencial como aliada na manutenção e na restauração da saúde de seus membros e de si mesma (CALDAS, 2004; DUARTE e DIOGO, 2000)

2.5. Sobre cuidadores de idosos

A palavra “cuidado” apresenta várias derivações, contudo sempre terá a idéia de preocupação e inquietação com alguém, pois do contrário não há cuidado, mas sim “descuido”. Existem duas significações básicas para a palavra “cuidado”: a primeira, entendida como dêsvolo, isto é, atenção para com outro e; a segunda, entendida como preocupação, a pessoa que cuida preocupa-se e sente-se responsável pelo outro (BOFF, 1999).

È importante, nesta definição, acrescentar a palavra autocuidado, considerada também um nível de atenção à saúde, tanto de competência do próprio indivíduo quanto da família. Esta dimensão de cuidado é que permite o indivíduo manter seu corpo vivo e garantir sua existência. Assim, é possível afirmar, que o principal cuidador de cada indivíduo é o próprio indivíduo. No entanto, é inegável o fato de que existirão em certas

ocasiões aqueles indivíduos incapazes de exercer o autocuidado, necessitando que outra pessoa lhe ajude, resultando na perda de autonomia e liberdade do ser sujeito do cuidado (DUARTE e DIOGO, 2000)

Dentre as inúmeras facetas do cuidar destaca-se a figura do cuidador de idosos, definido como qualquer pessoa da família ou da comunidade que presta assistência e se responsabiliza pelo cuidado regular do idoso e; dentre as premissas já referidas, esta figura representa uma das mais valorizadas em qualquer estrutura de saúde pública para idosos em todo mundo, particularmente em países mais desenvolvidos.

Considerando alguns dados estatísticos norte-americanos sobre cuidadores de idosos, projeta-se a magnitude desta realidade em países desenvolvidos. Em 2004, a National Alliance for Caregiving (NAC) conduziu uma pesquisa nacional sobre cuidador adulto nos EUA, e os resultados mostraram que cerca de 40 milhões de americanos, ou seja, 21% da população adulta provêm cuidado para um membro adulto familiar ou amigo de 18 anos ou mais de idade. Enquanto este cuidado é gratuito para o governo, seu valor tem sido estimado em 257 bilhões de dólares anualmente.

A literatura apresenta diferentes designações aos cuidadores, não havendo um consenso quanto a sua classificação. A denominação de cuidadores formais e informais é a mais encontrada na literatura, nomeando o cuidador formal aquela pessoa contratada com o fim de cuidar, como profissional ou instituição que realizam este atendimento sob a forma de prestação de serviços e; o cuidador informal aquelas pessoas da família (Cuidador Familiar), amigos próximos e vizinhos, que executam tarefas de apoio e cuidados voluntários para suprir a incapacidade funcional do idoso dependente. Este último é a alternativa prevalente, sendo encontrada em cerca de 80 a 90% dos casos de assistência aos idosos brasileiros, confirmando o fato de que a família é tradicionalmente o mais efetivo sistema de apoio aos idosos (GORDILHO et al, 2001; QUEIROZ, 2000; KARSCH, 1998; CARLETTI e REJANI, 1996).

Nesta mesma dimensão, existe uma classificação dos tipos de cuidadores de acordo com o grau de envolvimento experimentado, constituindo cuidador primário aquele indivíduo com a principal ou total responsabilidade no fornecimento de ajuda à pessoa necessitada e; cuidador secundário as outras pessoas, como familiares, voluntários e profissionais, que também forneceriam assistência ao paciente, mas sem a principal responsabilidade, atuando de forma complementar. Além disso, alguns autores ressaltam a participação dos cuidadores terciários, no qual atuam como coadjuvantes do processo de cuidado, não possuindo qualquer responsabilidade pelos cuidados, eventualmente

substituem, por curto tempo, o cuidador principal ou realiza tarefas específicas que o ajudam (fazer compras, pagar contas, etc.), sem necessariamente ter contato direto com o paciente (DIAS et al,2002; NERI,2002; SOMMERHALDER, 2002; MEDEIROS, 1998).

Quando a condição de cuidador é assumida por uma única pessoa, ou seja, cuidador principal, ela ocorre por uma série de razões, como, por instinto, vontade, disponibilidade, capacidade, conjugalidade (fato de ser esposa ou esposo), ausência de outras pessoas para exercer o cuidado (circunstâncias), dificuldades financeiras (como no caso de filhas desempregadas que cuidam dos pais em troca de sustento) e, até mesmo por obrigação e/ou dever do mesmo com o idoso dependente (alicerçada em aspectos culturais e religiosos) (CATTANI e GIRARDON-PERLINI, 2004; CALDAS, 2002; YUASO, 2002; WANDERBROOKE, 2002).

Segundo Zarit e Edwardz (1996), o maior conflito para definir quem será o cuidador principal familiar ocorre mais comumente entre irmãos, filhos do paciente dependente, visto que a esposa (ou esposo) se sente na obrigação de cuidar.

Apesar de toda esta classificação quanto aos cuidadores, uma pesquisa realizada em 2001, conduzida pela LSPA (Lake Snell Perry & Associates) em conjunto com a NFCA (National Family Caregivers Association) e NAC (National Alliance for Caregiving) buscou através de uma série de grupos focais com cuidadores familiares conhecerem a habilitação e auto-conscientização para cuidadores familiares perante seus papéis assumidos no cuidado, constatando que os mesmos não são muito familiarizados ou confortáveis com os termos “cuidador” e “cuidador familiar”, apesar de claramente desempenharem tal função. Ainda, muitos participantes do estudo são relutantes de dar qualquer nome ou título para o que eles fazem, principalmente aqueles que cuidam de esposas (os) ou pais, afirmando que o que eles fazem é “o que as famílias fazem” naturalmente; outros dizem não necessitar de rótulos para o que eles fazem; alguns temem que o termo se torne uma definição para eles, sobrepondo suas personalidades e; outros sentem que procurar por uma titulação é simplesmente um caminho para se vangloriar.

Diversas pesquisas relatam sobre o “perfil” de cuidadores mais encontrados, onde no geral depreende-se com cuidador do sexo feminino, sendo geralmente a esposa, seguida pela filha mais velha e, depois as netas, dentro de uma hierarquia de compromisso. Na cultura brasileira, como na maioria dos países, o papel da mulher cuidadora no âmbito familiar é normativo, sendo quase sempre esperado que ela assuma este papel, principalmente dentre a população de baixa renda. Esse fato pode ser explicado por tradicionalmente a mulher carregar em seu passado a função de cuidar da casa e não

trabalhar fora, justificando sua maior disponibilidade. No entanto, esta realidade sofre modificações devido à inserção social da mulher, a progressiva participação no mercado de trabalho e a redução das taxas de natalidade e fecundidade; o que futuramente pode reduzir ou eliminar a possibilidade de manter a tradição da mulher como cuidadora. E, assim, dificultar a atuação da família como ponto de referência básico no cuidado com o idoso (NAC, 2004; KARSCH, 2003; NAKATANI et al, 2003; NERI, 2002; CALDAS, 2002; GORDILHO et al, 2001; QUEIROZ, 2000).

Karsch (1998) ilustra o papel da mulher cuidadora, evidenciando sua sobrecarga diante de todas as funções assumidas:

“...os maiores encargos ficam por conta da mulher que fica cada vez mais sobrecarregada, visto que acumula os papéis de mãe, esposa e dona de casa, além do desempenho profissional”

CALDAS (2000) aponta que a família apresenta necessidades globais no cuidado com o idoso dependente, como materiais (recursos financeiros, questões de moradia, transporte, acesso a serviços de saúde), emocionais (suporte emocional, como uma rede de cuidados que relaciona a família aos serviços de apoio e meios para garantir qualidade de vida) e, informações (sobre como realizar os cuidados, incluindo adaptação do ambiente do idoso).

Um dos aspectos que mais afeta o cotidiano das maiorias das famílias cuidadoras é a dificuldade financeira, principalmente entre as famílias mais pobres, o que se percebe é que muitos cuidadores estão desempregados e, sobrevivem dos recursos provenientes da aposentadoria do idoso, porém na maioria das vezes esse recurso é insuficiente para atender as necessidades do idoso. Além disso, embora o idoso contribua com sua renda para o sustento da família, nem sempre ele recebe o respaldo que precisa, seja pelo insuficiente recurso, seja pela dificuldade que a família encontra para cuidar dele. É dentro desta situação de cuidado inadequado, ineficiente ou inexistente associado à indisposição ou sobrecarga de membros familiares, que se observa a possibilidade concreta de abusos e maus-tratos com o idoso. Portanto, embora a legislação e políticas públicas (como veremos a seguir) juntamente com a sociedade afirmem que os idosos devam ser cuidados pela família, não se pode garantir que ela prestará um cuidado humanizado (CALDAS, 2002; CAMARANO, 1999).

A internação dos idosos em instituições de longa permanência (asilos) está sendo colocada em questão, até mesmo em países desenvolvidos que possuem tais serviços em níveis altamente sofisticados de conforto e eficiência, pois o custo desse modelo e de sua manutenção requer medidas mais resolutivas e menos onerosas. No Brasil, observa-se que mesmo em famílias de baixa renda geral mensal, a opção de internar o seu idoso dependente ocorre no limite da capacidade familiar em oferecer os cuidados necessários. Karsch (1998), em sua pesquisa sobre suporte domiciliar, no qual em todas as visitas a cuidadores de idosos dependentes das famílias, constatou que mesmo diante de todas as dificuldades, se pudessem manter o idoso em casa, elas o faria até o último minuto.

A literatura aponta situações de estresse na realização do cuidado familiar, sendo mais comumente relatado (GONÇALVES, ALVAREZ e SANTOS, 2005):

- (a) Quanto mais cuidados diretos, contínuos e intensos de idosos mentalmente acometidos, mais os cuidadores se viam exauridos em função destas necessidades;
- (b) O medo do desconhecido - como inabilidade do desempenho de cuidados complexos, desconhecimento do que esperar de uma situação de cuidado ou de não saber interpretar uma circunstância em evolução – pode induzir a estresse maior
- (c) Sobrecarga devido a um único cuidador, seja pela realidade de famílias de único filho, caso de familiares que atribuem a um único membro a função de cuidar, auto-eleição do próprio cuidador exclusivo;
- (d) Exacerbação ou eclosão intrafamiliar de conflitos familiares, associados ao trabalho solitário do cuidador e ao não reconhecimento por parte dos demais familiares;
- (e) Dificuldade para adaptar as demandas da situação de cuidado aos recursos disponíveis, como recursos financeiros, redução de atividades sociais e profissionais, abandono do lazer, dentre outros.

Estudo realizado nos EUA em 2004, com o propósito de conhecer e expandir o conhecimento sobre a provisão de cuidados mostrou que apesar de realizar um cuidado gratuito, o cuidador torna-se uma pessoa cheia de cobrança, onde o tempo demandado pelo cuidado realizado pode estender-se a poucas horas para 40h/semana (cuidados constantes) e, cumprem múltiplas funções, ocasionando, de forma não surpreendente, cansaço físico (67% dos cuidadores), estresse emocional (44%) ou dificuldade financeira (77%) como resultado de prover cuidado (NAC, 2004).

Garrido e Menezes (2004), também relatam esses achados em sua pesquisa, onde ao avaliar o impacto sobre cuidadores informais de pacientes com síndrome demencial,

averiguaram alta média de impacto em cuidadores de idosos com demência. Igualmente, Sommerhalder (2002) demonstrou os aspectos negativos do cuidar, relatando dados intensos sobre esses efeitos da prestação de cuidados sobre a saúde mental e física dos cuidadores familiares, como maior número de distúrbios psiquiátricos, utilização de drogas psicotrópicas, pior percepção da saúde, estresse pessoal e familiar, isolamento social, sentimento de que as obrigações a cumprir com os pacientes são muito pesadas e geradoras de tensão, sintomas depressivos e ansiedades.

Perante a sobrecarga vivenciada pelo cuidador, o mesmo se torna um paciente em potencial devido ao fato acumulativo das tarefas no cuidar e pela tensão provocada pela complexidade que envolve a administração de vários deles. Conseqüentemente, os cuidadores se esquecem de cuidar de si próprios para prestar o atendimento ao paciente, comprometendo-se mais com o outro e, relegando-se a um segundo plano junto a sua rotina estafante. É imprescindível que o cuidador pratique o auto-cuidado e tenha consciência de seus limites e possibilidades, para buscar a satisfação de suas necessidades humanas (SCHOSSLER, CROSSETTI, 2008; LAHAN, 2003).

Estudo sobre cuidadores em declínio realizado em 2006 pela Evercare e National Alliance for Caregiving (NAC) nos EUA projetou um olhar de perto nos riscos de saúde ao cuidar de um ente querido, demonstrando que dentre os cuidadores que foram pesquisados ocorre um espiral decrescente de saúde que piora como resultado de prover cuidado e, que este declínio da saúde em 53% dos pesquisados tinha também afetado sua capacidade de realizar os cuidados. De acordo com os aspectos de saúde relatados por eles que pioraram com a provisão de cuidados destaca-se: energia e sono (87%), estresse (70%), dor (60%), depressão (52%), dor de cabeça (41%) e ganho/perda de peso (38%). (NAC, 2007).

Chama a atenção que a maioria dos estudos foca apenas o impacto negativo de ser cuidador e, que os fatores satisfatórios e gratificantes da situação de prestar cuidado a um idoso dependente são deixados de lado, sendo que os fatores positivos do cuidar podem ajudar no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Algumas pesquisas apontam alguns benefícios que o cuidar pode trazer, como aumento do sentimento de orgulho, da habilidade para enfrentar desafios, de senso de controle, crescimento pessoal, retribuição, gratidão consigo mesmo, dentre outros. Em contrapartida, outras linhas de frente ressaltam que as experiências positivas do cuidar seriam apenas indícios de adaptação às demandas e à sobrecarga da situação, negando que indicassem crescimento pessoal (NERI, SOMMERHALDER (2002)

Diante da sobrecarga vivenciada pelo cuidador, seja ela física, emocional e/ou socioeconômica, é fundamental o treinamento adequado e suporte de apoio, para que ele se torne mais seguro e preparado para assumir as responsabilidades no cuidado do idoso dependente.

Estudo realizado por Louzada e Lopes (2004) através de revisão bibliográfica considerando a educação de cuidadores de idosos com demência, concluiu que existem inúmeros trabalhos demonstrando a importância do apoio e educação aos cuidadores, porém não se observa consenso quanto ao apoio a estes cuidadores, manejo frente às mudanças de comportamento dos pacientes e das situações de maior estresse.

Nesta conjuntura, constata-se uma disparidade entre a literatura internacional e a latino-americana em termos de volume de estudo e também quanto a sua densidade; ainda, no Brasil, tal fato mostra, dentre outros aspectos, a recente trajetória da abordagem do envelhecimento. Considerando a educação para cuidadores de idosos, observa-se na literatura internacional, uma comprovada melhora do cuidado com o idoso; foco no próprio trabalho, conhecimento, habilidades e crenças dos cuidadores e; comprovada melhora da qualidade de vida dos cuidadores. Quanto à literatura nacional, destacam-se a falta de consenso no processo de educação para cuidadores; grande necessidade de redes de apoio aos pacientes e familiares; pequena produção sobre avaliação de programas nesta área e; ênfase na importância da educação e orientação para cuidadores (NASCIMENTO et al, 2006; LOUZADA, LOPES, 2004; ASSIS et al, 2004).

Albuquerque (2007), em seu estudo sobre necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio, concluiu que existe um grande despreparo do cuidador e poucas redes de suporte e, que os mesmos além das necessidades destacadas, possuem vontade de obter orientações sobre doenças, medicamentos, dieta e exercícios físicos. Assim, cuidar no domicílio é uma tarefa permeada de desafios para o cuidador, porém a educação em saúde pode contribuir para a realização segura deste, no qual o primeiro passo é propor ao idoso e ao seu cuidador a interatividade; o segundo é colocá-lo em prática; e o terceiro, torná-lo um hábito de vida e saúde para a população.

Torna-se relevante que os cuidadores participem de espaços de sociabilidade, descobrindo caminhos e práticas para uma possível organização e planejamento das tarefas com o idoso e consigo, valorizando o potencial coletivo e a convivência na grupalidade, podendo ainda, compartilhar sentimentos, emoções e estratégias dentro dos grupos (SOUZA et al, 2005).

É possível identificar 3 tipos de programas de suporte direcionados para cuidadores, como grupos de apoio conduzidos; grupos de treinamento conduzidos profissionalmente e; psicoterapia/aconselhamento (acolhimento). Dentre seus objetivos enfatiza-se: (a) reduzir o isolamento dos cuidadores; (b) mobilizar recursos e suportes para ajudar o cuidador; (c) aumentar o conhecimento sobre o processo de envelhecimento e problemas de saúde específicos; e, (d) direcionar os problemas emocionais e de relacionamento que podem emergir com o cuidado (SCHOFIELD et al, 2005).

Adicionalmente, embora a temática familiar ser bastante discutida, pouco se tem estudado sobre a relação do cuidador com o profissional de saúde, a idéia central é que diante da complexidade idoso-família-cuidador, uma atitude interdisciplinar é fundamental para prover uma atenção integral, com atuação de uma equipe multiprofissional. De tal modo, para um desempenho eficiente dos cuidados ao idoso dependente, os profissionais de saúde devem conhecer todo esse cenário vivido pelo cuidador, estimulando uma parceria entre eles, resultando em formas mais competentes de sistematização das tarefas a ser realizadas, privilegiando aquelas relacionadas à promoção de saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e de seu cuidador (LACERDA, LOINISKI, 2004; GORDILHO et al, 2001).

De forma abrangente, o reconhecimento de que os cuidadores são um componente essencial nos cuidados de saúde, principalmente nas situações crônicas e de longo prazo, deve ocorrer de forma efetiva e abrangente dentro do poder público e privado, com políticas realmente atuantes. De forma notória, o que se observa é que a grande maioria da população de cuidadores informais no Brasil ainda se encontra sem as informações e suporte necessário de assistência.

2.6. Políticas públicas de saúde no Brasil voltadas ao contexto idoso

As políticas públicas de vários países, incluindo o Brasil, reconhecem oficialmente a importância dos cuidadores formais e informais para complementar a saúde pública. Porém, o maior conflito que se percebe diante da situação do idoso dependente é “quanto caberia ao estado e a família no cuidado?”, esse sim, permanece como um grande desafio a ser enfrentado. A seguir, discorre-se o histórico das políticas públicas de saúde voltadas ao idoso no Brasil e, como a participação de todos os envolvidos nos diferentes cenários interferiu e continua interferindo na formulação e na decisão de políticas voltas para o envelhecimento.

A constituição de 1988 representa o marco inicial para a definição de uma política voltada ao idoso, pois considera responsabilidade da família, da sociedade e do Estado o suporte ao idoso, além do fornecimento de subsídios que garantam sua participação na comunidade, a defesa de sua dignidade e bem-estar e, a garantia do direito à vida (BRASIL, 1988).

Quanto à luta pelos direitos dos idosos, considera-se que o primeiro passo sério dado foi a legislação específica para o idoso - Lei Nº 8.842 – publicada em janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, regulamentada só dois anos depois pelo Decreto 1948/96. Ela estabeleceu direitos sociais, garantindo autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade, como instrumento de direito próprio de cidadania, sendo considerada população idosa o conjunto de indivíduos com 60 anos ou mais. Na implementação desta política merece destacar duas perspectivas: a formulação de políticas públicas constituídas por benefícios, serviços, programas, capacitação de recursos humanos e projetos que visam a melhoria das condições de vida e cidadania da pessoa idosa e; a participação e inclusão do idoso na formulação, realização e efetivação dessas práticas.

Para o alcance das metas propostas por esta lei foi criado um Plano Integrado (interministerial) de Ação Governamental, no qual manteve a concessão do Benefício de Prestação Continuada e, incorporou novas ações: readequação da rede da saúde e assistência social para atendimento integral ao idoso, elaboração de instrumentos que permitem a inserção da população idosa na vida sócio-econômica das comunidades, modernização das leis e regulamentos, desenvolvimento do turismo e lazer, além da reformulação dos currículos universitários no sentido de melhorar o desempenho dos profissionais no trato das questões do idoso. Mas, apesar do empenho de diferentes áreas do governo, a implantação desta política revela apenas ações isoladas, interpeladas por diversas variáveis, como reduzidos recursos financeiros (MOTTA, 2007; SILVA, 2006).

A partir das demandas da sociedade brasileira e frutos intensos de debates e discussões, foi elaborado o Estatuto do Idoso, pela Lei 10.7401 em outubro de 2003, constituindo um marco legal para a consciência idosa do país, pois estabelecem prioridades absolutas de proteção ao idoso, elencando novos direitos, como os destacados no artigo 3º:

“É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao

trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

Neri (2005) ressalva que, apesar da importância dos aspectos explícitos no estatuto, ao analisar as políticas de atendimento aos direitos do idoso expressos no mesmo, concluiu que o documento revela uma ideologia negativa da velhice, compatível com o conhecimento e atitudes daqueles envolvidos na sua elaboração – políticos, profissionais, grupos organizados de idosos -, no qual o envelhecimento é uma fase compreendida de perdas físicas, intelectuais e sociais, negando dados de pesquisas recentes que relatam a velhice como uma ocasião para ganhos, dependendo, principalmente, do estilo de vida e do ambiente exposto ao longo de seu desenvolvimento e maturidade.

Além disso, o Estatuto do Idoso, artigo 18, capítulo IV, considera que:

“As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda”.

Frente às necessidades dos gestores de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e, da qualificação da gestão, o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários municipais (CONASEMS) pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde, construindo o Pacto pela Saúde 2006 – Portaria N° 399/GM. Este pacto implica em prioridades articuladas e integradas em três componentes, sendo eles: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

No eixo pacto pela vida, assume-se como compromisso em torno das prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população, sendo uma das prioridades o aprimoramento do acesso e a qualidade dos serviços prestados no SUS – promoção, informação e educação em saúde, como nos aspectos voltados aos cuidados especiais a saúde do idoso..

Após a implantação do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é revista – Portaria N°2528 em outubro de 2006 – reafirmando a necessidade de enfrentamento dos desafios impostos por um processo de envelhecimento caracterizado por

doenças e/ou condições crônicas não-transmissíveis, porém passíveis de controle e prevenção, e por incapacidades que podem ser evitadas ou minimizadas. A finalidade primordial da PNSI é:

“recuperar, manter e promover autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”

Para alcançar o propósito da PNSI, são definidas diretrizes essenciais como: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e apoio a estudos e pesquisas.

Merece destaque entre estas diretrizes o “Apoio ao desenvolvimento de cuidadores informais”, onde chama a atenção à busca por desenvolvimento de uma parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas próximas aos idosos, responsáveis pelos cuidados diretos necessários às suas atividades de vida diária (AVDs) e, pela tradução em ações práticas das orientações dadas pelos profissionais. Tal parceria configura a estratégia mais atual e menos onerosa para manter e melhorar a capacidade funcional das pessoas que se encontram neste processo (MOTTA, 2007; GORDILHO, 2001).

Recentemente, observa-se um maior esforço prático por parte do Ministério da Saúde, assumindo totalmente como compromisso a saúde do idoso, principalmente na qualificação da atenção básica, onde o profissional de saúde incorpore no seu olhar uma visão de funcionalidade. Nesse sentido, estabeleceu-se como ação:

- (a) Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa – desenvolvida junto às secretarias estaduais e municipais de saúde, sendo um instrumento simples que possibilita o profissional identificar situações ante que provoquem um agravo maior
- (b) Caderno de Atenção Básica em Envelhecimento na Saúde da Pessoa Idosa – instrumento valioso que auxilia a prática dos profissionais de saúde que trabalham com este nível de atenção
- (c) Curso de Educação a Distância na Saúde da Pessoa Idosa – objetiva desenvolver estratégias de capacitação de profissionais da área, para qualificação da atenção básica

- (d) Projeto Piloto de Formação de Cuidadores pela rede de escolas Técnicas em Saúde – implementação em 6 escolas técnicas de saúde em 5 regiões do país, sendo financiado pela UNESCO
- (e) Guia Prático do Cuidador – instrumento destinado a orientar cuidadores na atenção à saúde das pessoas de qualquer idade, acamadas ou com limitações físicas que necessitam de cuidados especiais

Apesar das mudanças ocorridas no cenário nacional em relação às políticas públicas voltadas ao idoso, ainda permanece muito aquém das necessidades, pois elas se apresentam de forma muito restrita à oferta de serviços e programas de saúde pública, no qual o Estado se apresenta de forma pontual, com reduzidas responsabilidades, atribuindo à família a maior responsabilidade dos cuidados no domicílio a um idoso dependente. Portanto, constata-se que inexistente uma política veemente, que direciona os papéis atribuídos a família e aos apoios que uma rede de serviço de apoio deve oferecer ao idoso dependente e aos seus familiares. (ANDRADE, 2005; KARSCH, 2003)

2.7. Sobre educação em saúde

O termo “Educação em Saúde” compreende todo um campo de conhecimento multifacetado no qual convergem diferentes concepções, tanto da área da saúde, quanto da educação, as quais espelham inúmeras compreensões do mundo, delimitadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e sociedade. (SCHALL, STRUCHINER, 2009)

Primeiramente, a educação em saúde estabelece-se como área específica nos Estados Unidos na segunda década deste século durante uma conferência internacional sobre a infância. Já no Brasil, o termo constitui-se no espectro da saúde pública como forma de orientar novas práticas e, apenas mais tarde envolve-se no âmbito de estudo e pesquisa. A seguir encontra-se descrito o resumo do histórico da educação em saúde no Brasil de acordo com LEVY, SILVA, CARDOSO et al (1997):

- **1924**

- Carlos Sá e Cesar Leal Ferreira: criaram no Município de São Gonçalo, no Estado do Rio de Janeiro, o 1º Pelotão de Saúde em uma escola estadual.

- **1925**

- Antonio Carneiro Leão(Diretor de Instrução Pública): Adoção do mesmo modelo nas escolas primárias do antigo Distrito Federal.

- Horácio de Paula Souza: Criação da Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde do Estado de São Paulo, com a finalidade de "promover a formação da consciência sanitária da população e dos serviços de profilaxia geral e específica". Surge pela 1ª vez o título de educador sanitário, preparado pelo Instituto de Higiene do Estado, cuja responsabilidade principal era a divulgação de noções de higiene para alunos das escolas primárias estaduais.
- Amaury Medeiros: Criação da Inspetoria de Educação Sanitária do Departamento de Saúde e Assistência em Pernambuco

- **1930**

- A fundação do Ministério da Educação e Saúde (MÊS) cristalizou, na saúde, a centralização administrativa (advinda do processo revolucionário de 1930), o que acabou gerando, além do sufocamento de todas as iniciativas estaduais, a concentração das atividades sanitárias nas cidades (principalmente nas capitais). Com a reestruturação Departamento Nacional de Saúde, do MES, o "Serviço de Propaganda e Educação Sanitária" transformou-se em "Serviço Nacional de Educação Sanitária", com o objetivo de "formar na coletividade brasileira uma consciência familiarizada com problemas de saúde". No âmbito dos estados foram criadas réplicas dos serviços federais, nos respectivos órgãos de saúde pública.

- **1942**

- Ocorre a 1º GRANDE TRANSFORMAÇÃO de mentalidade nas atividades da educação sanitária com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) este reconhece a Educação Sanitária como atividade básica, atribuindo aos profissionais, técnicos e auxiliares de saúde a responsabilidade das tarefas educativas, junto a grupos de gestantes, mães, adolescentes e à comunidade em geral. Começou a preparar as professoras da rede pública de ensino como agentes educacionais da saúde. Tal modelo foi seguido pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais(DNERu), e pelo Departamento Nacional da Criança.

Ocorre a 2ª TRANSFORMAÇÃO através da reformulação da estrutura do Serviço Nacional de Educação Sanitária e a integração das atividades de educação no planejamento das ações no ministério da saúde, sendo reflexo de dois eventos internacionais:

- **1958**

- 12ª Assembléia Mundial da Saúde, em Genebra reafirmou o conceito *"que a educação sanitária abrange a soma de todas aquelas experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo com respeito à saúde e dos processos expostos necessários para alcançar estas modificações"*

• **1962**

- 5ª Conferência de Saúde e Educação Sanitária em Filadélfia, o Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde assinalou que "os serviços de educação sanitária estão chamados a desempenhar um papel de primeiríssima importância para saltar o abismo que continua existindo entre descobrimentos científicos da medicina e sua aplicação na vida diária de indivíduos, famílias, escolas e distintos grupos da coletividade".

• **1964-1980**

- Criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM (pela fusão do DNERu com a CEM, Campanha de Erradicação da Malária), da Fundação SESP e, já em fins da década de 70, da Divisão Nacional de Educação em Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. É importante ressaltar que mais do que uma mudança terminológica (de educação sanitária para educação em saúde), tentava-se uma nova transformação conceitual. Porém, estas mudanças não contribuíram para o principal, que seria a introdução do componente de educação nos programas de saúde desenvolvidos pelo Ministério e pelas Secretarias Estaduais de Saúde (as Municipais só realizavam atividades de assistência, quando o faziam). Isso devido ao vício antigo da centralização, tanto nas atividades dos programas ditos verticais quanto nas práticas de planejamento e coordenação elaboradas e dirigidas pelo nível central sem que os executores das ações finalísticas delas participassem

• **Meados da década de 70**

- 3ª TRANSFORMAÇÃO: Implantação dos 1º Sistemas Nacionais de Informações de Saúde, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (1976) e o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (1979), onde foram chamados os veículos de comunicação de massa a colaborar na divulgação da importância de se contar com dados confiáveis sobre estes temas e dos prazos de implementação dos sistemas. Além, de mostrar à população uma medida administrativa para informar as condições de saúde e da rede de atendimento.

- **1989**

- Projeto Nordeste II: financiamento, pelo Banco Mundial, de US\$ 20 milhões, para as ações de IEC (Informação, Educação e Comunicação). Neste mesmo tempo era evidente que os métodos e meios de educação em saúde tradicionalmente utilizados não mais demonstravam eficiência, aprofundava-se o desentendimento entre os partidários da ação direta da educação em saúde (a que privilegia a influência do contato humano e considera a outra apenas propaganda), com os partidários da ação indireta (que se utiliza em grande escala dos meios de comunicação de massa), com isso perde-se todos os métodos existentes. O Ministério da Saúde restringiu a área da educação a um serviço na Fundação Nacional de Saúde, sem estrutura administrativa, sem programa e sem pessoal técnico; os programas do MS deixaram de contar com setor especializado para suporte de suas atividades e; a população deixou de receber importantes insumos para conhecer, entender e modificar sua condição de saúde.

- **1996**

- Atividades de educação em saúde voltaram a receber alguma atenção por parte dos dirigentes do Ministério, atitude que foi reafirmada na atual administração, com o Projeto Saúde na Escola, integrado a TV Escola do MEC e em execução desde 20 de agosto de 97, compondo semanalmente a grade de programação de 50.000 escolas do ensino fundamental. 1998
- Outro passo importante dado pela atual administração do MS foi a definição de uma Diretoria de Programas para a área o que naturalmente amplia a abrangência da proposta, fazendo-a evoluir de um Projeto Saúde na Escola para um Programa de Educação em Saúde.

Diante do exposto, ao se fazer um exame crítico abrangente da Educação em Saúde durante as últimas décadas, observou-se um grande desenvolvimento e uma reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas neste campo de estudo, ocorrendo um relativo distanciamento das ações impositivas do discurso higienista (ALVES, 2005; GAZZINELLI, REIS E PENNA, 2005).

COSTA e LOPES (1996) conceituam a educação em saúde, apesar da divergência de concepções, como:

“Conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido na área da saúde, intermediado pelos profissionais da saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde”.

Os desacordos entre os termos educação em saúde e promoção em saúde têm afetado a qualidade das discussões técnicas e provocado desentendimentos, principalmente em países em desenvolvimento. Deste modo seguindo o delineamento das definições feitas por Green e Kreuter(1991), pode-se entender que: (a) o termo educação em saúde compreende *“quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”* e, (b) já o termo promoção em saúde abrange uma *“combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde”*.

Dessa forma, ao conceito de educação em saúde se sobrepõe o conceito de promoção da saúde, sendo este um amplo processo que envolve a participação de toda a população na sua vida cotidiana dentro de uma concepção de saúde que compreende um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, integrando os aspectos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (auto-realização pessoal e afetiva) e sócio-ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza).(SCHALL, STRUCHINER, 2009).

A educação em saúde, na prática, constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, compreendendo especificadamente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas desenvolvidos dentro de 4 (quatro) diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico e a comunidade (CANDEIAS, 1997).

Alves (2005) enfatiza em seu artigo que da convivência entre as práticas emergentes (resultante da relação inter-relação causal entre fatores sociais, econômicos e culturais) e as hegemônicas (ações impositivas características do discurso higienista) emerge o delineamento de dois (2) tipos de modelos de práticas de educação em saúde, referidos como modelo tradicional e modelo dialógico.

O modelo tradicional, historicamente hegemônico, tem seu foco na doença e na intervenção curativa (modelo biologicista de saúde-doença), no qual a prevenção de doenças ocorre através da mudança de atitudes e comportamentos individuais. Como os usuários são considerados pessoas desprovidas de informação, a estratégia desta prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas, numa relação assimétrica entre profissionais e usuários, no qual o primeiro detém o saber técnico-científico, enquanto o outro precisa ser devidamente informado. A crítica quanto a este modelo é que se pressupõe que a partir da informação, sem considerar os determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde, os usuários serão capazes de tomar decisões para a prevenção de doenças e assumir novos hábitos e condutas.

Quanto ao modelo dialógico, considera-se que as práticas educativas devam ser sensíveis às necessidades dos usuários, conhecendo aqueles aos quais se destinam as ações de saúde (crenças, hábitos e papéis), além das condições em que vivem. Ainda, faz-se necessário envolvê-los nas ações (contrapondo a imposição). Portanto, o usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber, não sendo deslegitimado pelos serviços por ser diferente do saber técnico-científico, mas sim participativo na relação profissional-usuário, ainda que com papéis diferenciados.

Em suma, enquanto o modelo tradicional objetiva a imposição do saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde; o modelo dialógico busca a transformação dos saberes existentes assumindo uma atitude emancipatória do usuário por meio da construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite o indivíduo a decidir quais estratégias serão as mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde.

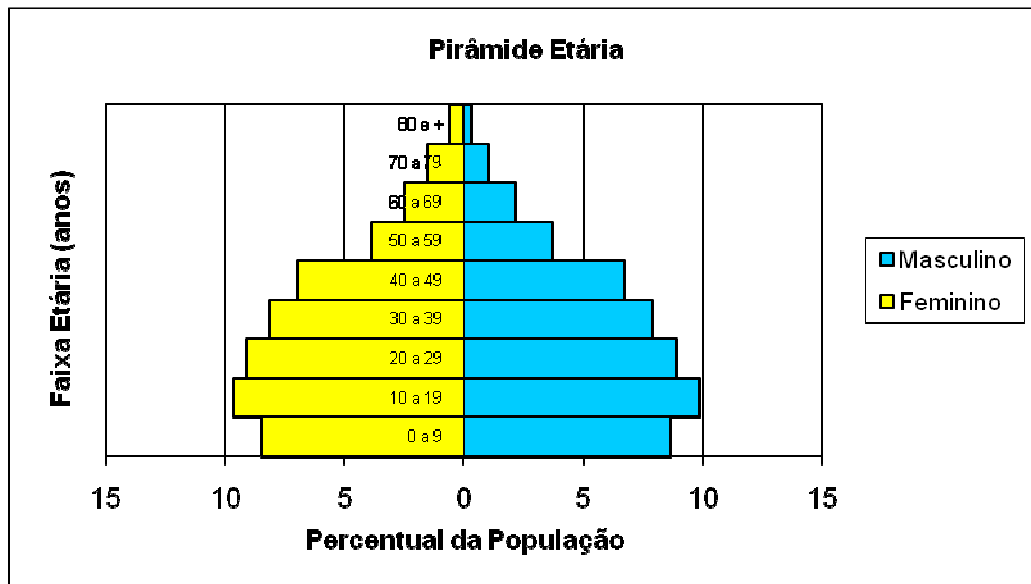
No momento, conforme Candeias (1997) a principal preocupação da área de educação em saúde não é mais a inexistência de um campo específico de conhecimento técnico-científico (como ocorreu nos primórdios da educação em saúde no Brasil), mas sim a dificuldade política de implantar atividades educativas planejadas. E, em qualquer sistema de saúde, não se pode conceber o planejamento da política de ação, sem nem mesmo considerar as premissas do planejamento educativo em saúde e promoção da mesma para que a prática subsequente não seja equivocada.

2.8. A Atenção à Saúde do Idoso no Município de Varginha/MG

“O Modelo de Atenção à Saúde da população idosa deve estar preconizado dentro dos princípios e diretrizes dos SUS através de uma linha organizada de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassa todos os níveis de atenção promovendo a atenção por intermédio de equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar. A organização da rede do nível local deve estar centrada na complexidade dos serviços (Ministério da Saúde, Perspectivas e desafios para planejamento das ações do Pacto pela Vida/ Saúde da população Idosa 2006/2007, 2006)

De acordo com o IBGE, em 2007, o município de Varginha apresentava uma população estimada em cerca de 116.093 habitantes, o Gráfico 8 apresenta alguns dados demográficos de interesse.

GRÁFICO 8: Dados demográficos referentes a Varginha/MG. Fonte: DATASUS, 2007



O município apresenta como principal atividade econômica a produção de café, sendo a segunda praça do produto no país, sendo considerada no ano de 2000, pela Fundação João Pinheiro, como a terceira cidade do estado mais promissora. Varginha

surge nesta classificação devido a uma "excelente qualidade de vida, além de ser pólo econômico-industrial, receber novas indústrias, sediar praticamente todas as regionais dos governos estadual e federal, possuir estação aduaneira e o único porto seco do interior", de acordo com a fundação, a mais respeitada entidade de pesquisas institucionais do País.

Os indicadores sócio-econômicos colocam Varginha em 11ª posição em relação ao ranking do estado no índice de desenvolvimento humano em 2000 e, em 193ª posição dentro do ranking nacional.

A rede de Saúde é modelo para o interior do Brasil compreendendo quinze Unidades de Saúde construídas estrategicamente nos bairros, três hospitais - sendo um especializado em cirurgia cardíaca - e dois pronto-socorros municipais atendem a toda população; o Centro Regional de Oncologia, único no Sul de Minas, que beneficia uma população de 3 milhões de pessoas.

Dentro desse cenário, ocorre à implantação do Programa de Atenção à Saúde do Idoso – ENVELHE-SER – através da iniciativa e responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e de uma equipe multiprofissional da rede pública de Varginha. Este programa é consequência de uma série de iniciativas isoladas que vinham acontecendo em várias Unidades de Saúde da rede Municipal de Varginha frente a uma demanda de atendimento à população idosa, resultante do acelerado processo de envelhecimento da população.

O Programa possui como objetivo geral prestar assistência multiprofissional e interdisciplinar ao idoso de maneira sistemática e global, capaz de atender às suas necessidades básicas e alcançar a sua autonomia e independência, sendo referência para a população e profissionais de saúde através das Unidades Básicas de Saúde e Programas Saúde da Família por encaminhamento dos mesmos. Posteriormente a esses encaminhamentos, é feito uma triagem dos pacientes pela equipe multiprofissional, observando se os mesmos enquadram dentro do perfil do programa que consiste em idosos parcialmente dependentes em suas atividades de vida diária que possuem um cuidador responsável (já que o paciente deve comparecer acompanhado pelo cuidador a sede do programa).

No tempo decorrido desde sua implementação, observam-se inúmeras dificuldades e desafios, que vão desde a ausência de uma sede própria com instalações apropriadas, às necessidades de sistematização de ações mais efetivas por parte dos gestores locais, dos profissionais da equipe, das unidades de encaminhamento e também, da própria população, para que todos os atores envolvidos tivessem focos convergentes na atenção. Diante desta realidade, despertou-se o interesse de discussões do ponto de vista da educação em saúde

com os cuidadores de idosos, onde primariamente é imprescindível conhecê-los para intervir futuramente de forma efetiva.

Dentre as ações do programa destacam-se: atendimento individual e em grupo; visita domiciliar; oficinas e palestras; capacitações para a equipe de saúde; reuniões mensais para os idosos e cuidadores; atividades culturais, educacionais e lúdicas; imunização; seminários, congressos e jornadas abertas para a comunidade; reuniões semanais pela equipe do programa e; discussão de encaminhamentos.

É nesse contexto que o presente trabalho de pesquisa se insere.

3.0. OBJETIVOS

3.1. Geral

Investigar a educação em saúde para cuidadores de idosos a partir da ótica de dois grupos de atores – equipe multiprofissional central (formadores) e cuidadores informais de idosos do Programa de Atenção à Saúde do Idoso – ENVELHE-SER – na cidade de Varginha/MG, com intuito de, após conhecer esses dados, viabilizar um apoio mais efetivo a esses cuidadores no seu cotidiano.

3.2. Específicos

- Identificar e caracterizar o perfil dos cuidadores informais de idosos cadastrados e usuários do programa, bem como as suas situações de cuidado, o contexto da relação com o idoso dependente e o impacto na qualidade de vida do cuidador
- Conhecer e discutir, sob a ótica dos cuidadores de idosos e dos profissionais da equipe central do programa, a educação em saúde para cuidadores de idosos
- Propor diretrizes que possibilitem a elaboração e implantação de grupos de apoio e atenção para os cuidadores informais de idosos

4.0. METODOLOGIA

4.1. Características Gerais da Pesquisa

Minayo (1996) define metodologia científica como o caminho do pensamento da prática, exercida nas concepções teóricas de abordagem no conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e no potencial do investigador.

O trabalho de um pesquisador não se limita à produção de um texto para a publicação ou para apresentar à comunidade. Ele envolve implicações que vão além desses preceitos, consistindo numa reflexão contínua sobre questões que norteiam o âmbito profissional, elaboração de hipóteses, sem espaço ou tempo definidos (Villani e Pacca, 2001).

Do ponto de vista epistemológico, depreendemos que todo o conhecimento social – quantitativo ou qualitativo – só é possível por recorte, redução e aproximação; sendo que toda redução e aproximação devem considerar que o social é qualitativo e que o quantitativo é uma de suas formas de expressão. Assim, no lugar de se oporem, as abordagens quantitativas e qualitativas, encontram-se nas teorias e nos métodos de análise e interpretação, atuando como formas complementares de apreender a realidade (Minayo, 2004).

Neste contexto, a presente pesquisa compreendeu um estudo quantitativo/qualitativo com foco no processo de educação em saúde de cuidadores de idosos, sob a ótica da equipe multiprofissional central e dos cuidadores de idosos informais inseridos no Programa de Atenção à Saúde do Idoso – ENVELHE-SER – na cidade de Varginha - MG.

4.2. Local da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no Programa de Atenção à Saúde do Idoso (ENVELHE-SER) que está inserido no SUS enquanto proposta complementar de assistência à saúde na cidade de Varginha - MG, o mesmo está vinculado a Policlínica Central, onde funcionam inúmeros programas especiais atuantes junto à população (Hanseníase, DST-AIDS, Hipertensão, Câncer de mama, Diabetes, Hepatite, dentre outros)

4.3. Sujeitos

Delimitamos como sujeitos participantes da pesquisa 2 (dois) grupos de atores em momentos distintos. Num primeiro momento, a população foi constituída por 30 (trinta) cuidadores de idosos informal usuários e cadastrados no programa, considerando que na época da coleta de dados este número correspondia a aproximadamente 75% da população atendida. Num segundo momento, houve a participação de 8(oito) profissionais da equipe central do programa – enfermeira, médico geriatra, fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga, farmacêutica, assistente social e auxiliar de enfermagem.

Este estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM), com o protocolo 0685/08.

4.4. Procedimento de coleta de dados

Dados coletados junto aos cuidadores informais de idosos

A coleta de dados para este grupo estudado foi organizada em 2 partes: na primeira, foi feito um levantamento junto ao prontuário dos pacientes e, na segunda, aplicação da entrevista semi-estruturada.

De forma inicial, o levantamento dos prontuários dos idosos cadastrados no programa teve o intuito de esclarecer informações quanto ao diagnóstico clínico e endereço completo dos cuidadores, para posterior contato e futuro agendamento.

Posteriormente, foi aplicada uma entrevista semi-estruturada aos cuidadores de idosos, tendo como base pesquisas recentes e outros instrumentos preexistentes, considerados de um bom padrão de confiabilidade e precisão.

O uso da entrevista foi definido por ser uma das técnicas de coleta de dados mais utilizadas no âmbito das ciências sociais, sendo muito adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer ou fizeram, bem como acerca de suas explicações ou razões a respeito de coisas precedentes. E, por sua flexibilidade, é adotada como uma técnica fundamental de investigação nos mais diversos campos e pode-se afirmar que parte importante do desenvolvimento das ciências sociais nas últimas décadas foi obtida graças à sua aplicação (GIL, 2006; MARCONI e LAKATOS, 2006).

O uso da entrevista semi-estruturada justifica-se mediante o conceito de Triviños (1992):

“a entrevista semi-estruturada, em geral, é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo, à medida que recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa”

No estudo, o roteiro da entrevista buscou coletar informações quanto à caracterização dos idosos dependentes e dos seus cuidadores, o processo de provisão de cuidados e, o processo de educação em saúde para cuidadores de idosos existentes no programa (ANEXO 1).

Cabe ressaltar que juntamente à aplicação da entrevista foi solicitada a permissão para a pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os cuidadores informais de idosos (ANEXO 2).

Dados coletados junto aos profissionais da equipe central

Utilizou-se a técnica de grupo focal junto aos profissionais atuante da equipe do Programa ENVELHE-SER, a aplicação ocorreu num segundo momento após a coleta dos dados dos cuidadores de idoso, sendo este instrumento conceituado por Matos e Vieira (2002) como uma técnica de entrevista em grupo com objetivo de coletar informações dos sentimentos e opiniões dos investigados, sobre uma determinada questão. Pode ser também utilizada para promover uma maior interação entre os membros do grupo.

Giatti (2005) expõe a importância da aplicação desta técnica:

“O trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições,

preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas”

Com todas essas possibilidades, a principal vantagem do grupo focal em comparação com as outras técnicas é a oportunidade de se observar uma ampla quantidade de interações sobre um tópico, num determinado período de tempo, dentro de um ambiente mais natural, já que os participantes influenciam e são influenciados pelos outros, exatamente como na vida real (Berthold, 2002, apud castro 2003).

Considerando o descrito, este segundo momento foi realizado na Policlínica Central de Varginha e, contou com a participação de 8 profissionais da equipe central envolvidos no programa. A pesquisadora em questão atuou como moderadora, juntamente com a colaboração de dois profissionais, também da área da saúde, no papel de observadores.

No decorrer do grupo focal foi inicialmente exposto o contexto da pesquisa, metodologia a ser utilizada e, objetivos da pesquisa. Ainda, todos os profissionais preencheram e assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (ANEXO 2).

As seguintes questões nortearam as falas dos participantes do grupo (ANEXO 3), sendo apresentadas pela moderadora:

- a. Como ocorre o planejamento da educação em saúde para cuidadores de idosos?
- b. Quais as necessidades da equipe para promover a educação em saúde com os cuidadores de idosos?
- c. Que conhecimento se tem das necessidades dos próprios cuidadores de idosos para promover a educação em saúde?
- d. Há alguma preocupação sobre o cuidado direcionado ao próprio cuidador de idosos?
- e. Quais as facilidades e dificuldades na educação em saúde para cuidadores de idosos?

Os depoimentos foram gravados e, posteriormente transcritos na íntegra para análise, incluindo as observações dos colaboradores apontadas referentes ao grupo, como expressões e comportamentos dos participantes.

4.5. Análise dos dados

Nesta pesquisa, os dados obtidos foram analisados qualitativamente. A entrevista semi-estruturada passa por essa análise em relação a frequência com que os dados

aparecem, num diálogo constante articulado com a literatura, a fim de comprovar com base na maior ou menor incidência, os resultados a que chegamos.

Os dados originados do grupo focal percorreram os caminhos descritos por Minayo (1996) através de uma proposta de interpretação qualitativa de dados conhecida como *método hermenêutico-dialético*, no qual a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor compreensão.

A união da hermenêutica com a dialética leva a um maior entendimento *do texto, da fala, do depoimento* como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), sendo ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico (MINAYO, 2004).

Biz (2005) utilizou o mesmo método de análise de dados em sua pesquisa, conduzida por grupo focal, para investigar a atenção ao idoso e o perfil profissional do médico e do enfermeiro com o intuito de contribuir para operacionalização do planejamento de uma capacitação destinada aos profissionais de saúde.

Do mesmo modo, Oliveira (2001) oferece em sua pesquisa de doutorado uma reflexão estruturada da metodologia hermenêutica-dialética sendo a mesma resultada de uma análise de um projeto de parceria entre a Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRP) e o Instituto de Pesquisa em Ensino para as Cooperativas (IRECUS) da Universidade de Sherbrooke (US). Este estudo teve como temática a formação do técnico em associativismo/cooperativismo, numa perspectiva de desenvolvimento local no nordeste do Brasil, no qual foi possível afirmar que a metodologia supracitada permite uma interação de todos os atores sociais envolvidos, eliminando-se ao máximo a subjetividade do pesquisador. Cabe aqui ressaltar que o bom trabalho desenvolvido levou a UFRP a receber da Associação Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI) o prêmio de “*Excellent*” que considerou o projeto UFRP-US o mais importante em termos de resultados na região nordeste do Brasil.

Ainda, Costa (2000) também empregou a mesma metodologia em sua pesquisa intitulada “Vivendo com AIDS e enfrentando a violência: experiência dos adolescentes”, justificando a sua escolha pelo método pela proximidade da realidade dos atores sociais em evidência, privilegiando principalmente a linguagem, pelo fato desta expressar seu cotidiano social, histórico e afetivo, além de manter uma forte ligação com a ação (práxis) dos sujeitos, no processo de constituir subjetivamente o coletivo.

Segundo Minayo (2004) a análise de dados nos traz três possibilidades dentro de uma pesquisa qualitativa: análise de conteúdo, a análise do discurso e a hermenêutica-dialética, Assim sendo, o método hermenêutico-dialético:

“é o mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade. Essa metodologia coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir de seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante, em que é produzida”

(Minayo,1996)

Com intuito de operacionalizar sua proposta, a autora propõe os seguintes passos:

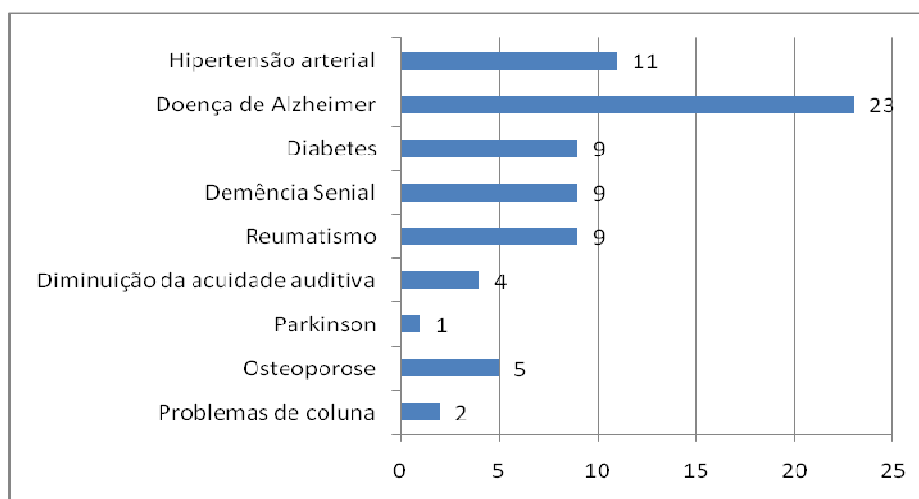
- (a) Ordenação dos dados – mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo através na transcrição das fitas gravadas, releituras de material e organização de relatos numa ordem determinada.
- (b) Classificação dos dados – construída a partir de um questionamento com base em fundamentação teórica através de leitura exaustiva e repetida dos textos, com intuito de identificar o que é relevante para os atores sociais para, posteriormente, se elaborar categorias específicas de análise
- (c) Análise final – estabelecimento de relações entre os dados obtidos, os objetivos do estudo e seus referenciais teóricos

5.0. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1. Conhecendo o idoso dependente

Nos dados encontrados nos prontuários dos idosos observa-se quanto ao diagnóstico clínico que a maioria dos sujeitos apresentou uma combinação de até quatro diagnósticos. De acordo com Ramos (2002), no contexto brasileiro estima-se que 85% dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica e, destes pelo menos 10% com no mínimo cinco afecções concomitantes. Dentre as patologias encontradas no prontuário a Doença de Alzheimer teve alta prevalência, seguida da Hipertensão arterial e, ocorrendo freqüências semelhantes entre reumatismo, demência senil e diabetes. Esses achados confirmam o aumento significativo da incidência de doenças crônico-degenerativas nesta população idosa, nestas destacam-se as demências, sendo a mais comum a Doença de Alzheimer (LEMOS et al, 2006 ; LEBRÃO e DUARTE, 2003; YUASO e SGUIZZATTO, 1996). Cabe ressaltar que os diagnósticos levantados não eram os únicos fatores determinantes da dependência do indivíduo idoso. O Gráfico 9 ilustra os achados:

Gráfico 9: Distribuição dos diagnósticos clínicos dos idosos dependentes, Varginha, 2008



A grande maioria dos idosos dependentes eram mulheres (60%) e com média de idade de 70,4 anos. Em relação ao estado civil, mais da metade dos entrevistados (60%) estavam casados e, os restantes viúvos. Estes dados refletem a tendência da diferenciação da razão de sexo na população idosa, sendo bem maior o número de mulheres, de acordo com o IBGE (2008), em 2007 constatou-se que havia 79 homens idosos para cada 100

mulheres nesta condição. E, mostrou ainda que a razão de sexo se acentua com o aumento da idade. Porém, Santos (2003) mostrou ao utilizar dados do SABE de 2000 (pesquisa longitudinal para traçar as condições de vida e saúde dos idosos residentes no município de São Paulo realizado no domicílio em 2000 e 2006) que embora a esperança de vida seja maior para as mulheres, a proporção desta esperança de vida sem incapacidade é maior para o sexo masculino.

A tabela 7 caracteriza os idosos dependentes de acordo com a faixa etária que se encontram relacionando com o gênero. É possível notar em destaque uma proporção significativa de idosos com idade acima de 80 anos, o que confirma os dados da literatura no qual menciona dentro deste panorama um crescimento maior dentro desta parcela dos “muitos idosos” do que os restantes, que cresce por cerca de 4% ao ano, ou seja, a uma taxa de 0,04, bem maior do que o crescimento da população total (LEBRAO, 2007).

Tabela 7: Distribuição dos idosos dependentes segundo a faixa etária e o sexo

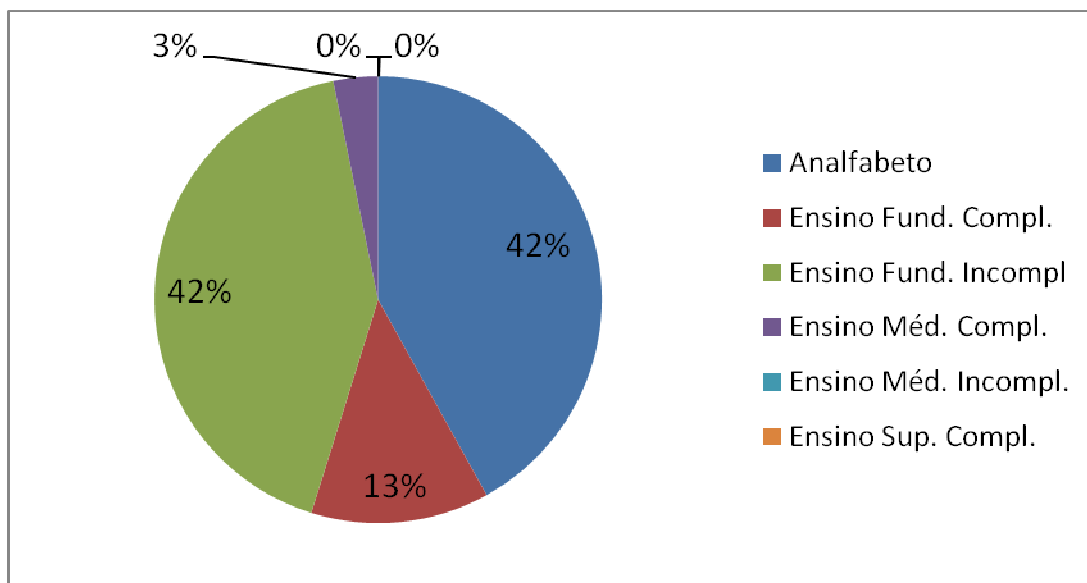
Faixa Etária	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
60 - 69	4	13,3	-	-	4	13,3
70 - 79	5	16,7	10	33,3	15	50
80 - 89	2	6,7	7	23,3	9	30
90 ou mais	1	3,3	1	3,3	2	6,7
Total	12	40	18	60	30	100,0

Examinando a tabela acima, pode-se notar que, dos totais dos idosos dependentes, observa-se uma maior concentração de idosos masculinos na faixa etária de 70 a 79 anos (16,67%) do total de homens e, a seguir na faixa etária de 60 a 69 anos (13,33%). No sexo feminino, a maior concentração também predomina na faixa etária de 70 a 79 anos, mas seguida da faixa etária de 80 a 89 anos.

Quanto à escolaridade (Gráfico 10), destaca-se a baixa escolaridade dos idosos e um número significativo de analfabetos (42%), revelando-se um dado preocupante, uma vez que a falta de instrução, associada a condições sociais, culturais e econômicas, pode se constituir em um obstáculo para o autocuidado, para a continuidade de um tratamento

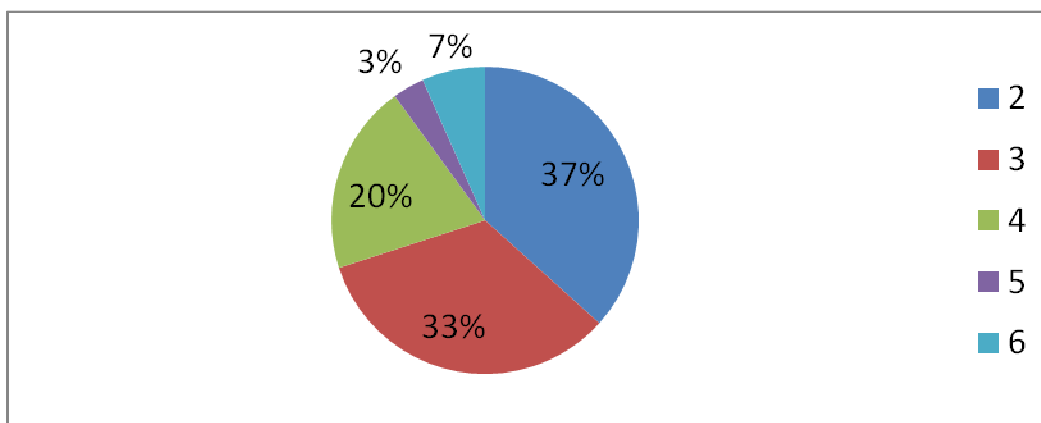
adequado e para a adoção de hábitos saudáveis (PERLINI, 2000). Os dados do presente estudo afrontam os números mostrados pelo IBGE (2008), no qual mostra uma melhoria da proporção de idosos sem instrução e com menos de 1 ano de estudo, sendo esta em 2007 de 32,2% em todo o país; porém relatam também que o incentivo à alfabetização dos idosos se mostra ainda insuficiente.

Gráfico 10: Grau de escolaridade dos idosos dependentes



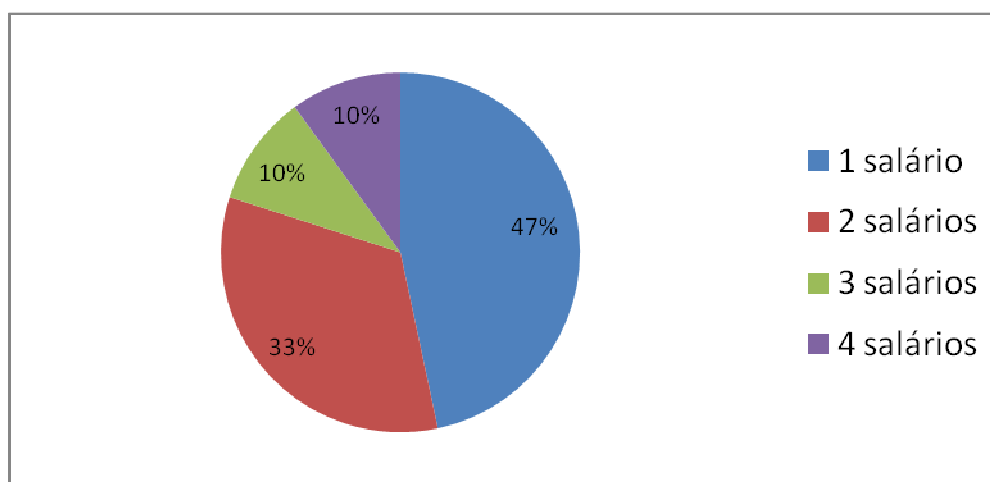
O arranjo familiar doméstico (quantidade de membros co-residentes) do idoso dependente mostra-se variável, sendo mais prevalente o arranjo familiar com 2 pessoas (37%) - casal (idoso dependente mais cônjuge) conforme Gráfico 11. Com isso, constata-se que um idoso cuida do outro. Ao mesmo tempo, o restante dos idosos de acordo com o arranjo familiar doméstico, ou seja, 63% dos idosos convivem numa mesma família com 2 ou até 3 gerações diferentes. Isto confirma o fenômeno das famílias intergeracionais conforme IBGE (2008) devido ao aumento da expectativa de vida dos idosos, onde esta ocorrência de convívio dos idosos com filhos ou parentes tem sido destacada como uma situação saudável e positiva para seu bem-estar

Gráfico 11: Arranjo familiar doméstico dos idosos dependentes segundo o nº de membros



Quanto à renda familiar mensal (em salários mínimos – considerando o salário mínimo vigente de R\$415,00) declarada pelos cuidadores, observou-se que a maior parte (47%) das famílias possui renda na faixa de 1 salário mínimo. Importante ressaltar que o Programa ENVELHE-SER atende municípios com condições sócio-econômicas mais baixas (Gráfico 12).

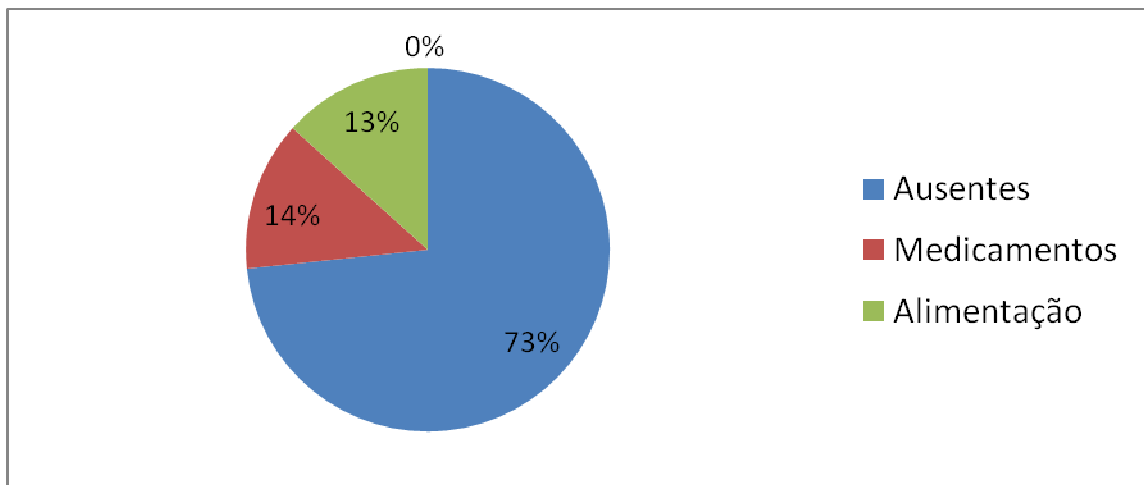
Gráfico 12: Renda Familiar mensal dentro do arranjo familiar do idoso dependente de acordo com o salário mínimo vigente (R\$415,00)



Dados do IBGE (2008) mostraram que o valor médio do rendimento familiar *per capita* em 2007 ficou em torno de R\$624,00. Entretanto, metade das famílias vivia com valores que ficavam abaixo de R\$ 380,00 (valor do salário mínimo do ano de 2007), apontando que a distribuição de renda no País é bastante desigual, no tocante às suas características regionais.

Dentre os custos específicos com os idosos, o gráfico 13 destaca:

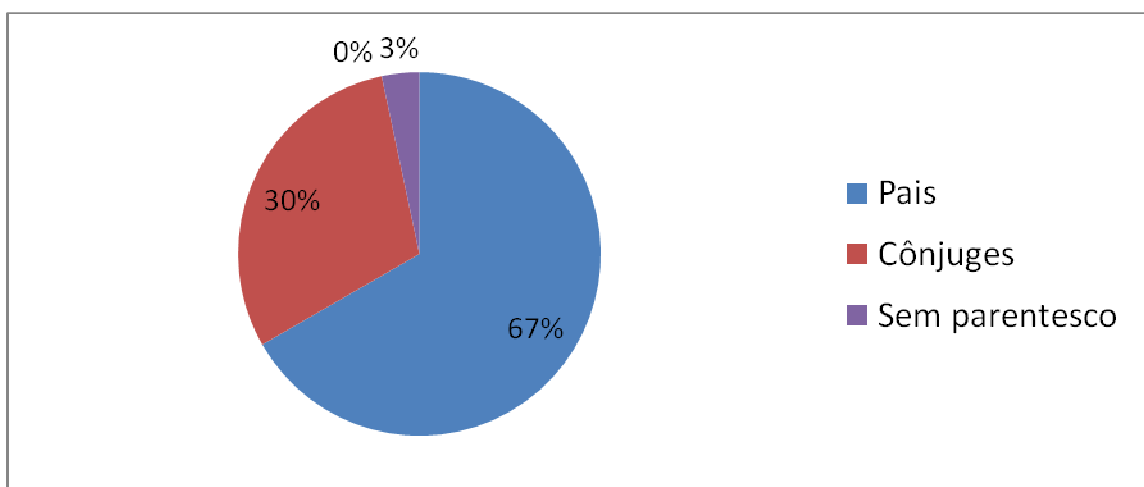
Gráfico 13: Custos específicos com os idosos dependentes



Cabe aqui ressaltar poucos custos com os idosos dependentes, 73% dos pesquisados relataram que recebem medicamentos gratuitos dentro do próprio programa, não havendo gastos onerosos com os idosos no cotidiano do cuidado.

A análise do grau de parentesco do idoso dependente com o seu cuidador mostrou que mais da metade eram pais de seus cuidadores (67%), seguidos por cônjuges (30%), e apenas 1 (3%) não possui qualquer parentesco (Gráfico 14):

Gráfico 14: Grau de parentesco dos idosos dependentes com cuidador



A grande maioria dos estudos comprova esta tendência, como o estudo de MADUREIRA (2000), que encontrou 52,2% e 26,6% de idosos pais e cônjuges de seus

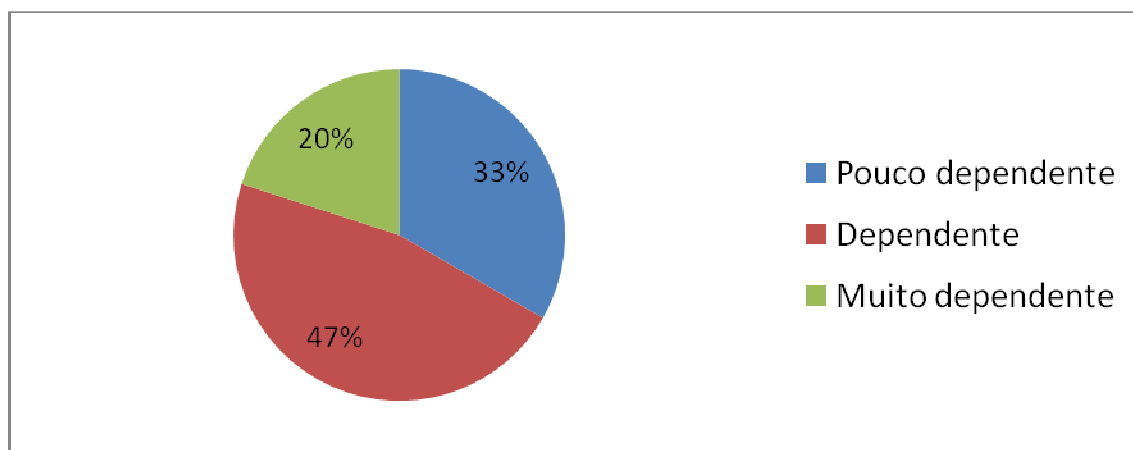
cuidadores, respectivamente. Quanto àqueles sem grau de parentesco, pode-se notar nesta pesquisa um número pequeno (3%), aparecendo aqui como uma amiga do idoso cuidado que se dispôs a cuidar dele, o que é preocupante é que este idoso reside com parentes mais próximos na mesma casa (idoso morando cônjuge, 2filhos, 1nora e 1neto), mas com os quais ele não podia contar no momento. Minchilo (2000) aponta em seu estudo que menos de 3% dos cuidadores não tinham qualquer vínculo de parentesco com os pacientes. Chappel (2006) demonstrou os mesmos achados do presente estudo concluindo que existe uma ordem hierárquica de quem é a fonte de cuidados: primeiro o esposo, seguido de filhos, parentes e, finalmente amigos.

Quando os cuidadores foram perguntados a respeito do diagnóstico clínico do idoso que o levou a dependência, a maioria apresentou muita dificuldade em responder especificadamente o que era demonstrando certa confusão e desconhecimento a respeito das patologias. Ainda, dentre aqueles que respondiam que o idoso possuía Alzheimer, observou-se certo constrangimento (“fala baixa”) e desentendimento quanto ao diagnóstico clínico que determinou a dependência do idoso que cuidavam.

Neste ponto notou-se certa discrepância quanto ao diagnóstico clínico do idoso entre as patologias anotadas no prontuário com a fala do cuidador, demonstrando um conhecimento escasso e que não obtiveram orientações e/ou treinamentos adequados em relação à doença apresentada pelo idoso dependente. Este achado vai de encontro com resultados semelhantes nas pesquisas de Jimenez et al (2006), Felício et al (2005) e, Chagas e Monteiro (2004), nos quais afirmam que esta ausência de conhecimento é comum devido a falta de orientação por parte dos profissionais ou do uso de linguagem científica ao se dirigirem aos pacientes e cuidadores, destacando que tais informações devem ocorrer de forma simples, clara e de fácil compreensão para a família, de acordo com seu nível de conhecimento.

Ao ser questionado quanto ao grau de dependência dos idosos, 47% responderam que eram apenas dependentes (Gráfico 15). Importante ressaltar que existe na literatura questionários validados para determinar o grau de dependência do idoso, o presente estudo considerou apenas a percepção do próprio cuidador.

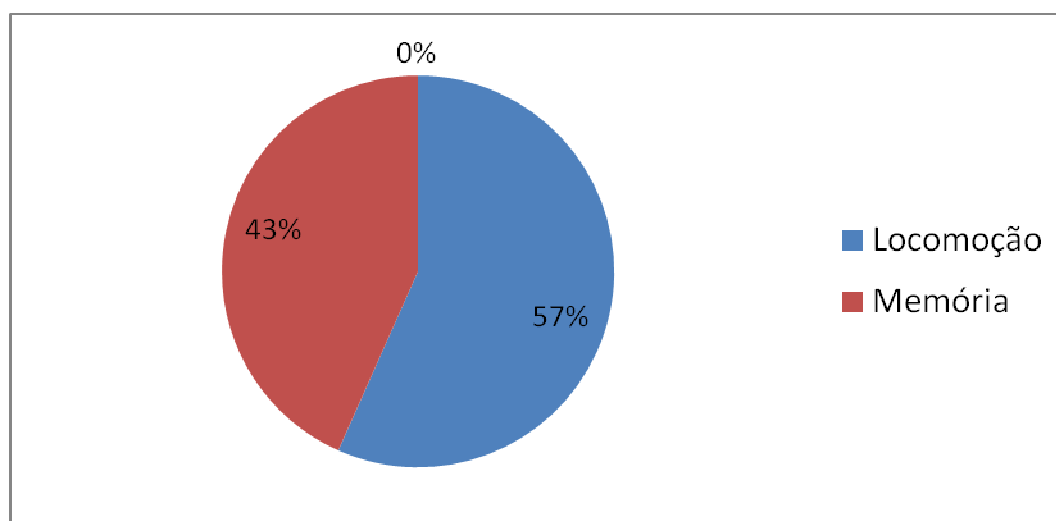
Gráfico 15: Grau de dependência dos idosos dependentes percebidos pelo cuidador no dia-a-dia



Na literatura, observa-se que muitas vezes o cuidador tende a minorar ou, mesmo a negar o fardo inerente ao exercício do cuidado, principalmente as mulheres, o que remete fortemente à cultura que as define no papel de assumir as responsabilidades e as obrigações do cuidado, seja ele de que forma for (GIACOMIN et al, 2005). Ainda, os idosos inseridos no programa apresentam certo grau de dependência, pelo próprio perfil de inserção do programa.

Quanto a maior dificuldade observada no idoso no seu dia-a-dia constatou-se que os problemas estavam relacionados a 2 fatores, 57% de locomoção e 43% de memória de acordo com Gráfico 16:

Gráfico 16: Maior dificuldade enfrentada pelo idoso em seu dia-a-dia



5.2. Conhecendo o cuidador principal

Examinando a Tabela 8 referente à caracterização do cuidador principal quanto ao sexo e idade, observamos que, do total entrevistado, 23 (76,7%) eram do sexo feminino e, apenas 7 (23,2%) eram do sexo masculino, apresentando uma idade média dos cuidadores de 56 anos. Esses dados foram também observados em outros trabalhos no qual ressaltaram o predomínio do sexo feminino nas atividades como cuidador (ALMEIDA, 2005; MORAIS, 2004; DIAS et al, 2002; NUNES, 2002; PERLINI, 2000; KARSCH, 1998).

Tabela 8: Distribuição do cuidador principal segundo o sexo e a faixa etária

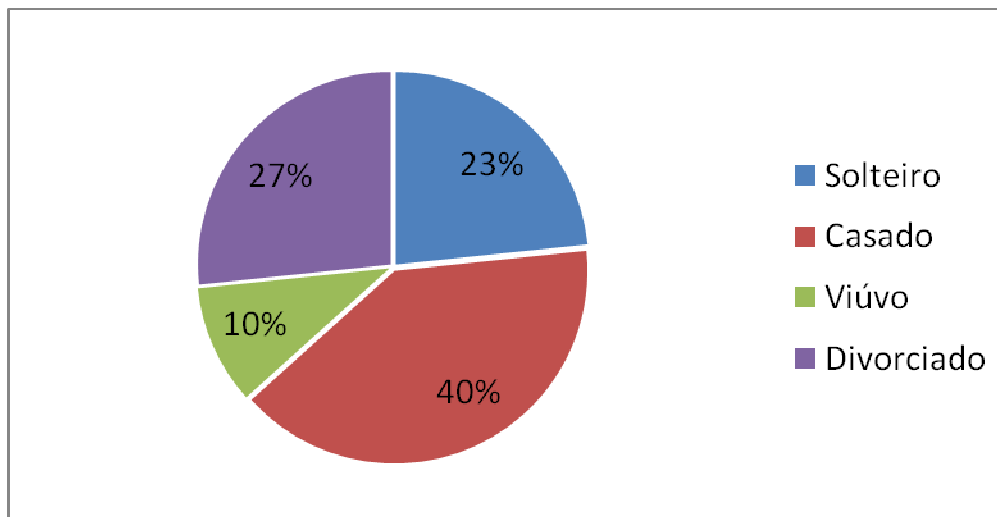
FAIXA ETÁRIA DO CUIDADOR	SEXO DO CUIDADOR				TOTAL	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
10 – 19	-	-	1	3,3	1	3,3
20 - 29	-	-	1	3,3	1	3,3
30 - 39	1	3,3	1	3,3	2	6,7
40 - 49	1	3,3	8	26,7	9	30
50 - 59	2	6,7	5	16,7	7	23,3
60 - 69	1	3,3	2	6,7	3	10
70 - 79	1	3,3	3	10	4	13,3
80 - +	1	3,3	2	6,7	3	10
Total	7	23,2	23	76,7	30	100

Este papel da mulher cuidadora é muitas vezes visto como natural, porém ele está inscrito socialmente no papel de mãe e, culturalmente, as mulheres o assumem como mais um papel pertinente à esfera doméstica. Assim, como podemos ver na Tabela 8 que as mulheres participam como cuidadoras já a partir da faixa etária de 10-19 anos, com predomínio de mulheres na idade de 40-49 anos, até a idade de 80 anos ou mais, demonstrando a participação da mulher cuidadora da adolescência, passando pela idade adulta e chegando a velhice.

Quanto ao estado civil dos cuidadores observou-se, conforme consta no Gráfico 17, que a maioria dos cuidadores era casada, ou seja, 40% deles, seguidos de 27% de divorciados. Nunes (2002) observou dados similares em sua pesquisa sobre cuidador familiar de idoso com trauma ortopédico, em que a maioria dos cuidadores era casada,

69,6%, e possuía filhos, o que, em sua análise, dificultava a prática do cuidado, pois os cuidadores precisavam dividir seu tempo entre os cuidados domésticos, o cuidado com a família e com o idoso.

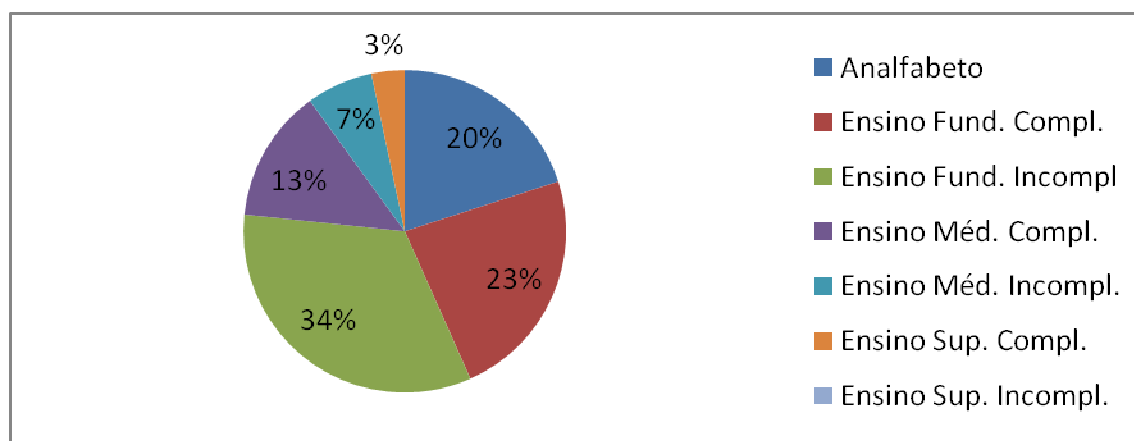
Gráfico17: Estado civil dos cuidadores principais



Cabe aqui destacar que três dos cuidadores que eram filhas do idoso dependente e também casadas, voltaram a morar com os pais, abandonando o próprio lar e família para cuidar dos seus pais.

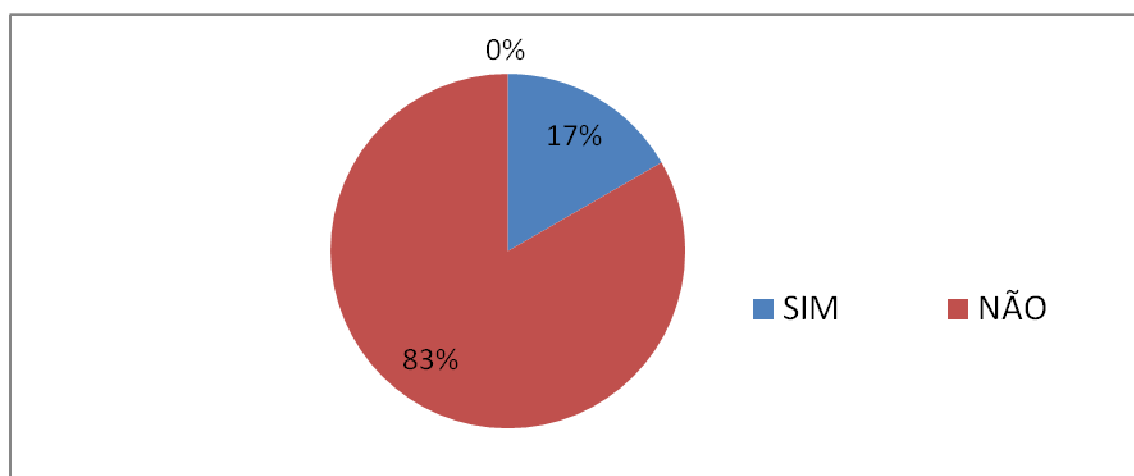
Quanto à escolaridade (Gráfico 18), 34% dos cuidadores tinham o ensino fundamental incompleto, seguindo de 23% que haviam completado o ensino fundamental, ainda, havia um número significativo de analfabetos (20%). Diversos estudos evidenciam que dependendo da população e do serviço estudado, há uma variação da escolaridade dos cuidadores, porém a maioria dos cuidadores dos estudos realizados em serviços públicos tem menor escolaridade do que aqueles realizados em serviços particulares ou conveniados (SPORTELLLO, 2003; PERLINI, 2000).

Gráfico 18: Escolaridade dos cuidadores principais de idosos dependentes



Quanto à ocupação dos cuidadores, a grande maioria deles 83% não trabalhava fora, apenas 17% referiram outra ocupação, conforme Gráfico 19:

Gráfico 19: Situação ocupacional do cuidador principal

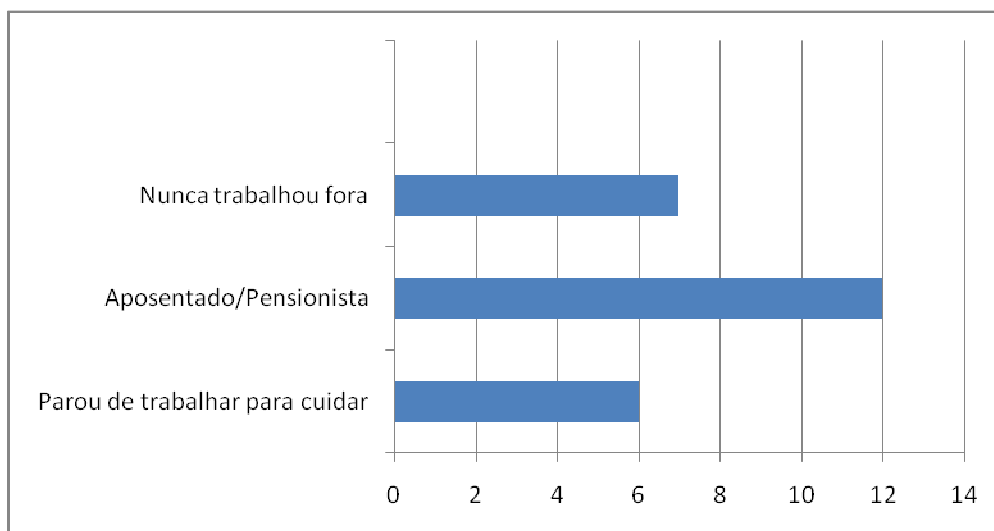


Dentre os cuidadores que trabalhavam fora, 4 em 5(80%) eram do sexo feminino e, apenas 1(20%) do sexo masculino. Já aqueles que não exerciam uma ocupação, 19 em 25 (76%) eram do sexo feminino e 6 em 25 (24%) eram do sexo masculino. O papel da mulher cuidadora pode contribuir para sua crescente pobreza uma vez que algumas mulheres são forçadas a desistir de empregos remunerados para cuidar; outras nunca trabalharam por conta de seu trabalho integral em papéis de cuidadoras não-remuneradas de crianças, pais idosos, esposos doentes e netos. Com isso, a provisão de cuidados da família é frequentemente executada em detrimento da segurança econômica da mulher cuidadora na idade mais tardia (SANTOS, 2003).

Dentre aqueles cuidadores que trabalhavam fora, questionou-se quantas horas por semana exerciam seu trabalho, constatando que no total de 5 cuidadores que trabalhavam fora, 3 (60%) realizavam o mesmo por 20h/semana, 1(20%) por 40h/semana e 1 (20%) por 44h/semana..

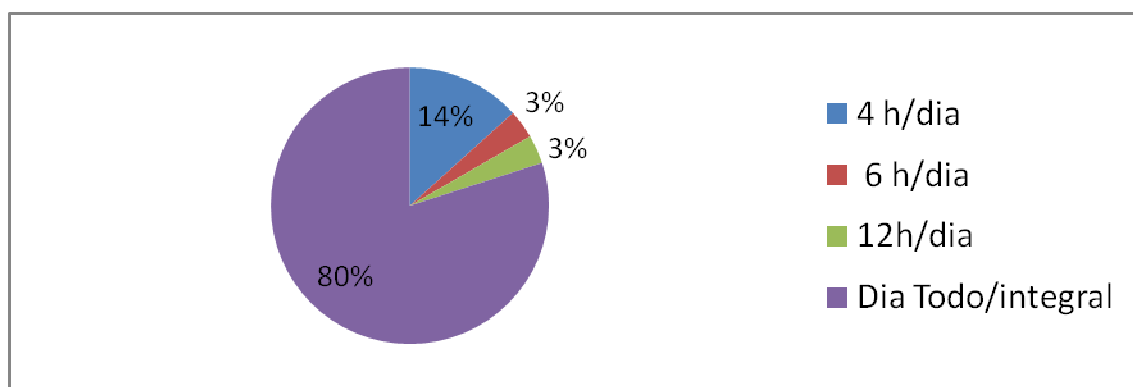
Para conhecer melhor a situação dos cuidadores que não trabalhavam fora foi perguntado ao entrevistado o motivo, obtendo-se as seguintes respostas: 6 (24%) referiram ter parado de trabalhar devido a função de cuidador, 7 (28 %) nunca tinham trabalhado fora – eram “do lar” –, 12 (48%) estavam aposentados ou eram pensionistas. Importante ressaltar que dentre os cuidadores que relataram que “nunca trabalhou fora” e que “pararam de trabalhar para cuidar”, todas (100%) eram do sexo feminino (Gráfico 20).

Gráfico 20: Situação do cuidador que não trabalha fora



Dos cuidadores entrevistados, 24 (80%) disseram passar o dia todo cuidando do idoso dependente, 4 (14%) de 4horas por dia, 1 (3%) de 6 horas por dia, e, 1 (3%) de 12 por dia, conforme ilustrado no Gráfico 21 a seguir.A maioria dos estudos também constataram que os cuidadores dedicam boa parte de seu tempo ao cuidado (SPORTELLLO, 2003).

Gráfico 21: Quantidade de tempo (horas/dia) na provisão de cuidados



Com intuito de conhecer a vida dos cuidadores, além da função de cuidar, questionou-se sobre outras atividades que exerciam, além da provisão de cuidados, constatando que 26(86,7%) realizavam os afazeres domésticos, 2 (6,7%) cuidavam das finanças (supermercado, feira, contas a pagar, etc) e 2 (6,7%) trabalhavam em outras atividades secundárias. Já, quando perguntados sobre suas atividades de lazer, a Tabela 9 ilustra os achados, nos quais eles referem atividades como televisão e DVD (43,3%) na maior parte, uma vez que estas estão restritas ao âmbito do domicílio, pois têm dificuldades de sair de casa, pois são responsáveis pelos cuidados dos idosos.

Tabela 9: Atividades de lazer dos cuidadores principais

ATIVIDADE DE LAZER	N	%
TV e DVD	13	43,3
Passear	4	13,3
Artesanato	3	10,00
Descansar	2	6,7
Leitura	2	6,7
Ir à igreja	2	6,7
Exercitar	2	6,7
Tocar música/cantar	1	3,3
Costurar	1	3,3
TOTAL	30	100,0

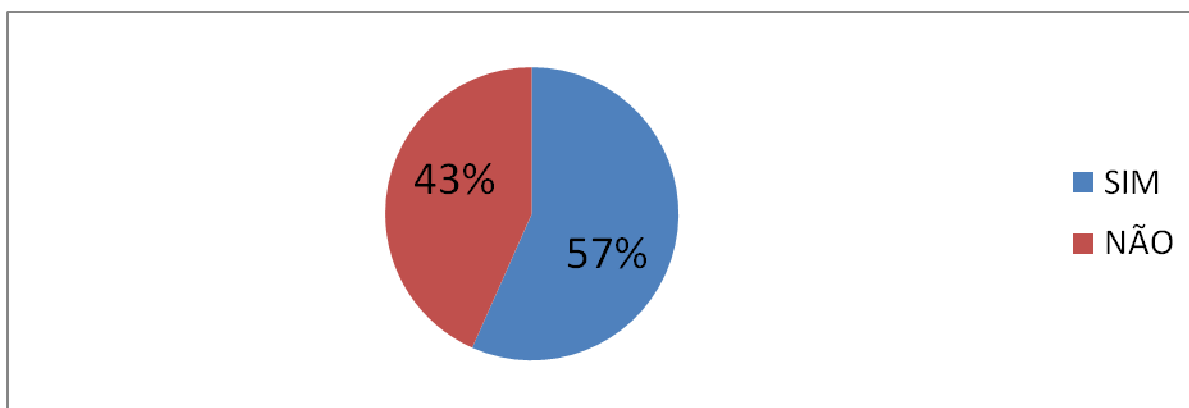
Poucos estudos referem-se às atividades de lazer dos cuidadores, isto se deve ao fato de que a maioria fica muito voltada para os cuidados não tendo tempo para o lazer. Sportello (2003) cita em seu estudo que as atividades de lazer desenvolvidas pela equipe de

assistência domiciliar do HU são importantes, mas que os cuidadores enfrentam várias dificuldades para conseguir realizá-las, como cansaço, falta de tempo por ter de cuidar do paciente, falta de colaboração dos familiares, problemas de saúde, dentre outras. Com isso, há inúmeras barreiras que limitam suas oportunidades de lazer ficando assim, confinado ao lar, sem convívio social, o que contribui para o desgaste físico e mental que a função de cuidadora familiar acarreta.

Dos cuidadores avaliados, 12 (40%) disseram ter um bom estado geral de saúde, 12 (40%) têm uma saúde regular, 5 (16,7%) têm uma saúde ruim e 1 (3,3%) tem uma saúde ótima. Posteriormente, foram perguntados se o estado geral de saúde deles havia piorado como resultado da provisão de cuidados, estando os achados descritos no Gráfico 22 abaixo.

Muitos estudos têm repetidamente revelado que os cuidadores experimentam altos níveis de estresse e fadiga e, que isso afeta diretamente a saúde do cuidador, ocorrendo um maior risco de morbidade psiquiátrica e física quando comparados à população geral e a grupo controle (GIACOMIN et al, 2005).

Gráfico 22: Piora do estado geral de saúde após a provisão de cuidados



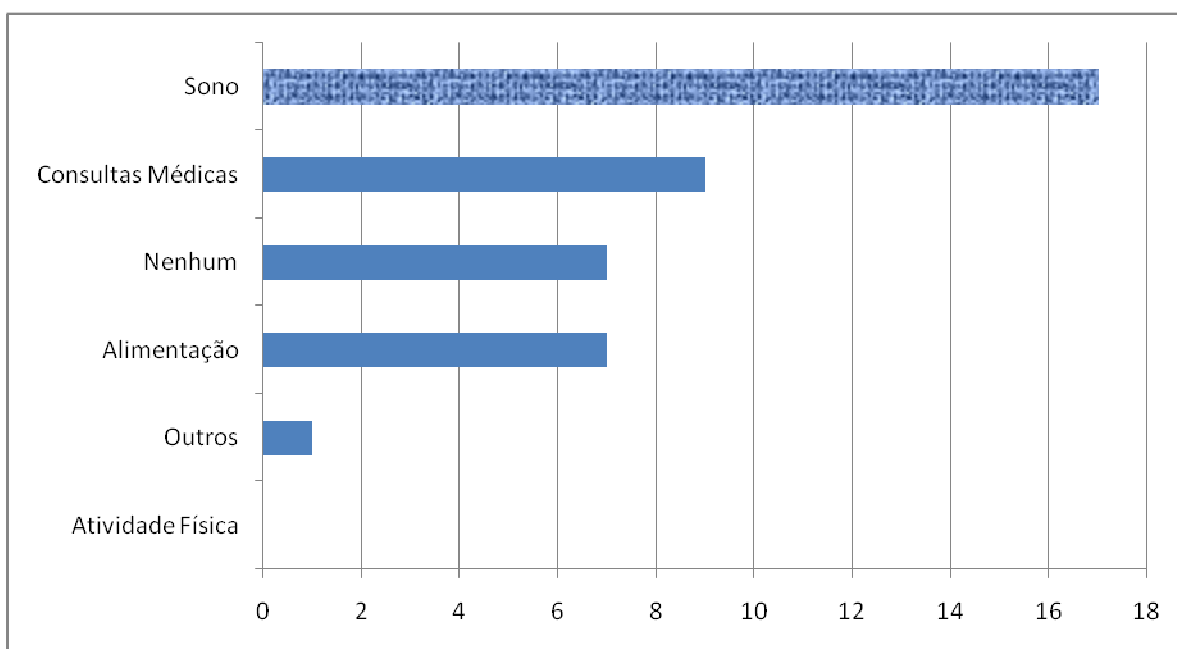
Dentre aqueles que responderam que o estado geral de saúde piorou após a provisão de cuidados, 7(41,2%) disseram que isso afetou o cuidado com o idoso dependente e, o restante (58,8%) disse que isso não afetou o cuidado. O mesmo ocorreu no estudo desenvolvido por Giacomini et al (2005) sobre a experiência do cuidado domiciliar por esposas de idosos dependentes mostrou que todas as participantes referiram piora do estado de saúde e uso crônico de medicamentos, mas elas não relacionaram cuidado e agravamento da condição de saúde

Pode-se observar no presente estudo que o grau de deterioração do estado geral de saúde aumenta em relação à quantidade de tempo gasto provendo cuidados. Em particular, 50% (12 em 24) daqueles que disseram que gastam o dia todo provendo cuidados consideram seu estado geral de saúde regular, 29,2% (7 em 24) consideram sua saúde boa e 20,8% (5 em 24) consideram sua saúde ruim. Já aqueles que trabalham 4h/dia consideram sua saúde boa; aqueles que trabalham 6h/dia consideram sua saúde Ótima e; aqueles que trabalham 12h/dia consideram sua saúde boa.

Ainda, dentre aqueles que responderam que a provisão de cuidados ajudou na piora de sua saúde e que isso afetou a provisão de cuidados (7 em 17 cuidadores), todos proviam cuidado por todo o dia e, especificadamente, 2 (28,6%) consideravam sua saúde regular e 5 (71,4%) ruim.

O Gráfico 23 demonstra quais aspectos de saúde os cuidadores perceberam ser os mais afetados como resultado da provisão de cuidados, dando destaque para o aspecto sono, sendo assim:

Gráfico 23: Aspectos de saúde mais afetados dos cuidadores



**As consultas médicas do gráfico 23 referem-se ao abandono de consultas médicas de rotina.*

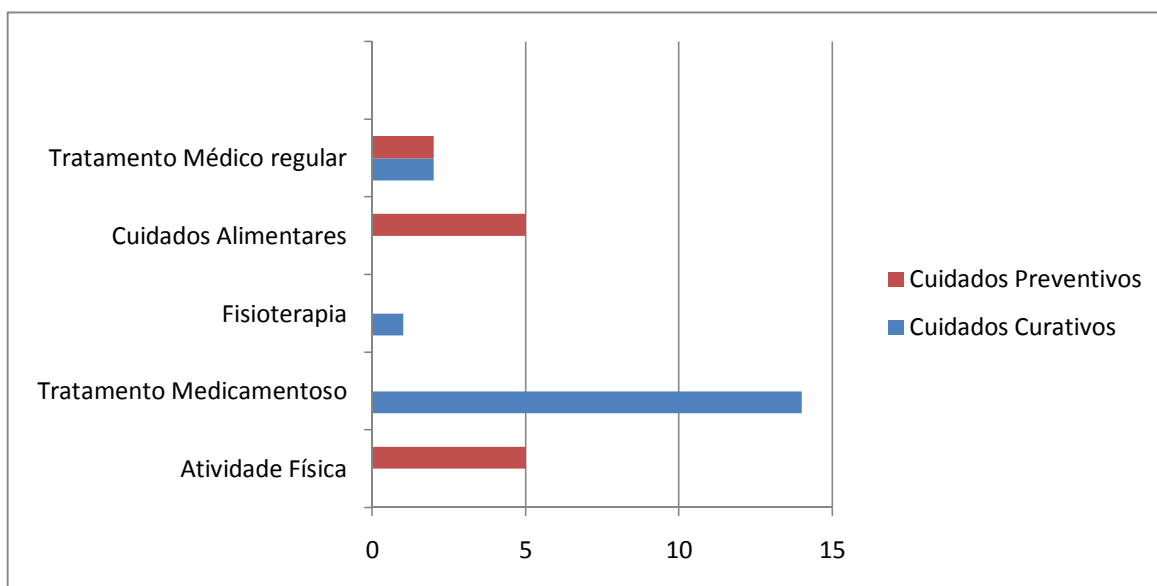
Percebe-se com os achados do gráfico acima, que até mesmo aqueles cuidadores que haviam relatado não ter tido prejuízo do estado geral de saúde após a provisão de cuidados, relataram que alguns aspectos de saúde foram afetados. RODRIGUES et al (2006) em sua pesquisa para avaliar a saúde de idosos que cuidam de idosos constatou que as mudanças auto-referidas ocorridas na saúde após assumir o papel de cuidador, de um modo geral são atribuídas a

sobrecarga física e emocional advindas do cuidar do outro, no qual aliada às atividades e preocupações diárias normais e também às suas próprias limitações ou incapacidades, tornam a vida mais difícil, o que acarreta danos ou maiores riscos à saúde. Por conseguinte, as condições de saúde do cuidador levam a inferir que no futuro será potencialmente um grupo de risco.

Com intuito de conhecer o cuidado com sua própria saúde, os cuidadores foram indagados se realizavam algum tratamento para seus problemas de saúde, sendo que do total de 30 cuidadores, 17 responderam que sim, ou seja, 56,7%. Dentre aqueles que responderam que não faziam tratamento para cuidar de sua saúde, 3 em 13 (23,1 %) estavam entre aqueles com estado de saúde regular, o que torna preocupante o fato deles não se preocuparem em cuidar de si mesmos. Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Sportello (2003), no qual 50% das cuidadoras realizaram algum tipo de tratamento para a saúde tanto para sintomas físicos como psicológicos.

De forma adicional, os mesmos foram questionados se realizavam algum tipo de cuidado preventivo para a saúde, e apenas 8 em 30(26,7 %) responderam que sim, alarmando ainda mais a preocupação com o cuidador pela ocorrência dos mesmos não se realizarem o auto-cuidado. O Gráfico 24 demonstra a realização tanto dos cuidados curativos e quanto os preventivos realizados pelos cuidadores.

Gráfico 24: Cuidados curativos e preventivos para a saúde realizados pelos cuidadores

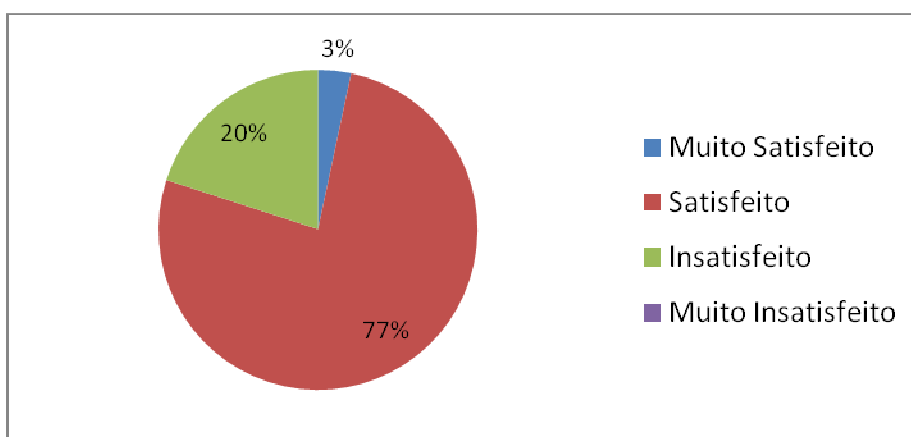


Dentre os cuidados preventivos realizados pelos cuidadores merece destaque os cuidados alimentares (alimentação balanceada) e atividade física que foram os mais

citados. Esses mesmos achados conferem aqueles encontrados no estudo de Rodrigues et al (2006) e Cattani e Girardon-Perlini (2004) no qual os cuidadores citaram que cuidam de sua saúde através do controle da alimentação, prática de atividade física e acompanhamento médico.

Quanto à qualidade de vida dos cuidadores, 77% deles disseram que estavam satisfeitos, 20% estavam insatisfeitos e 3% estavam muito satisfeitos (Gráfico 25). Amendola et al (2003) em sua pesquisa para caracterizar o perfil e a qualidade de vida de cuidadores de pacientes atendidos no PAD/HU evidenciou que 77,3% dos cuidadores sentem-se satisfeitos com sua qualidade de vida geral, apesar de estarem sobrecarregados com a função de cuidadores.

Gráfico 25: Percepção da qualidade de vida dos cuidadores



5.3. Conhecendo o processo de provisão de cuidados

Do total de sujeitos entrevistados, as respostas quanto à questão “Cite uma palavra que defina melhor o que é ser cuidador para você?” estão organizadas na Tabela 10:

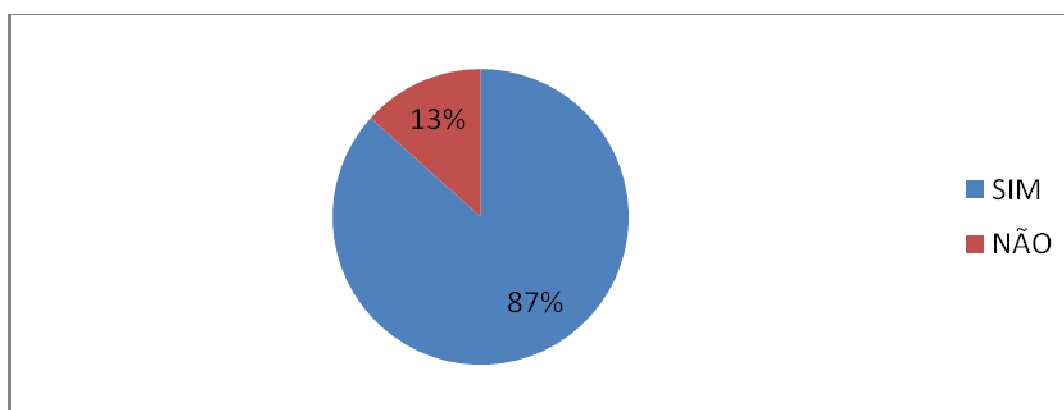
Tabela 10: Definição da palavra “cuidador” pelos próprios cuidadores

Definição “CUIDADOR”	Frequência	Porcentagem
Paciência	8	26,7
Obrigação Filho	7	23,3
Obrigação Cônjuge	6	20
Preocupação	2	6,7
Amor	2	6,7
Companheirismo	1	3,3
Preparo técnico	1	3,3
Carinho	1	3,3
Atenção	1	3,3
Respeito	1	3,3
TOTAL	30	100%

O Gráfico 26 mostra o reconhecimento que têm de si como cuidador, no qual a maioria reconhece tal papel (97%) e, o restante (3%) não reconhece. O único cuidador que não reconhece em si o papel de cuidador é o que cita como definição de “cuidador” a palavra “preparo técnico”, julgando necessária a realização de um curso para aprender a cuidar.

Um estudo conduzido pela Lake Snell Perry & Associates (LSPA) em parceria com National Family Caregivers Association (NFCA) e a National Alliance for Caregiving (the Alliance) em maio de 2001 nos EUA com cuidadores familiares de idosos através de grupos focais tendo como objetivo conhecer a auto-consciência de sua função como cuidador e as exigências envolvidas nesta função, observou que a maioria dos cuidadores não são muito familiarizados com o termo “cuidador”, sendo hesitantes em rotular sua função.

Gráfico 26: Auto-reconhecimento da função de cuidador

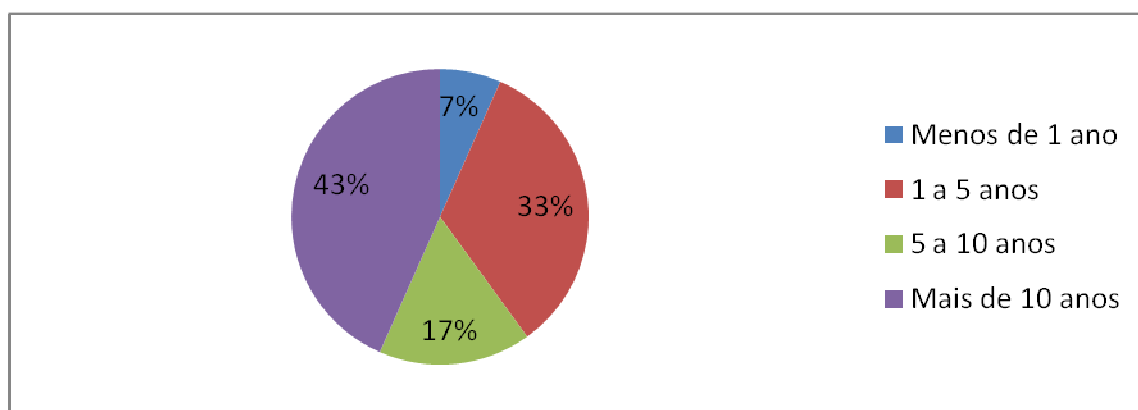


Quase todos os cuidadores (87%) responderam que era a primeira vez que cuidavam de um idoso, sendo que 4 (13%) disseram que já haviam cuidado de outro idoso, destes 3 haviam cuidado da sogra e 1 já tinha trabalhado em um asilo como cuidadora.

Em relação ao motivo pelo qual se tornou o cuidador principal do idoso dependente, 5(16,7%) responderam ser obrigação de filho, 9(30%) ser obrigação de esposa/esposo, 11(36,7%) por não ter outra pessoa para cuidar, 5(16,7%) por não trabalhar fora.

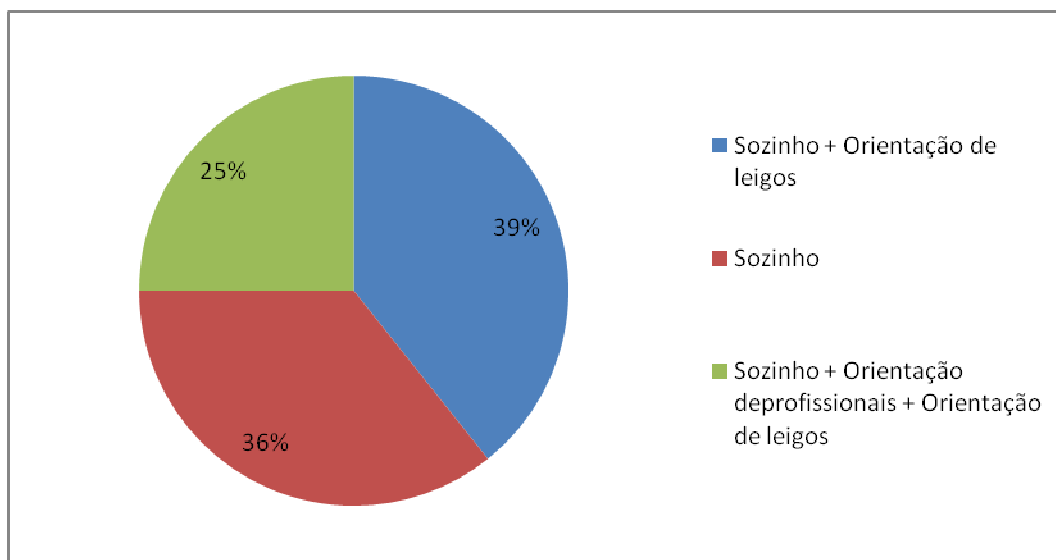
Quanto ao tempo em que o cuidador cuida do idoso, observa-se que a maior parte (43%) cuida há mais de 10 anos, conforme demonstrado no Gráfico 27 a seguir. Observa-se que os cuidados com o idoso dependente se prolongam por anos, isso se justifica pelo fato da maioria apresentar condições crônicas, o que envolve extensos períodos de tratamento.

Gráfico 27: Tempo que os cuidadores exercem esta função



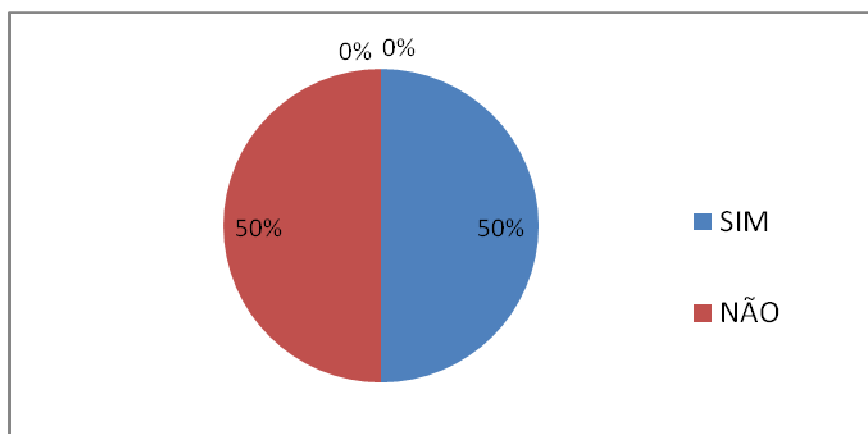
Quando perguntados sobre como aprenderam a cuidar, 56% dos cuidadores citaram que aprenderam através de experiência própria (sozinhos), 36% por orientação de leigos (família, amigos, etc) e 8% por orientação profissional (Gráfico 28). Observa-se que esses cuidadores além de não possuir qualquer formação para cuidar dos idosos, ainda pediam informação para pessoas leigas despreparadas, no entanto sabe-se que mesmo na condição de cuidadores leigos, cada um possui uma bagagem em relação as suas experiências pessoais, informações, que irão diferenciar as ações para o cuidado com o idoso (CALDAS, 2003).

Gráfico 28: Como o cuidador aprendeu a cuidar do idoso dependente



Quando questionados se recebiam ajuda para cuidar do idoso dependente, 15 cuidadores (50%) responderam que não e, outros 15 (50%) responderam que sim, conforme Gráfico 29.

Gráfico 29: Recebem ajuda externa para cuidar do idoso dependente

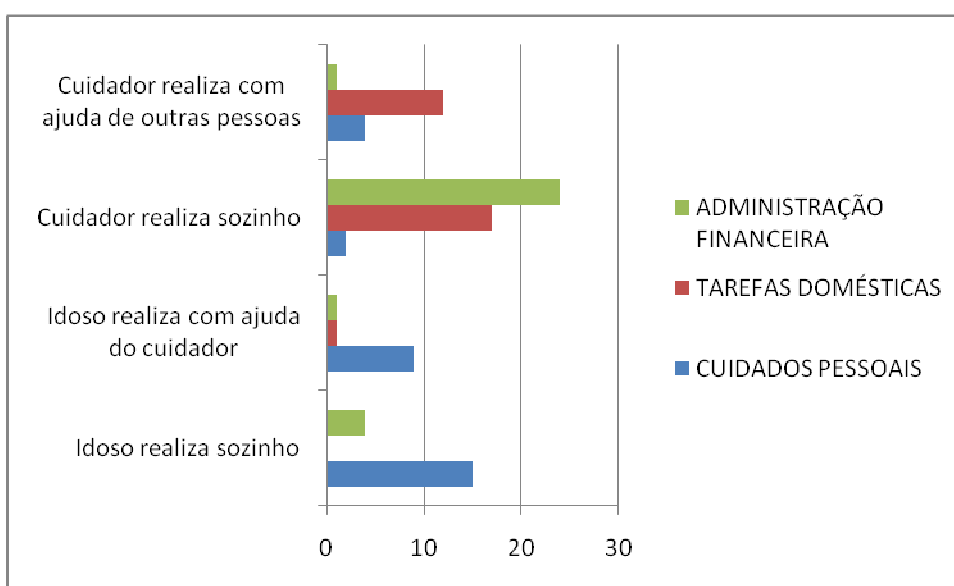


Dentre aqueles que responderam que sim, todos (100%) disseram que recebem ajuda da família. O mesmo foi encontrado na pesquisa de Perlini (2000), no qual constatou que 85% dos cuidadores principais recebiam ajuda para cuidar dos familiares, o que demonstra a existência de cuidadores secundários. Como contraponto, Andrade (2003) em sua pesquisa sobre cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral observou que apesar da ajuda que o cuidador principal recebia de outros membros da família, ele é o que mais sofre as consequências do processo de cuidar e reabilitar.

Já aqueles que responderam que não há qualquer ajuda externa, mais da metade (10 em 15 – 66,7%) dizem que ninguém oferecia ajuda, 4 (26,7%) disseram não precisar de ajuda e, apenas 1 (6,7%) disse que não aceita ajuda.

Em resposta a questão sobre “Qual (is) cuidado(s) do dia-a-dia é realizado pelo próprio idoso, pelo cuidador sozinho ou com a ajuda de outras pessoas”, as respostas demonstram as inúmeras atividades realizadas pelo cuidador (Gráfico 30). Estudos populacionais revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade requerem algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa e; uma parcela menor, mas significativa (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, mesmo, sentar e levantar da cadeiras e camas (RAMOS et al, 1993).

Gráfico 30: Atividades relacionadas aos cuidados pessoais, tarefas domésticas e administração financeira em relação a quem realiza o cuidado



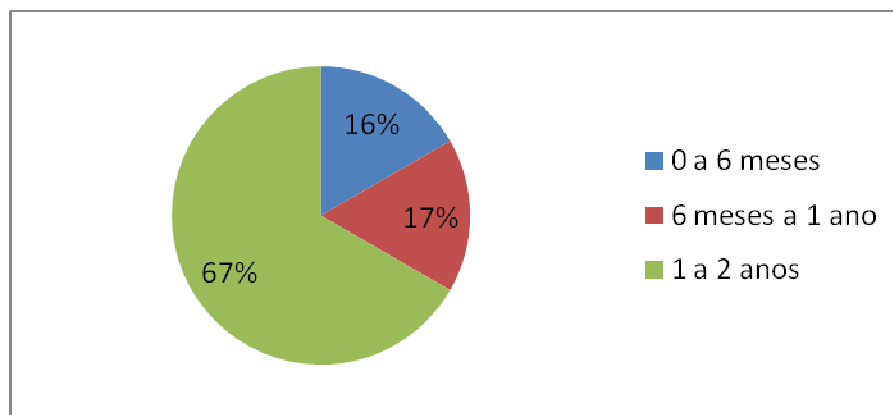
Quanto à relação do cuidador com o idoso dependente antes da provisão de cuidados, 25 (83,3%) disseram que consideram a relação boa e, 5 (16,7%) relatam a relação como ótima. Já após a provisão de cuidados, 18 (60%) relataram que não perceberam qualquer diferença na relação e, 12(40%) notaram que a relação mudou, Destes 12 cuidadores, 4 (33,3%) acham que a relação melhorou e, os outros 8 (66,7%) que ela piorou. Souza et al (2006) observaram em sua pesquisa sobre educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar a presença de um relacionamento bom e aberto entre os mesmos.

5.4. Conhecendo o processo de educação em saúde para cuidadores de idosos

5.4.1. Sob o olhar dos cuidadores de idosos do Programa ENVELHE-SER

Em relação ao tempo em que o idoso participa do programa, a maior parte (67%) já participa do programa de 1 a 2 anos, estando as respostas organizadas no Gráfico 31:

Gráfico 31: Tempo em que o idoso participa do programa ENVELHE-SER



Quando questionados se houve alguma mudança na função de cuidados após acompanhamento do programa, 25(83,3%) cuidadores disseram que sim e, apenas 5 (16,7%) responderam que não, estes últimos estão entre os cuidadores que estão inseridos no programa pelo tempo de 0 a 6 meses, o que pode explicar tal fato pelo pouco tempo de participação no programa e a triagem da díade idoso-cuidador por toda equipe multiprofissional demorar alguns meses para ocorrer.

Dentre aqueles cuidadores que relataram perceber uma alteração, a Tabela 11 ilustra as respostas. Louzada e Lopes (2004) citam em seu estudo sobre educação para cuidadores de idosos com demência através de revisão bibliográfica que inúmeros estudos citam benefícios tanto para o cuidador quanto para o idoso dependente após programas educacionais para cuidadores, apesar da falta de consenso entre os mesmos.

Tabela 11: Mudança percebida pelo cuidador após acompanhamento do programa

Mudanças percebidas	Frequência	Porcentagem
Melhora da saúde do idoso	14	46,7
Melhora do comportamento do idoso	7	23,3
Idoso mais independente	6	20
Mais segurança para cuidar	3	10
TOTAL	30	100%

Quanto ao tipo de ajuda/suporte recebido no Programa ENVELHE-SER, a maioria dos cuidadores (90%) citou o fornecimento de medicamentos gratuitos para o idoso, seguido de 32% que citaram a participação do grupo de apoio, conforme demonstra a Tabela 12 a seguir.

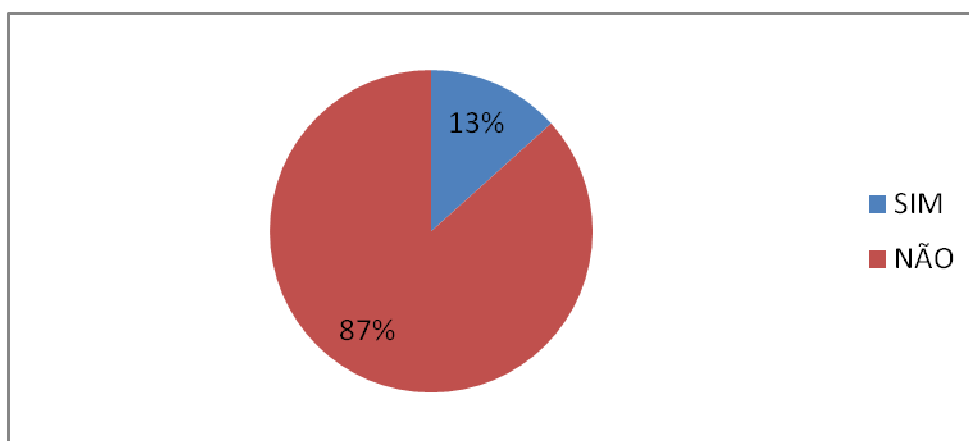
TABELA 12: Tipo de ajuda/suporte oferecido pelo Programa ENVELHE-SER

Tipo de suporte/ajuda	Frequência	Porcentagem
Orientação	22	29,3
Grupo de Apoio	24	32,0
Equipamento material	-	-
Apoio emocional/psicológico	2	2,7
Medicamentos	27	36
Outros	-	-
TOTAL	75	100%

Chama atenção o tipo de ajuda através de medicamentos citado por 36% dos cuidadores, o que ilustra o processo de Medicalização social vivido no Brasil, caracterizado como intenso e importante dentro do Sistema Único de Saúde. Tesser (2006) discorre que a medicalização transforma culturalmente as populações através do declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte das doenças e dores cotidianas, o que gera um consumo abusivo e contra produtivo dos serviços biomédicos.

Em relação ao fato de ter recebido ajuda/suporte do programa para cuidar de sua própria saúde, 26 (87%) cuidadores responderam que não e, apenas 4 (13%) que sim. (Gráfico 32). Isso indica a necessidade de maior preocupação e apoio com o cuidador dentro do programa, uma vez que o mesmo atua como coadjuvante do tratamento do idoso dependente.

Gráfico 32: Recebeu ajuda/suporte do programa para cuidar de sua própria saúde



Em resposta a questão sobre “quais os aspectos positivos e negativos no grupo de apoio para cuidadores e idosos dependentes oferecidos pelo programa mensalmente” dentre os cuidadores que já participaram (total de 24 cuidadores), as respostas foram organizadas na Tabela 13. Faz-se necessário enfatizar a incidência significativa de respostas quanto ao carinho da equipe, demonstrando que o acolhimento da equipe é muito valorizado e importante para os cuidadores para transformar uma relação de estranheza para uma de companheirismo.

Tabela 13: Aspectos positivos e negativos apontados pelos cuidadores sobre o Grupo mensal de apoio para cuidadores e idosos dependentes

ASPECTOS POSITIVOS	F	%	ASPECTOS NEGATIVOS	F	%
Sente-se mais feliz	1	1,2	Ter mais vezes no mês	6	20
Horário adequado	4	4,7	Dificuldade de transporte	3	10
Gosta de estar junto com outras pessoas	23	27	Horário ruim	1	3,3
Melhora o cuidado com o idoso	11	12,9	Não tem	20	66,7
Temas bem explicados	14	16,5			
Carinho da equipe	27	31,8			
Local adequado	5	5,9			
TOTAL	85	100	TOTAL	30	100

Obs: As percentagens foram calculadas a partir do total de respostas obtidas dos cuidadores, e não a partir do número de sujeitos.

Notou-se grande dificuldade dos cuidadores em responder esta questão, principalmente quanto aos aspectos negativos, talvez pelo medo dos mesmos em relatar aspectos negativos do programa em que tiveram dificuldade para ser inseridos.

5.4.2. Sob o olhar dos profissionais de saúde do programa ENVELHE-SER

O Quadro 1 apresenta os profissionais de saúde participantes do grupo focal, incluindo sua formação:

IDENTIFICAÇÃO	FORMAÇÃO
FL	Nutricionista
K	Farmacêutica/Bioquímica
P	Terapeuta Ocupacional
V	Assistente Social
F	Psicóloga
S	Enfermeira
E	Fisioterapeuta
ED	Médico Geriatra

É importante ressaltar que a condução do grupo focal permeou as questões norteadoras previamente determinadas, percebendo-se durante a realização do grupo uma grande preocupação da equipe profissional na discordância de suas falas, onde em cada afirmação individual buscavam no outro uma aceitação. Ainda, o programa em si não tem um foco claro do cuidador, refletindo nas dificuldades dos mesmos para tratar sobre o tema, enfatizando apenas a importância da figura do cuidador.

A seguir serão apresentados os aspectos apontados pelo grupo focal após a apresentação aos participantes do objetivo geral da pesquisa, sendo que para introduzir o tema e “quebrar o gelo” foi proposto que cada um deles fizesse um comentário geral sobre o assunto.

Neste primeiro momento, percebeu-se que o grupo quis deixar claro que as atividades educacionais desenvolvidas pelo programa, não são voltadas especificadamente para o cuidador, mas para os idosos dependentes. O que confere certa controversa quanto

aos objetivos do programa, uma vez que o mesmo assume prestar assistência ao idoso dependente mediante um cuidador responsável, tendo dentre seus objetivos específicos “treinar e orientar os cuidadores para o cuidado com o idoso dentro do ambiente familiar” (conforme o projeto do programa ENVELHE-SER apresentado a prefeitura municipal de Varginha)

F: “Gostaria de destacar que essa reunião mensal não é para cuidadores de idosos viu?E, sim para os idosos, os cuidadores vêm acompanhando, participam juntos da reunião, mas não é específica para cuidadores. O que já se fez pelo programa foi grupo de Alzheimer para cuidadores de idosos especificamente. O grupo para cuidadores só foi feito uma vez né, para cuidadores em geral, vamos começar agora a fazer outros grupos. Agora, essa reunião mensal participa todo mundo, é aberto, para cuidadores e paciente, mas é voltada para os cuidados do paciente, para os idosos.”

V: “Pois é, é como a psicóloga falou, ainda vai se montar grupo com eles (cuidadores) porque até então, eu não tenho o que usar, não faço planejamento”

ED: “É o que é feito é uma orientação individual né? Informalmente ao cuidador e, não um grupo fechado né, e são orientações desvinculadas né?A nutricionista faz a dela, eu faço a minha, a fisioterapeuta a dela, mas não existe um foco só voltado a isso”

No que diz respeito ao **planejamento da educação em saúde para cuidadores** em grupo observou-se nas falas que o mesmo não acontece, sendo direcionado de acordo com a disponibilidade de cada profissional de saúde ao dia agendado da reunião e, não a partir do conhecimento prévio das necessidades apresentadas pela díade cuidador-idoso dependente.

F: “O grupo né foi assim...cada profissional faz uma introdução, explica sobre o programa, o que cada um faz dentro da equipe...e aí,a gente tem uma conversa, informal, troca de experiências...”

E: “A respeito do grupo cada um aborda um tema que fica livre assim...não tem uma direção certa...”

K: “A gente vê a disponibilidade de cada um...cada mês é um...”

Entretanto, um profissional reconhece a importância e delinea a forma como esse planejamento deveria ocorrer.

E: “É, geralmente é isso, a psicóloga levanta o grupo, pois é praticamente ela que encabeçou o grupo né? Na verdade, poderia ser assim é... fazer uma reunião de toda a equipe pra se fazer um levantamento de quem são esses cuidadores e quais são as maiores dificuldades com esse cuidadores. No próximo grupo direcionar mais especificamente ao que eles precisam.”

Percebe-se também que alguns profissionais não concordam em fazer o planejamento, e sim que o grupo seja voltado às necessidades do cuidador e do idoso apresentadas no dia da reunião.

F: “No momento da reunião né, o que eu peço é para não vir com a programação pronta...mas é claro, tem o preparo que o profissional usa no dia-a-dia, mas aí chega aqui e os idosos e cuidadores trazem as questões deles, deixa-se livre pois tem que ser algo que venham deles mesmos... Eu acho que é muito importante não ter uma direção...E aí, acho difícil não surgir nenhuma questão...(risos). Mas a gente sempre traz algo, por exemplo a Fisioterapeuta traz uma apostila, a Karem trouxe material já...A gente traz alguma coisa sim...mas a gente deixa aberto para eles falarem o que querem

ED: “É ta focando mais as dificuldades do ponto de vista deles do que do nosso porque nem sempre o que nós encaramos como dificuldade é real para ele...”

Por outro lado, a orientação individual foi apontada como parte essencial do programa por ser também uma forma de educação em saúde, o que permite conhecer a realidade vivida no dia-a-dia do cuidador e do idoso dependente, e quais orientações serão realmente viáveis para eles.

E: “É numa conversa informal que a gente vai percebendo as dificuldades que eles estão tendo...”

P: “Eu pergunto qual é a maior dificuldade deles, eu não vou dando a minha opinião específica...eu pergunto como é que tá hoje?o que tem dificuldade hoje?Ah! Hoje ta mais agitado, não tem sono...e trabalho as orientações em cima disso”

F: "...é bom ele ser orientado individualmente, fora de um grupo, porque ele tem a liberdade de falar com aquele profissional alguma questão específica...ele tem a dívida dele, a liberdade de falar, sua posição, questões pessoais, que as vezes ele não falaria no grupo"

Outro ponto enfatizado em relação ao planejamento foi considerar o perfil do cuidador e do idoso, apesar dessa relevância ocorrer apenas durante o atendimento individual e, não de forma global durante as reuniões com os cuidadores.

V: "Eu acredito que o cuidado deve considerar todos os dados do perfil..."

ED: "Esses dados interferem sim nas nossas orientações...porque se o cuidador tem um grau de escolaridade baixo vai interferir né?Você tem que saber como essa ação deve ser indicada porque senão ela vai cair no vazio né?Ele pode até fingir que entendeu mas na verdade ele não entendeu"

S"...aí ao invés de estar ajudando né?A gente está complicando, dificultando..."

Quanto às **necessidades da equipe na educação em saúde de cuidadores de idosos**, sendo consenso que seria primordial o desenvolvimento de um grupo voltado apenas para os cuidadores de idosos.

F: "A gente quer fazer outros grupos voltados só para o cuidador. E, eu acho que não foi feito ainda devido ao grande número de atendimentos né?Então, a gente tem que atender também aqueles que estão chegando no programa pois há uma necessidade grande de atendimento. Eu fiz até um quadro de atividades do programa para a equipe ver quanta coisa a gente faz. É muita coisa!"

E: "Então, precisamos é nos organizar para começar esse grupo. Mas, não se perdeu isso, é falado, a gente sempre ta retomando. E, o programa é novo né?Tem pouco tempo e a gente já conseguiu fazer muita coisa. A questão mesmo é demanda de atendimento..."

Ainda, quanto às necessidades da equipe, foram ressaltadas as condições de trabalho, sendo levantadas questões relacionadas à estrutura física, recursos próprios, carga horária, dentre outros.

ED: “Olha, eu acho que cai também a questão da falta de tempo, a carga horária dos profissionais de saúde frente às demandas é desproporcional...e a estrutura física não é a mais adequada, o espaço para os grupos é complicado, pois dividimos com outros programa de atenção a saúde existentes aqui na policlínica...”

F: “Eu concordo com isso. A gente não tem um centro de convivência, um espaço para a gente poder trabalhar mesmo com o cuidador e idoso e poder trabalhar todas as ações que ainda não fizemos. Nós não temos recursos próprios para o programa, não temos equipe exclusiva...a maioria aqui trabalha em outros programas de saúde também...”

Foi registrada também como necessidade, a capacitação da própria equipe multiprofissional voltada à educação de cuidadores de idosos, reconhecendo em si suas próprias limitações.

ED: Eu acho assim...é importante a própria capacitação da equipe né?Como objetivo do programa, além da capacitação dos cuidadores, dos profissionais das unidades básicas, nós também tínhamos programado uma capacitação, uma educação continuada da própria equipe. E, isso, na verdade não aconteceu...então é isso, a gente também precisa de um suporte para realizar a capacitação do cuidador...porque nós também temos nossas dúvidas”

FL: “É verdade. Temos dúvidas de como lidar com esse cuidador. O perfil é muito variado. Então, como lidar com determinada situação? Eu acho que a equipe também precisa...”

De forma complementar, de acordo com a necessidade da equipe de capacitação foi relatada a falta de direcionamento do sistema público para que ela aconteça, uma vez que é apenas citada teoricamente como importante, mas não ocorrem concretizações para que essas ações se tornem reais.

ED: “Falta um direcionamento do setor público para os profissionais que lidam com cuidador de idoso. Como buscar essa capacitação? Se vamos fazer uma reunião mensal neste sentido, por exemplo, quem faria? Nós mesmos? Um profissional falaria determinado assunto em cada reunião? Traríamos alguém de fora? E quem seria este alguém? Então, é isso... na minha cabeça não é muito claro”

Nesse sentido, foi mencionado que o olhar para o cuidador de idoso é novo na saúde pública como uma justificativa da falta de apoio para os próprios profissionais de saúde em lidar com o tema.

P: “ Até porque esse olhar sob o cuidador é novo...não se pensava no cuidador antes. Até porque não existia toda essa parcela de idoso de hoje. Aí começou a olhar para o idoso e, automaticamente voltou-se esse olhar para o cuidador porque ele se tornou um grande aliado ou muitas vezes um inimigo no tratamento.”

S: “ Isso é uma discussão recente, nova...”

Quanto à questão das **necessidades dos próprios cuidadores de idosos** ficou explícito que não há um foco específico, acontecendo apenas nas circunstâncias em que eles próprios solicitam uma atenção específica.

ED: ‘É...não tem um foco específico para isso. Mas, quando isso é percebido, esse cuidador passa a ser paciente. É perfeitamente cabível fazer uma investigação maior em cima desse cuidador, ver quais seus riscos e, naqueles de maiores riscos a gente fica focando mais. Mas, são situações que demandam tempo e, num serviço público é difícil. Você fica só atendendo, e daí vem o outro, que vem o outro, e não dá tempo”

V: Ah! Quando ele fala uma queixa dele a gente ouve, acata e orienta. Dependendo da queixa a gente chama a orientação de outros profissionais... Dependendo do que ele ta solicitando. “Tem uns que falam mais, se queixam mais, e a gente orienta eles também”

E: “Por exemplo, se um cuidador vem e se queixa de algum problema ortopédico, de algo que aconteceu, a gente vai e faz um encaminhamento para o ortopedista, orienta, passa um alongamento... essas coisas”

Alarmante foi o fato de todos os participantes silenciarem quanto perguntados sobre o conceito de cuidador de idosos, concordando quanto à dificuldade de definir esse papel. Isto demonstra a pouca clareza da própria equipe sobre cuidadores de idosos, o que é preocupante, uma vez que esse sujeito também é foco de seus trabalhos com o idoso dependente.

S: Me ocorre diferentes pontos de vista, pessoal... profissional,...ou que acho que é mais adequado responder...não sei...Pra responder isso é muito difícl, é muito abrangente... O que eu acho que deveria ser na minha visão profissional é uma resposta diferente...difícil...

Diante deste questionamento, os profissionais discorrem sobre as características mais encontradas nos cuidadores de idosos, e sem perceber passam a delinear o perfil dos cuidadores do programa, o que demonstra o conhecimento por parte da equipe de quem são esses cuidadores e da influência deste sujeito no tratamento, apesar de não considerarem o mesmo como ator principal no tratamento do idoso dependente.

Um aspecto relatado foi o motivo da escolha pelo cuidador principal do idoso dependente, o que confere com os dados encontrados na entrevista com o cuidador, no qual muitos relataram ter tornado cuidador por obrigação (46,7%).

F: “O que a gente vê...não sei se todos concordam comigo...quando tenho contato com eles...eu sempre tenho contato...que eles são cuidadores não por escolha própria...não foi uma escolha deles...eles não falam “eu quero cuidar da minha mãe” , “eu quero cuidar do meu pai”, “eu quero cuidar do meu irmão”...sempre é...não por escolha própria...é uma carga né...um peso...O fato de você cuidar de um familiar é diferente de você cuidar de alguém que não conhece...um cuidador formal é diferente de um informal...aqui nós temos todos os tipos de cuidador...nós temos aqui uma que é nora e ela cuida da sogra que tem Alzheimer. E com muito amor, dedicação, com um cuidado que a gente fala “nó”...Já tem casos que não querem cuidar, tão lá mas por obrigação...outros que cuidam porque recebem benefícios...então é difícil definir”

FL: “Eu acho assim...independente de como isso aconteceu...o cuidador é aquele que assumiu o cuidado e a responsabilidade pelo idoso. E acho que até entra sim, os cuidados com os afazeres da casa sabe...para promover um ambiente limpo, favorável, saudável né? Alimentação, cuidados com a casa e tudo...Assim, a pessoa assume essa responsabilidade, muitas vezes por falta de opção mesmo né? Já que a família empurra pra um só...”

Também relataram a sobrecarga vivenciada por esse cuidador e a falta de ajuda externa, indo de encontro com os achados da entrevista com o cuidador, onde 50% disseram não receber ajuda externa. E, destes, 66,7% disseram que ninguém oferecia ajuda, outros 26,7% não precisar de ajuda e 6,7% não aceitar de ajuda.

E: “É uma das coisas que a gente percebe muito é que esses cuidadores percebem que estão sobrecarregados mas também não conseguem passar um pouco da responsabilidade para as outras pessoas da família”

ED: “Eles se apegam de tal forma a esta situação que essa situação passa a ser a vida deles”

Foi citada também a cobrança familiar sob o cuidador quanto aos cuidados com o idoso dependente e, reconhecendo que diante disso o cuidador abandona sua própria vida. Dados condizentes com esta fala foram também encontrados durante a entrevista através dos relatos de atividades de lazer apenas em âmbito domiciliar (dificuldade de sair de casa) e abandono do cuidado com a própria saúde.

FL: “...a questão é que a pessoa assume essa responsabilidade no cuidar e tem que sofrer depois a todo tipo de cobrança do restante da família quando vem visitar pergunta se o idoso está bem, se já trocou, se a roupa está suja, umas coisas assim...e a pessoa entra num nível de estresse muito grande..pela força física exigida pelo cuidado, pelas horas despendidas para tal, por não ter mais vida própria...uma das coisas que elas (pessoas cuidadoras) reclama muito é a cobrança.”

Quando perguntados quais características consideravam ideais no cuidador de idosos, as falas foram semelhantes aquelas encontradas na entrevista com os cuidadores quando solicitados a citar uma palavra que definisse melhor o termo cuidador.

K: “Generosidade”

S: “Paciência”

V: “Carinho”

FL: “Informação profissional pois só carinho...”

V:” Precisa de tudo um pouquinho né? Pois, independente da minha profissão...eu fui uma cuidadora do meu pai e pra mim foi muito complicado...poxa eu apanhei viu?apanhei mesmo...Então eu acho que acima de tudo uma capacitação é o que dá segurança no dia-a-dia e para o próprio cuidador, por menor que ela seja”

Diante destas falas, quando indagados sobre o conhecimento do perfil desses cuidadores os mesmos consideram apenas o perfil sócio-econômico como relevante e, admitiram que analisam tal perfil apenas no tratamento do idoso dependente, mas não o absolvem no ato de educação em saúde com esses cuidadores.

E: “Bem, quem faz mais as avaliações é a assistente social, no caso é ela que faz esse levantamento do perfil, qual a renda, quais as condições de cuidado desse cuidador... As avaliações ficam no prontuário único do paciente e a gente tem acesso né?E, também ela sempre coloca alguma observação que é importante pra gente...”

V:”É...só perfil sócio-econômico”

ED: “Esses dados interferem sim nas nossas ações...porque se o cuidador tem um grau de escolaridade baixo né? Você tem que saber como essa ação deve ser indicada porque senão ela vai cair no vazio né?Ele pode até fingir que entendeu mas na verdade ele não entendeu”

Todavia, os profissionais da equipe enfatizam a **necessidade de uma atenção específica para o cuidador** dentro do programa mesmo que ela não aconteça, reconhecendo que muitas vezes a situação de saúde do cuidador encontra-se pior do que a do idoso dependente, mas não há no programa uma atenção específica direcionada ao próprio cuidador.

S: “É acontece muito. A gente observa isso... a gente até vê no cuidador que ele está pior do que o paciente, não tem condição nenhuma de cuidar, pois está pior de saúde, emocional, e tudo...isso é muito observado”

P: “ Eu tenho certa familiaridade há um tempo com idoso devido a outras experiências profissionais. Então assim...a grande preocupação é que muitas vezes o cuidador falecia e o idoso cuidado ficava...e aí?Ele tava tão doente e a gente não percebeu, que ele foi e o outro ficou”

A partir disso, emergiram também algumas dificuldades para se consolidar ações educacionais voltadas diretamente às necessidades do próprio cuidador, reconhecendo seu papel de coadjuvante no cuidado.

P: “Nas minhas consultas eu abordei essa possibilidade, mas a grande dificuldade é com quem ele vai deixar o idoso para participar...”

ED: “... a gente não tem essa estrutura física adequada, mas quando tivermos né?Se Deus quiser, é montar atividades paralelas no mesmo horário para o cuidador e para o idoso”

Ainda, houve apontamento quanto à dificuldade na receptividade do próprio cuidador em aceitar ajuda para si mesmo, sendo um determinante de impedimento de participação do mesmo em atividades desenvolvidas pelo programa.

P: “Ele está muito preocupado que o idoso não está comendo, dormindo, do que com propriamente com a vida dele. E, às vezes, a gente intervém nesta situação, e acaba causando afastamento dele mesmo. Então ele pensa “o que esse povo ta pensando, tem que cuidar é do meu idoso e não de mim...”

Quanto às **condições facilitadoras para a educação em saúde para cuidadores de idosos** houve um consenso geral da importância do trabalho multiprofissional, o que resulta num diálogo constante entre os profissionais, refletindo em ações educativas mais efetivas, já que consideram a díade cuidador-idoso em todo o seu contexto.

F: “Eu acho que como facilidades, primeiro, são essas reuniões que a gente tem como equipe semanalmente que faz com que a gente fale a mesma língua e, isso faz com que o paciente sinta mais segurança nas nossas orientações, no nosso trabalho...então, todo mundo fala a mesma coisa, reforçando aquilo e,

ele pensa “ah!se todos estão falando a mesma coisa significa que isso deve ser bom”

ED: Eu acho assim que dentre as facilidades...o fato do programa ter uma equipe multiprofissional e, o idoso e cuidador tem que passar com vários profissionais, faz com que ele conheça todos os envolvidos e se torne mais comprometido com o programa, consigo mesmo e com o idoso cuidado”

Ficou explícita também a receptividade dos cuidadores diante das atividades desenvolvidas pelo programa que envolve o cuidado vivenciado pelo cuidador e pelo idoso no seu cotidiano, no qual o cuidador mostra disponibilidade e interesse em participar de ações do programa que possa dar-lhes subsídios para melhorar o cuidado no dia-a-dia

F: “Eles são muito receptivos...adoram participar. Eles nunca faltam, é incrível. O dia que amanhece assim muito frio, com chuva, eu penso que eles não vêm, mas eles não faltam”

ED: “Um exemplo disto foi a última reunião da psicóloga com os idosos e cuidadores a respeito da relação entre os dois que não coube todos no auditório, ficou lotado”

Dentre as **condições dificultadoras para a educação em saúde para cuidadores de idosos** vivenciadas pelo programa, ressaltaram como ponto primordial estimular constantemente a ativa participação do cuidador, mesmo perante os problemas enfrentados por ele.

F: “Acho que a maior dificuldade é o horário para eles, com quem vai deixar o idoso, transporte, etc. A maior dificuldade mesmo tá em cima disso, fazer com que eles venham participar mesmo com todos os problemas vividos por ele...”

FL: “É verdade. A gente não tem noção das dificuldades que eles passam...são eles que vivenciam os cuidados na prática...por isso é importante saber o que eles passam, para ajudá-los no que for possível e, tentar sempre sensibilizá-los a se aproximar do programa e também a cuidar deles mesmos, para poder cuidarem melhor dos outros”

P: “Eu acho que o espaço aqui tem que ser uma referência para eles, um porto seguro...eles devem se sentir acolhido”

Uma questão recidiva relatada quanto às dificuldades para educação em saúde para cuidadores no programa e, no qual todos os participantes concordaram novamente, foi a capacitação dos próprios profissionais da equipe.

ED: “Agora, eu me pergunto, dentro deste título, até muito cabível, conhecer para intervir, sendo primordial conhecer o perfil destes cuidadores para desenvolver ações mais efetivas....mas, fica uma provocação...e, nós profissionais de saúde?Nós não precisamos de uma atenção também?Será que não precisamos ser ouvidos?Quem cuida de quem cuida de quem cuida?É uma questão para se pensar...”

A releitura exaustiva dos dados obtidos a partir do grupo focal apontou vários posicionamentos a respeito do processo de educação em saúde para cuidadores de idosos, indicando duas relações de categorias para análise, estando os mesmos correlacionados com os referenciais teóricos existentes na literatura:

- Necessidades de implantação de um grupo de apoio para cuidadores de idosos no Programa ENVELHE-SER

Os participantes do grupo reconheceram a importâncias de se desenvolver atividades específicas de educação em saúde para cuidadores de idosos, sendo preciso para tanto, conhecer as particularidades que envolvem os cuidadores e o idoso dependente, como perfil e necessidades individuais, o que permite que sejam desenvolvidas ações mais efetivas e significativas. Ainda apontaram as dificuldades vivenciadas pela própria equipe dentro de um serviço de sistema público para o desenvolvimento do grupo de cuidadores, e também as dificuldades dos próprios cuidadores para que seja possível a participação dos mesmos.

Esse discurso vai de encontro às diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso (MS, 2000) que se refere à importância de parcerias entre os profissionais de saúde e as pessoas responsáveis pelas atividades de vida diária e pelo seguimento das orientações, a fim de se prevenir a sobrecarga e o impacto emocional negativo que podem afetar a saúde

e a qualidade de vida dos cuidadores de idosos e de outras pessoas dependentes. Para tanto se faz necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam.

Praticamente todas as falas apresentadas pelo grupo focal referentes à implantação de um grupo de apoio para os cuidadores contemplam tal importância, o que corresponde aos inúmeros estudos referentes à educação de cuidadores que comprovam, apesar da escassez de programas e da falta de consenso, o impacto positivo dos programas educacionais para cuidadores. Louzada e Lopes (2004) justificam a falta de consenso desses programas de apoio no fato de que não se pode transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico, uma vez que os idosos dependentes podem se apresentar de diversas maneiras em cada caso. Além disso, cada cuidador tem um perfil, uma história, e maneiras diferentes de lidar com situações estressoras

Martins et al (2007) cita em seu estudo sobre necessidades de educação em saúde para cuidadores de idosos que por mais difícil que pareça ser o processo de educação em saúde para cuidadores, o primeiro passo é propor ao idoso e a seu cuidador a interatividade neste processo, o segundo é começar a colocar em prática e, o terceiro fazê-lo tornar-se um novo hábito de vida e saúde para essa parcela da população. Lembrando que a participação ativa dos cuidadores com suas experiências individuais e do contexto no qual está inserido é parte constante no processo ensino-aprendizado dentro de um programa de educação mais real para as famílias que vivenciam a angústia de lidar com um idoso dependente.

- Necessidades de capacitação da própria equipe multiprofissional do Programa ENVELHE-SER para desenvolver ações educativas com os cuidadores de idosos

Esta categoria reúne as interações discursivas das falas dos participantes do grupo delineando as suas próprias dificuldades e facilidades diante da estratégia do programa em se considerar o cuidador como um interlocutor de todo esse processo educacional. Isso mostra que apesar das políticas públicas voltadas ao idoso e de todo destaque dado à figura do cuidador, os profissionais de saúde sentem-se despreparados e desamparados para lidar com esta questão.

Diante disso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (MS, 2000) apenas destaca como diretriz a ser implementada “a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área da pessoa idosa”, tendo como ação real a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, como um instrumento que guia os profissionais com um olhar

de integralidade, formando uma estratégia que visa agregar conhecimentos relacionados ao envelhecimento para os profissionais que atuam na área de atenção básica. E, ainda, recentemente foi produzido um Guia Prático do Cuidador que permitem aos profissionais de saúde dar orientações práticas de forma mais segura.

Entretanto, são ainda poucas as ações de maior impacto do poder público, no sentido de criar medidas de apoio aos profissionais de saúde que lidam com esta parcela da população. Na realidade, algumas medidas importantes foram tomadas em nível nacional como as citadas anteriormente, porém existe uma grande lacuna entre a teoria e a prática profissional.

Os aspectos apontados pelo grupo quanto a importância do trabalho em equipe multiprofissional é a estratégia central na busca de integralidade de atenção, podendo ser entendido segundo Motta et al (2008) como uma busca de apreensão ampliada das necessidades de saúde, considerando o idoso e suas famílias como sujeitos, em seu contexto histórico-social, numa interação que possibilite a construção compartilhada de respostas assistenciais e a otimização do cuidado.

Com isso, uma estrutura interdisciplinar onde atuam diversos profissionais de saúde possibilita constantes reflexões sob a forma como eles compartilham seus conhecimentos para, enfim repensar a forma pela qual assiste o idoso e seus familiares, articulando uma finalidade comum do atendimento à saúde (CAMACHO, 2002).

Mediante os problemas apresentadas pelos profissionais durante as falas no grupo focal quanto às condições de trabalho como falta de estrutura física, ausências de recursos próprios e pouca carga horária dos profissionais mediante a alta demanda de atendimentos foi dado o primeiro passo para implantação do grupo de apoio voltado especificamente para os cuidadores através do reconhecimento de suas limitações. Assim sendo, o grande desafio para os profissionais de saúde é investir na educação em saúde para cuidadores, promovendo uma assistência qualificada aos idosos dependentes.

Cabe aqui ressaltar que não foram encontradas na literatura pesquisas relacionadas que considerem o olhar do profissional de saúde quanto ao processo de educação em saúde para cuidadores de idosos.

6.0. DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE GRUPOS DE APOIO E ATENÇÃO A CUIDADORES DE IDOSOS INFORMAIS

A partir dos resultados e discussões para se conhecer a educação em saúde para cuidadores de idosos no Programa de Atenção a Saúde dos Idosos – ENVELHE-SER, considerando a ótica dos cuidadores de idosos informais e dos profissionais de saúde, foi possível propor diretrizes para elaboração e implantação de Grupos de Apoio e Atenção para Cuidadores de Idosos Informais.

Diretriz relacionada ao setor público

Essa diretriz diz respeito ao envolvimento dos gestores, nas diferentes esferas de governo, nas políticas públicas voltadas aos idosos através de ações menos tímidas frente à urgente necessidade dos cuidadores que merecem atitudes mais concretas. Apoiada nesta fundamentação é possível congrega a atuação de diferentes secretarias municipais com ações voltadas a saúde do idoso e cuidador; estabelecer parcerias com instituições públicas ou privadas; promover divulgação do atendimento prestado ao público idoso e cuidador a comunidade em geral; implementação de atividades de lazer que envolva a comunidade geral com esta parcela da população, dentre outros.

Além disso, faz-se necessário desenvolver ações voltadas para os profissionais de saúde de incentivo e orientação para que se percebam como peça importante nesta relação idoso dependente-cuidador. Para tanto, de acordo com os achados da pesquisa, dispõe-se como imprescindível para a formação do grupo de apoio e atenção aos cuidadores informais de idosos dependentes:

- Conhecer o perfil dos profissionais de saúde, além do conhecimento prévio dos mesmos sobre os aspectos relevantes na atuação junto aos idosos dependentes e seus cuidadores;

- Promover capacitação dos profissionais de saúde habilitando-os quanto às competências profissionais indispensáveis para lidar com as necessidades e especificações enfrentadas pelo paciente idoso dependente e seu cuidador;

- Promover capacitação pedagógica aos profissionais de saúde, considerando as diferentes abordagens pedagógicas utilizadas nos processos educativos de saúde e, as variáveis dentro do processo ensino-aprendizagem e sua dinâmica;

- Fornecer condições de trabalho adequado como estrutura física, carga horária de trabalho condizente a demanda de atendimento, recursos próprios, dentre outros.

Diretriz relacionada aos profissionais de saúde

Essa diretriz compreende a atuação de uma equipe inter e multiprofissional, devidamente conhecedora e habilitada nas várias especificações enfrentadas pelo paciente idoso, a fim de fornecer o suporte indispensável aos cuidadores frente as suas próprias necessidades. Para tanto, de acordo com os achados da pesquisa, dispõe-se como imprescindível para a formação do grupo de apoio e atenção aos cuidadores informais de idosos dependentes:

- Efetivar um plano de ação para uma situação concreta de trabalho coletivo em equipe, dentro da dinâmica de ação multiprofissional e da vertente da interdisciplinaridade para a discussão e articulação dos saberes e especialidades do trabalho;

- Conhecer previamente o perfil dos idosos dependentes e de seus cuidadores, de que forma ocorre a provisão de cuidados e, quais os aspectos facilitadores e dificultadores dentro deste cenário, além de investigar as reais condições para a realização de grupos de apoio;

- Planejar como será a execução do processo de educação em saúde destinada aos cuidadores, considerando a individualização dos casos e que a descentralização do conhecimento faz com que os cuidadores se sintam participantes no processo ensino-aprendizagem;

- Reconhecer as necessidades dos próprios cuidadores, desenvolvendo ações específicas de cuidados junto aos mesmos;

- Manter constante atualização da equipe multiprofissional através de discussões em grupo, palestras, simpósios, congressos e afins.

Diretriz relacionada aos cuidadores

Essa diretriz é subdividida em 3 partes distintas: aspectos voltados ao idoso dependente, aspectos voltados ao próprio cuidador e aspectos voltados a provisão de cuidados.

No aspecto referente ao idoso dependente devem ser apresentadas aos cuidadores questões estatísticas quanto à epidemiologia do envelhecimento, o conhecimento a respeito da(s) patologia do idoso (indicando a alta incidência de demências) e, as possíveis conseqüências que poderão repercutir nos cuidados do idoso. Com isso, oferecer possibilidades aos cuidadores para compreenderem as deficiências e incapacidades do idoso, estimular sua independência e aprender novas formas de cuidado, prevenindo desgastes para o cuidador.

No aspecto referente à atenção e cuidados voltados ao próprio cuidador devem ser apresentadas questões pertinentes a sua função e suas possíveis necessidades, oferecendo informações que estimulem a percepção do desgaste e sobrecarga sofrida pelo seu papel de provisão de cuidados. Ainda, promover intervenções que contribuam para manter e/ou melhorar a saúde mental e física dos cuidadores através de recursos para atenção a sua saúde; planejamento de momentos de atividades de lazer/descanso; planejamento de momentos para atividades relacionadas ao lar e com outros membros da família; estímulo e acompanhamento do estado de saúde dos cuidadores e a realização de cuidados preventivos; apoio e incentivo para realização de tratamentos quando solicitados,

No aspecto referente à provisão de cuidados envolve a familiarização com o termo cuidador; aprendizado de técnicas para a prestação de cuidados com menos desgaste; incentivo a procura e aceitação de ajuda externa nos cuidados; prestação de apoio psicológico frente aos problemas de estresse devido às exigências dos cuidados com idoso dependente.

Como forma de aplicação prática será encaminhada a Secretaria Municipal de Saúde de Varginha-MG, um projeto de implantação do Grupo de Atenção e Apoio a Cuidadores de Idosos Informais de forma a complementar as ações educacionais já desenvolvidas no Programa ENVELHE-SER.

7.0. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou conhecer as peculiaridades de todos os atores envolvidos nesse cenário de provisão de cuidados - idosos dependentes, cuidadores informais e profissionais de saúde – e os aspectos envolvidos na educação em saúde para cuidadores de idosos, o que permite no futuro uma intervenção sistematizada e condizente com a realidade vivenciada, visando uma melhor qualidade de vida destes sujeitos.

Assim, pôde-se perceber um predomínio de cuidadores do sexo feminino, na maioria de filhos e cônjuges, com problemas de saúde, vivendo em função da provisão de cuidados por muitos anos sendo ajudado em algumas atividades cotidianas, abandonando muitas vezes o auto-cuidado, atividades de lazer e até mesmo sua ocupação, para assumir um papel normativo muitas por obrigação, independente de seu preparo para a função.

O conhecimento do processo de educação em saúde realizado pelo programa apontou como ação educativa as atividades em grupo com a díade idoso-cuidador e orientações individuais na prática clínica perpassando por todos os profissionais envolvidos na equipe, refletindo de forma positiva em mudanças na função de cuidador após a inserção dos mesmos no programa e, conseqüentemente na saúde do idoso e seu bem-estar.

Ainda destaca-se que não se percebeu uma preocupação clara e objetiva quanto às próprias necessidades do cuidador dentro do programa, apesar dessa demanda existir e do reconhecimento dos profissionais quanto a sua importância, sendo um fato preocupante, uma vez que se esse suporte não for provido há o risco do cuidador se tornar mais um paciente dentro do sistema. Deste modo, foi constatada na pesquisa a necessidade de elaboração e implantação de um Grupo de Atenção e Apoio voltados ao cuidador que contemplasse, além de orientações sobre como cuidar do outro, possibilidades de manutenção e promoção da própria condição de saúde.

Um ponto que merece destaque neste estudo é o olhar voltado aos profissionais de saúde nesse processo de educação em saúde para cuidadores do programa, nos quais reconhecem suas dificuldades estruturais e limitações para lidar com esta parcela da população. Além disso, foi fortemente constatado a necessidade de atenção e capacitação da própria equipe de saúde do programa que se encontra confusa diante da falta de direcionamento do setor público para a efetivação de ações concretas quanto ao tema.

Os resultados obtidos, a partir de dados colhidos do cuidador de idosos e da equipe multiprofissional do programa, permitiram propor diretrizes para elaboração e implantação

de Grupos de Apoio e Atenção para Cuidadores de Idosos Informais, o que é importante dentro da falta de consenso no cenário de pesquisas voltadas a educação em saúde para cuidadores de idosos. Cabe destacar que a proposta ora apresentada deve ser posteriormente testada, referente aos seus aspectos de aplicabilidade e de qualidade de planejamento de programas dela originados.

Finalmente, compreender as condições que acompanham e envolvem o envelhecimento com dependência e o cotidiano dos cuidadores e idosos dependentes, além de oferecer um amparo qualificado e efetivo para os profissionais de saúde que lidam com cuidadores de idosos, permitem que as ações referentes à educação em saúde possam ser visualizadas como possibilidades concretas e viáveis de transformação de comportamentos futuros da saúde dessa população. A educação em saúde para cuidadores pode ser o início de um processo de transformação que busca a qualidade de vida de ambos (cuidador e idoso).

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, G. L. *Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio*. Texto Contexto Enferm., Abr-Jun, 16(2):254-62, Florianópolis, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2.pdf> >. Acesso em Out. 2007.

ALMEIDA, T. L. *Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto saúde da família*. Dissertação Mestrado. Ribeirão Preto: SP. Universidade de São Paulo, 2005.

ALVES, V.S. *Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial*. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, Feb. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em set 2008.

AMENDOLA, F. et al. Caracterização do perfil e da qualidade de vida de cuidadores de pacientes atendidos pelo Programa de Assistência Domiciliária do HU/USP. In: SPORTELO, E.F. *Caracterização das formas de vida e trabalho das cuidadoras familiares do Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo*. Dissertação Mestrado. São Paulo: SP. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2003.

ANDRADE, O. G. Suporte ao sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral a partir de uma perspectiva holística de saúde. In: SPORTELO, E.F. *Caracterização das formas de vida e trabalho das cuidadoras familiares do Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo*. Dissertação Mestrado. São Paulo: SP. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2003.

ANDRADE, O.G. *Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional*. Arq. Ciênc. Saúde. Unipar, Umuarama: PR, v.9 (2), mai/ago, 2005.

ANGÊLO, M. O contexto familiar. In: DUARTE, Y.A.O; DIOGO, M.J.D. *Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000.

ASSIS, M.; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. *Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002*. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.3, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a05v09n3.pdf>>. Acesso em: 04 Jul 2007.

AZEVEDO, G. R.; SANTOS, V. L. G. *Cuida-dor (d) eficiente: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar*. Rev. Latino-am Enfermagem, 14 (5), set-out, 2006. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 02 fev 2008.

BALTES, M. M; SILVERBERG, S. A dinâmica da dependência-autonomia na cura da vida. In: Neri, A. L. *Psicologia do envelhecimento*. Campinas (SP): Papyrus, 1995.

BARRETO, S. M. *Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil*. Caderno de Saúde Pública, v.19, n.3, Rio de Janeiro, jun.2003. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15879.pdf>>. Acesso em 16 mai 2007.

BIZ, M. C. P. *Capacitação de médicos e enfermeiros para o cuidado à saúde dos idosos na rede básica de saúde no município de Santos: uma proposta de planejamento operacional baseado em uma matriz de competências*. Tese Mestrado. São Paulo: SP. Universidade Federal de São Paulo/CEDESS, 2005.

BOCCHI, S. C. M.. *Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, 2004. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a29v10n3.pdf>>. Acesso em: 03 Jul 2007.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 6ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BORN, T. *A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação*. Seminário velhice fragilizada, Nov. 2006, SESC Avenida Paulista. Disponível em:
<http://www.sescsp.org.br/sesc/conferencias_new/subindex.cfm>. Acesso em 03 Jul 2007.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

BRASIL. *Lei Orgânica do SUS*. Lei nº 8.080/1990. Brasília, 1990.

BRASIL. *Política Nacional de Saúde do Idoso*. Portaria Nº 1395/1999. Brasília, 1999.

BRASIL. *Portaria GM/MS Nº 120/ 2006 - constitui Grupo de Trabalho para formular uma proposta de organização e funcionamento de Centros de Referência em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, 2006. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-120.htm>> Acesso em Ago 2007.

BRASIL. *Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Portaria Nº 399/GM. Brasília, 2006. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>
Acesso em Ago 2007.

BRASIL. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Portaria Nº 2528/2006. Brasília, 2006. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em Ago 2007.

BRASIL. *Portaria Nº 2529/2006 - Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS*. Brasília, 2006. Disponível em:
<<http://portal.saude.sp.gov.br/resources/profissional/acessorapido/gtae/saudepessoaidosa/atendom2529.pdf>> Acesso em Ago 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Perspectivas e desafios para o planejamento das ações do pacto pela vida/saúde da população idosa 2006/2007: contribuições para o debate. Área Técnica de Saúde do Idoso*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_acoes_pacto_2006_2007_idoso.pdf. Acesso em Jan 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/zip/apresentacao_caderno_atencao_basica_yeda_idoso.ppt. Acesso em Jan 2008.

BRUSCHINI, C.; RIDENTI, S. Família, casa e trabalho. In: SILVEIRA, M.L. *Família: conceitos sócio-antropológicos básicos para o trabalho em saúde*. Fam. Saúde Desenvolv., Curitiba, v.2, n.2, p. 58-64, jul/dez, 2000.

BIZ, M.C.P. Capacitação de médicos e enfermeiros para o cuidado à saúde de idosos na rede básica de saúde no município de Santos: uma proposta de planejamento operacional baseado em uma matriz de competências. Tese mestrado. UNIFESP/CEDESS, São Paulo, 2005.

CALDAS, C. P. *O sentido do ser cuidando de uma pessoa idosa que vivencia um processo demencial*. Tese doutorado. UFRJ : Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2000.

CALDAS, C. P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: Minayo, M. C. S; COIMBRA, J. CEA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

CALDAS, C. P. *Contribuindo para a construção da rede de cuidadores: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial*. Textos sobre Envelhecimento, Rio de Janeiro, v.4, n.8, 2002. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151759282002000200005&lng=pt&n. Acesso em Mar 2007.

CALDAS, C. P. *Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família*. Cad.Saúde Públ., vol.19, nº3, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300009&tln_g=en&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 jan 2007.

CALDAS, C. P. Cuidado familiar: a importância da família na atenção a saúde do idoso. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P., org. *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2ª Ed, Rio de Janeiro (RJ): Interciência, p.41-7, 2004.

CALDEIRA, A. P. S.; RIBEIRO, R. C. M. *O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer*. Arq. Ciência Saúde, abr-jun, 11(2), 2004. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-2/ac08%20-%20id%2027.pdf. Acesso 20 Jan 2007.

CAMACHO, A. C. L; FUNCHAL, A. *Gerontologia e a Interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem*. Rev. Latino-Amer. Enferm., 10 (2), mar-abr, 229-33p, 2002.

Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlaent>>. Acesso 20 Jan 2008.

CAMARANO, A. A.(org). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro (RJ): IPEA, 1999.

CAMARANO, A. A.; KANSOS, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A.(org). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro (RJ): IPEA; 2004.

CAMARGOS, M. C. S.; PERPÉTUO, I. H. O.; MACHADO, C. J. *Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil*. Rev. Panam. Salud Pública, 27 (5/6): 379-86, 2005.

CAMPEDELLI, M. C.; PERRACINI, M. R. R; DIAZ, R. B. *Grupo de Cuidadores de Idosos: uma experiência multiprofissional*. Rev. Âmbito Hospitalar, 46:46, 1993.

CANDEIAS, N. M. F. *Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 2, 1997.

Disponível

em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101997000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 Nov. 2006.

CARLETTI, S. M. M. N.; REJANI, M. I. Atenção domiciliar do paciente idoso. In: PAPALLEO, N. M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996.

CASSIS, S. V. A. et al . *Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência*. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 53, n.6, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n6/a15v53n6.pdf>>. Acesso em: 03 Jul 2008.

CASTRO, K. R. P. *Visitando a família ao longo das fases do ciclo vital: o olhar dos filhos*. Dissertação Mestrado. PUC: Psicologia Clínica. São Paulo, 2003.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. *Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares*. Rev. Eletrôn. Enferm., vol.06, n.02, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig11_idoso.pdf>. Acesso em Ago 2006.

CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. . *Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos*. Rev. Psicologia USP, vol. 13, n.01. p.133-150, 2002.

CHAIMOWICZ, F. *A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas*. Rev. Saúde Pública , São Paulo, v. 31, n.2, 1997. Disponível em:<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101997000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jul 2008.

CHAGAS, N.R; MONTEIRO A.R.M. *Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral*. Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá, v. 26, n. 1, p. 193-204,2004.

CHAPPEL, N. L. Living arrangements and sources of caregiving. *In: RODRIGUES, S. L. A. et al. A saúde de idosos que cuidam de idosos*. Rev. Esc. Enferm. USP, 2006; 40(4):493-500. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/re USP/>>. Acesso Ago 2008.

COSTA, M; LOPEZ, E. Educacion para La Salud. *In: ALVES, V. S. Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial*. Interface, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Nov. 2006.

DAMAS, K. C. A.; MUNARDI, D. B.; SIQUEIRA, K. M. *Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade*. Revista eletrônica de enfermagem, v.06, n.02, 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em Fev. 2006.

DIAS, E. L. R. et al. *Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar*. Campinas: SP. Editora UNICAMP, 2002.

DIOGO, M. J. D.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. *Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio*. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 39, n.1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/re USP/v39n1/a13v39n1.pdf>>. Acesso em: 09 Ago 2008.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. E. *Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, p.3-17, 2000.

FARO, A. C. M. *Uma proposta de levantamento de dados para a assistência à família e ao cuidador de lesados medulares*. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, 33(4), p.334-41, 1999.

FELÍCIO, D.N.L. et al. *Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob visão do cuidador*. RBPS. Fortaleza, v.18, n.02, p.64-69, 2005.

FÉLIX, J. S. *Economia da longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional*. Revista Fator, edição do Banco Fator, São Paulo, 2007.

FEUERWERKER, L. C. *Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde*. Rev. ABENO, 3 (1), 24-27P, 2005.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. *Projeto WHOQL-OLD: métodos e resultados de grupos focais no Brasil*. Rev. Saúde Pública, vol. 37, n.06, p.793-799, 2003.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. *Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução?* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Jul. 2008.

FLORIANI, C. A. *Cuidador familiar: sobrecarga e proteção*. Rev. Bras. Cancerologia, 50 (4): 341-345, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v04/pdf/secao5.pdf>. Acesso em Jul 2007.

FREITAS, M. C. et al. *Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura*. Rev. Latino-americana de Enfermagem, vol.10, n.2, Ribeirão Preto: SP, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169200200020001S&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Set. 2008.

GARRIDO, R.; ALMEIDA, O. P. *Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador*. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v.57, n.28, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X1999000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em Ago 2007.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. *Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico*. Rev. Saúde Pública, vol. 38, n. 06, p.835-841, dez. 2004.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. *O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica*. Rev. Bras. Psiquiatria, v.24, n. supl. I, p.3-6, 2002.

GAZZINELLI, Maria Flávia et al. *Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, Fev. 2005.

Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio 2007.

GIATTI, B. A. *Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Série Pesquisa em educação, v.10; Brasília: DF, 2005.

GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. *Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos*. Cad. Saúde Pública, jan/fev; 21(1):80-91; 2005.

GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; COSTA, M. F. L. *Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposa de idosos dependentes*. Cad. Saúde Pública, vol. 21, n.05, p.1509-1518, set-out, 2005.

GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SANTOS, S. M. H. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2005.

GORDILHO, A. et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral à saúde ao idoso*. Bahia Análise & Dados, vol.10, nº04, Salvador: BA:2001.

GREEN, L.W.; KREUTER, M.W. Health promotion planning and educational and environmental approach. *In: COSTA, M; LOPEZ, E. Educacion para La Salud. In: ALVES, V. S. Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005. Disponível em:*

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Nov. 2006.

GUERREIRO, J. A. et al. *Perfil do cuidador de idosos: avaliação de expectativas. Rev. Soc. Bras. Clínica Médica, 5(2), 38-43p, 2007.*

YAMADA, K. N. et al. *Aspectos éticos envolvidos na assistência a idosos dependentes e seus cuidadores. O Mundo da Saúde. São Paulo, out-dez, 30(4), p. 667-672, 2006.*

YAMADA, U. M. S. *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: Educ, 1998.*

YUASO, D. R; SGUIZZATTO, G. T. Fisioterapia em pacientes idosos. *In: PAPAEO, M. N. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996. p.344.*

YUASO, D. L. Cuidar de cuidadores: resultados de um projeto de treinamento realizado em domicílio. *In: NERI, A. L. et al (orgs). Cuidar de idoso no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: SP, 2002.*

IBGE: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Vol. 22. Rio de janeiro, 2001. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 26 Ago. 2007.*

IBGE: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 26 Ago. 2007.*

IBGE: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 – malha Municipal Digital do Brasil: situação em 2001. Rio de janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 26 Ago. 2007.*

IBGE: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Perfil dos idosos responsáveis por domicílio no Brasil, 2000. Rio de janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 26 Ago. 2007.*

IBGE: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Síntese de Indicadores 2007. Rio de janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 02 de Dez. 2007.*

IBGE: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de Indicadores: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 02 de Dez. 2007.*

JIMENEZ, R.N. et al. A percepção do cuidador do paciente acometido por AVE acerca de algumas variáveis envolvidas na função do cuidar. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2006. Disponível em:

<http://www.inicepg.univap.br/INIC_07/trabalhos/saude/epg/EPG00072_01C.pdf.

Acesso em 02 dez. 2007.

KALACHE, A., VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. *O envelhecimento da população mundial: um desafio novo*. Rev. Saúde Pública, Jun, vol.21, nº3, p.200-210, 1987.

KARSCH, U. M. S. *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: Educ., 1998.

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

L'ABBATE, S. *Educação em saúde: uma nova abordagem*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dec. 1994. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em set 2008

LACERDA, M. R.; LOINISKI, S. R. *O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar*. Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá, v.26, n.1, p.239-248, 2004. Disponível em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=402499&indexSearch=ID>>.

Acesso em Set 2007.

LAHAN, C. F. *Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre os cuidadores de pacientes atendidos em programa domiciliar*. Tese Mestrado. Universidade de São Paulo: USP, São Paulo, 2003.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

LEBRÃO, M. L. *O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica*. Saúde Coletiva, ano/vol 4, n.17, Editorial Bolina, São Paulo, 2007.

LEE, J.; SOEKEN, K.; PICOT, S. J. *A Meta-analysis of interventions for informal stroke caregivers*. Western Journal of Nursing Research, v.29, n.3, p. 344-356, 2007. Disponível em:<<http://wjn.sagepub.com/cgi/content/abstract/29/3/344>>. Acesso em Jun. 2008.

LEME, M.D. *Treinamento de cuidadores de idosos: impacto na sua qualidade de vida e saúde. Revisão Sistemática*. Tese Mestrado. Universidade São Paulo: USP, São Paulo, 2006.

LEMONS, N.D.; GAZZOLA, J. M.; RAMOS, L. R. *Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador*. Rev. Saude Socied., São Paulo, v. 15, n.3, 2006 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a04v13n2.pdf>>. Acesso em Out 2007.

LEVY, S. N.; SILVA, J.J.C.; CARDOSO, I.R. WERBERICH, P.M.; MOREIRA, L.L.S.; MONTIANI, Helena; CARNEIRO, Rosa Maciel. Educação em saúde – Histórico, conceitos e propostas. Ministério da Saúde, Diretoria de programas de Educação em Saúde, 1997. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/agenda/Cnslogo1.gif>>. Acesso em maio 2006.

LOUZADA, B. A.; LOPES, M. H. I. *Educação para cuidadores de idosos com demência*. Scientia Medica, Porto Alegre: PUC-RS, v.14, n.1, jan-mar, 2004. LILACS ID: 445357.

LUDKE, M.; ANDRE, E. D. A. M. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In: *Pesquisa em educação: abordagem qualitativa*. São Paulo: EPU, 1986.

LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B.F. *Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer*. Rev. Acta Scientiarum Health Sciences, Maringá, v.26, n.1, 135-145p, 2004.

MADUREIRA, N. C. M. *O saber - fazer do cuidador familiar da pessoa com deficiência física: um estudo no pré e transreabilitação*. Tese Mestrado. Universidade de São Paulo: USP. Escola de Enfermagem, 2000.

MAFFIOLETTI, V. L. R.; LOYOLA, C. M. D.; NIGRI, F. *Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos*. Ciênc. Saúde Coletiva , Rio de Janeiro, v.11, n.4, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000400029&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 Jul 2008.

MAFFIOLETTI, V. L. R.; LOYOLA, C. M. D. *A nova profissão de “cuidador de idosos” e suas implicações*. Escola Anna Nery, Rev. Enfermagem, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.283-292, 2003.

MARCON, S. S.; WAIDMAN, M. A. P.; CARREIRA, L.; DECESÁRIO, M. N. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano das famílias de pacientes crônicos. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. *O viver em família e sua interface saúde e doença*. Maringá: Eduem, 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnica de pesquisa: entrevista*. São Paulo: 6ª Ed. Atlas, 2006.

MARTINS, J. J. et al. *Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis: SC, abril-jun, 16(2), p. 254-262, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2.pdf>. Acesso em Jun. 2008.

MARTINS, J. J. et al. *Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com idoso*. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v.10, n.3, Rio de Janeiro, 2007.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRETT, C. *Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais*. Psic., Saúde & Doenças. vol.4, no.1, p.131-148, jul. 2003. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862003000100009&lng=es&nrm=iso. Acesso Out. 2008.

MATOS, K. S. L.; VIEIRA, S. L. *Pesquisa Educacional: o prazer de conhecer*. 2ª Ed. Edições Demócrito Rocho, 2002.

MEDEIROS, M. M. C. *Impacto da doença e qualidade de vida dos cuidadores primários de pacientes com artrite reumatóide: adaptação cultural e validação do Caregiver Burden Scale*. Tese Doutorado. Universidade Federal de São Paulo: USP. São Paulo, 1998.

MENDES, P. B. M. T. *Cuidadores: Heróis anônimos do cotidiano*. Tese Mestrado. PUC: São Paulo, 1995.

MENDES, W. *Home Care: Uma modalidade de Assistência à saúde*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UNATI, 112 P., 2001.

MIYATA, D. F.; VAGETTI, G. C. *Políticas e programas na atenção à saúde dos idosos: um panorama nacional*. Arq. Ciências Saúde. UNIPAR, 9 (2), p.135-140. LILACS ID: 443074

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINCHILLO, A. L. C. *Assistência domiciliar – cuidar do cuidador*. Revista Brasileira de Homecare, n.60, p.36, 2000.

MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. *A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso*. Esc. Anna Nery. Rev. Enferm, set, 11(3), p.520-525, 2007. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS>. Acesso em Out. 2008.

MOREIRA, M. M. *O envelhecimento da população brasileira em nível Regional: 1940-2050*. In: XI Encontro Nacional de Estudos populacionais, Associação Brasileira de estudos Populacionais Anais, p. 3030-3124, Caxambu:MG, 1998.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. *Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade*. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.2, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 Set. 2008.

MOTTA, L. B. *Treinamento interdisciplinar em saúde do idoso: um modelo adaptado às especificidades do envelhecimento*. Série Livros eletrônicos: Programa de Atenção ao Idoso. UNATI: UERJ. Rio de Janeiro, 2001.

NAKATANI, A. Y. K. et al. *Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa Saúde da Família*. Rev. Eletrônica de enfermagem, v.5, n.1, p.15-20, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em Set. 2007.

NAC - National Family Caregiver Association. *Study of caregivers in decline: findings a national surveys*. Sept, 2006. Disponível em: <http://www.thefamilycaregiver.org/who/stats.cfm>>. Acesso em jul. 2007.

NAC - National Family Caregiver Association. *Family caregivers self-awareness and empowerment project: a report on formative focus groups*. Sept, 2001. Disponível em: <<http://www.thefamilycaregiver.org/who/stats.cfm>>. Acesso em jul. 2007.

NAC – National Family Caregiver Association. *Caregiving in the U.S.* Abr, 2004. Disponível em: <<http://www.thefamilycaregiver.org/who/stats.cfm>> Acesso em jul. 2007.

NASCIMENTO, L. C. et al. *Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS*. Rev. Bras. Enferm., jul-ago, 61(4): 514-17, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/19.pdf>>. Acesso em Nov. 2008.

NELO, A. M. *Anais do VI Congresso Internacional de gestão Estratégica de Custos*. Portugal. Revista brasileira de Contabilidade, n.99, 1995.

NERI, A. L. *As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressa no Estatuto do idoso*. A Terceira idade, v.16, n.34, p 7-24, 2005.

NERI, A. L. (org). *Cuidar de Idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. São Paulo: Alinea, 2002.

NERI, A. L. (org). *Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência*. In: Qualidade de vida madura. Papirus: Campinas, 1993, 285p.

NERI, A. L.; SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: NERI, A. L. (org). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea, 2002.

NUNES, I. A. *O cuidar do idoso com trauma ortopédico realizado pelo cuidador familiar no domicílio*. Tese Mestrado. Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

OLIVEIRA, S. F. D. et al . *Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo*. Saúde Soc., São Paulo, v. 16, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S027000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 Ago 2008.

OLIVEIRA, M.M. Metodologia interativa: um processo hermenêutico-dialético. Interfaces Brasil-Canadá, v.1, n.1, Porto Alegre, 2001. Disponível em:<<http://revistabecan.com.br/arquivos/1178668221.pdf>>. Acesso em Maio 2007.

OMS - Organização Mundial de Saúde. *Cotidianos inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação - Relatório mundial*. Brasília, 2003.

OMS - Organização Mundial de Saúde. *The world health report*. Geneva; 2001.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: OPAS, 2005.

PAPALÉONETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas, E.V, PY, L., et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.2-12.

PAVARINI, A. S. G.; BARHAN, E. J.; SADALLA, A. P. R. P.; CIA. *De necessidades à intervenção: etapas na organização de um serviço de orientação para cuidadores de idosos*. Anais do IV SEMPE. Seminário de Metodologia para projetos de extensão, São Carlos, 29-31, agosto 2001, disponível em: <<http://www.itoi.ufrj.br/sempe/t1-p27.htm>>. Acesso em Ago 2007.

PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia*. Rev. Saude Publ., v.35, n.1, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102001000100016&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 22 Set. 2008.

PERLINI, N. M. O. G. *Cuidar de pessoa incapacitada por AVC no domicílio: o fazer do cuidador familiar*. Tese Mestrado. Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem. São Paulo: SP, 2000.

PROTTI, S. T. *A saúde do idoso sob a ótica da equipe do Programa Saúde da Família*. Tese Mestrado. Universidade de São Paulo: Escola de Enferm. de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: SP, 2002.

QUEIROZ, Z. P. V. *Cuidando do idoso: uma abordagem social*. Rev. O Mundo da Saúde, v.24, n.4, 2000.

RADIS. Mortalidade nas capitais brasileiras, 1930-1980. In: GORDILHO, A. et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral à saúde ao idoso*. Bahia Análise & Dados, vol.10, nº04, Salvador: BA, 2001.

RAMOS, L. R. et al. *Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 27, n. 2, 1993. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101993000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Fev. 2009.

RAMOS, L. R. *A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública*. Gerontologia, n.1, p.3-8, 1993.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro 2002.

REITAS, M. C. et al . *Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto: SP, v. 10, n. 2, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000200015&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 04 Jul 2008.

RESTA, D. G.; BUDÓ, M. L. D. *A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares*. Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá, v.26, n.1, p.53-60, 2004.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. *Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar*. Rev. Saúde Pública , São Paulo, v. 39, n. 4, 2005. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00340400021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 Jul 2008.

RODRIGUES, S. L. A. et al. *A saúde de idosos que cuidam de idosos*. Rev. Esc. Enferm. USP, 2006; 40(4):493-500. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em 03 jul 2008.

SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. *O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organ. Pan-Americana de Saúde, 225p, 2003.

SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. Interciência, p. 48-58, 2004.

SANTANA, R. F. et al . *A formação da mensagem na comunicação entre cuidadores e idosos com demência*. Texto Contexto Enferm. , Florianópolis, v. 17, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/10.pdf>>. Acesso em: 09 Ago 2008.

SANT'ANNA, R. R.; CÂMARA, P.; BRAGA, M. G. C. *Mobilidade na terceira idade: como planejar o futuro?* Textos sobre Envelhecimento, 2ª sem; 6(1):9-30, 2003.

SANTOS, S. M. A.; DALGALARRONDO, P. *Familiarizando-se com o estranho e transpondo as barreiras culturais*. Jornal brasileiro de Neuropsiquiatria Geriátrica, 2001.

SANTOS, J. L. F. Análise da sobrevivência sem incapacidade. In: LEBRÃO, M.L; DUARTE, Y.A.O. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

SANTOS, S. M. S.; DIOGO, M. J. D. *Capacitação de recursos humanos em gerontologia: os cuidadores leigos seriam a melhor opção?*. Rev. On-line Bibl. Prof. Joel Martins, Campinas: SP, v.2, out. 2000.

SCAZUFCA, M. *Brazilian version of the burden interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illness*. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v.24, n.1, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51516-44462002000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 set. 2008.

SCHALL, V.T.; STRUCHINER, M. *Educação em saúde: novas perspectivas*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1999000600001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em fev 2009.

SCHOEFIELD, H.; BLOCH, S.; HERMAN, H.; MURPHY, B.; NANKERVIS, J. et al, editors. Family caregivers: disability, illness and ageing. *In*: DIOGO, M. A. J. D'E.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. *Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência*. Rev. Esc. Enfermagem, USP, 39(1):97-102, 2005.

SCHOSSLER, T.; CROSSETTI, M. G. *Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson*. Texto & Contexto Enfermagem, abr-junho, ano/vol. 17, n.2, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: SC, 2008. Disponível em:<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71417209.pdf>>. Acesso em Nov. 2008.

SESC, SP. *Idosos no Brasil – Vivências, Desafios e Expectativas na 3ª idade*. Maio, 2007. Disponível em: <<http://www2.fpa.org.br/portal/modules/wfdownloads/viewcat>>. Acesso em Jan 2008.

SILVA, J. C. *Da velhice a assistência social no Brasil*. A terceira idade, v.17, n.54-56, 2006.

SILVA, I. R.; GUNTHER, I. A. *Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida*. Psic. Teor. e Pesq.; 16 (1): 31-40, 2000.

SILVEIRA, M. L. *Família: conceitos sócio-antropológicos básicos para o trabalho em saúde*. Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.2, n.2, p.58-64, jul-dez, 2008.

SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. *Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais*. Cad. Saúde Pública, RJ, v.22, n.8, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102=311x2006000800011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2008.

SILVEIRA, T. M. *O sistema familiar e os cuidados com pacientes idosos portadores de distúrbios cognitivos*. Textos Envelhecimento, v.3, n.4, Rio de Janeiro, julho 2000.

SOMMERHALDER, C.; NERI, A.L. Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos para cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. *In*: NERI, A.L. (orgs). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea, 2002.

SOUZA, N. R. et al. *Olhar sobre o cuidador de idosos dependentes*. Rev. Saúde.com, 1(1), p.51-59, 2005. Disponível em: <http://www.journaldatabase.org/articles/112063/Olhar_sobre_o_cuidador_de.html>. Acesso em Set 2008.

SOUZA, W. G. A. et al. *Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar*. Arquivos Catarinenses de Medicina, vol. 35, n.4, 2006.

SPORTELLLO, E. F. *Caracterização das formas de vida e trabalho das cuidadoras familiares do Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo*. Tese Mestrado. Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem. São Paulo: SP, 2003.

TELLES, J. L. *O cuidador no cenário assistencial nacional: o programa de formação de cuidadores MS/MDS*. Seminário Cuidador e Cuidado: conhecendo a realidade e construindo o futuro. São Paulo, 29 agosto de 2007. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/files/1/5/091612262007/ccanJLT.ppt>>. Acesso Jan 2008.

TRENTINI, C. M. et al. *A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador*. *Estud. psicol.*, Natal: RN, v. 11, n. 2, 2006.

TESSER, C. D. *Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde*. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 10, n. 19, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832006000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov.. 2008.

TRIVINOS, A. N. S. *Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 3ª Ed. São Paulo: Atlas, 1992.

TRUELSEN, T.; BONITA, R. & JAMROZIK, K., 2001. Surveillance of stroke: A global perspective. *In: GIATTI, L.; BARRETO, S.M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil*. Caderno de Saúde Pública, v.19, n.3, Rio de Janeiro, jun.2003.

VERAS, R. *A era dos idosos: ponto de vista, cidadania na internet*. *RETS: Revista do terceiro setor*, 2002. Disponível em: <http://www.rits.org.br>. Acesso em 30 ago.2006..

VERAS, R. P. et al. *Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência*. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, São Paulo, v. 34, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832007000100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jul 2008.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. *Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade*. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n. 2, 2004. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413. Acesso em: Out. 2007.

VILELA, A. B. A. et AL. *Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA*. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v.9, n.1, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18099820005&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em Mar 2007.

VILLANI, A.; PACCA, J. L. A. *Como avaliar um projeto de pesquisa em educação em ciências*. Instituto de Física, UFGS, vol.6, n.1, março, 2001. Disponível em: <http://www.if.ufgrs.br/public/ensino/vol6/n1/v6_n1_a2.htm>. Acesso em 20 jun.2006

WAIDMAN, M. A. P.; ELSSEN, I. *Família e necessidades...revidendo estudos*. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v.26, n.1, p.147-157, 2004.

WANDERBROOKE, A. C. M. S. *Perfil do cuidador do paciente idoso com câncer*. Rev. Psico, Porto Alegre, v.33, n.2, p.401-412, jul-dez, 2002.

ZARIT, S.H.; EDWARD, A.B. Family caregiving: research and clinical intervention. In: WOODS, R.T. *Handbook of the clinical pshysicsichology of aging*. John Wiley & Sons, 1996.

ZIMERMAN, G.I. *Velhice: aspectos psicossociais*. Porto Alegre (RS): Artes médicas Sul, 2000.

ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA PERFIL DO CUIDADOR PRINCIPAL

Data: _____
Início: _____ h

Nº: _____
Término: _____ h

A) CONHECENDO O IDOSO DEPENDENTE

1. Nº prontuário: _____
2. Procedência do encaminhamento: _____
3. Nome: _____
4. Endereço: _____
5. Idade: _____ Data de nascimento: _____
6. Sexo:
 Masculino Feminino
7. Estado civil:
 Casado Solteiro Viúvo Separado/Divorciado Amasiado
Obs.: _____
8. Naturalidade: _____
9. Escolaridade:
 Analfabeto Ensino Fund. Incompleto Ensino Fund. Completo
 Ensino Méd. Incompleto Ensino Méd. Completo
 Ensino Sup. Incompleto Ensino Sup. Completo
10. Arranjo Familiar: _____
11. Renda Familiar mensal (em salários mínimos): _____
Quais os custos específicos com o idoso dependente: _____
12. Grau de parentesco com o cuidador: _____
13. Diagnóstico Clínico que determinou a dependência: _____
14. Qual o grau de dependência do idoso cuidado:
 Pouco dependente Dependente Muito dependente Não sabe
15. Qual a maior dificuldade observada no idoso em seu dia-a-dia: _____

B) CONHECENDO O CUIDADOR PRINCIPAL

1. Sexo:
 Masculino Feminino
2. Idade: _____ Data de Nascimento: _____
3. Estado Civil:
 Casado Solteiro Viúvo Separado/Divorciado Amasiado
4. Escolaridade:
 Analfabeto Ensino Fund. Incompleto Ensino Fund. Completo
 Ensino Méd. Incompleto Ensino Méd. Completo
 Ensino Sup. Incompleto Ensino Sup. Completo
5. Trabalha fora atualmente:
 Sim Não Aposentado/Pensionista
Se sim, quantas horas por semana? _____
Se não, por que? _____
6. Quantas horas por dia passa cuidando do idoso dependente: _____
Qual(is) passatempos(s) prediletos (atividades de lazer)? _____
7. Como é seu estado geral de saúde:
 Ótima Boa Regular Ruim Péssima

8. Ocorreu alguma piora do seu estado geral de saúde como resultado da provisão de cuidados? _____
Se sim, isso afetou o cuidado com o idoso? () SIM () Não
9. Realiza algum tratamento para seus problemas de saúde:
() Sim () Não
Se sim, qual (is)? _____
10. Quais aspectos de saúde foram afetados com a provisão de cuidados:
() Atividades físicas () sono () Alimentação () Consultas médicas
() Outros
11. Realiza algum tipo de cuidado preventivo para a saúde:
() Sim () Não
Se sim, qual(is)? _____
12. Quanto a sua qualidade de vida:
() Muito satisfeito () Satisfeito () Insatisfeito () Muito Insatisfeito

C) CONHECENDO O PROCESSO DE PROVISÃO DE CUIDADOS

1. Cite uma palavra que defina melhor para você o que é ser cuidador: _____
2. Você reconhece sua função de cuidador:
() Sim () Não
3. Primeira vez que você cuida de um idoso:
() Sim () Não
4. Motivo pelo qual é cuidador: _____
Como ocorreu a decisão: _____
Há quanto tempo: _____
5. Como aprendeu a cuidar:
() Sozinho () Orientação profissional () Informações de leigos
() Outros _____
6. Recebe ajuda de outras pessoas no cuidado com o idoso dependente:
() Sim () Não
Se sim, de quem? _____
Se não, por quê? _____
7. Qual (is) cuidado(s) do dia-a-dia é realizado pelo próprio idoso, pelo cuidador sozinho ou com a ajuda de outras pessoas:

ATIVIDADES	IDOSO REALIZA SOZINHO	IDOSO REALIZA COM A AJUDA DO CUIDADOR	CUIDADOR REALIZA SOZINHO	CUIDADOR REALIZA COM AUXÍLIO DE OUTRAS PESSOAS
Cuidados Pessoais *1				
Ajuda em tarefas domésticas *2				
Ajuda na administração financeira *3				

*1 – ajudas no banho, vestir a roupa, alimentar-se, caminhar, acomodar-se na cama, transferências, etc

*2 – cozinhar, lavar, passar, fazer faxina, , etc

*3 – pagar contas, fazer compras, , etc

8. Qual o tipo de relação existente anteriormente ao cuidado:
() Ótima () Boa () Ruim () Péssima
9. Esta relação sofreu alguma alteração após a provisão de cuidados?
() Sim () Não
Se sim: () Melhorou () Piorou () Não mudou

D) CONHECENDO O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PARA CUIDADORES

10. Há quanto tempo o idoso participa do programa ENVELHE-SER: _____
11. Houve alguma mudança na tarefa de ser cuidador após acompanhamento do programa ENVELHE-SER:
 Sim Não
Qual? _____
12. Recebeu algum tipo de ajuda/suporte do Programa ENVELHE-SER para a prestação de cuidados:
 Orientação Capacitação/Treinamento Equipamento material
 Apoio emocional/psicológico Medicamentos
 Outros
13. Recebeu algum tipo de ajuda/suporte do Programa ENVELHE-SER para cuidar de sua própria saúde:
 Sim Não
14. Já participou do grupo de apoio para cuidadores de idosos e idosos oferecido pelo Programa ENVELHE-SER mensalmente:
 Sim Não

Se sim, cite os aspectos positivos e negativos encontrados:

POSITIVOS

NEGATIVOS

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

15. Observações do entrevistador:

Datar e assinar: _____

ANEXO 2

Termo de consentimento livre e esclarecido

A pesquisa: “*CONHECER PARA INTERVIR: Conhecendo o processo de educação em saúde para cuidadores de idosos sob a ótica da equipe multiprofissional e cuidadores informais no Programa de Atenção à Saúde do Idoso – ENVELHE-SER – na cidade de Varginha-MG*” é um estudo que tem como objetivo investigar o processo de educação em saúde para cuidadores de idosos informais a partir da ótica de 2 grupos de atores – equipe multiprofissional central (formadores) e cuidadores de idosos do programa, para diretrizes para elaboração e implantação de Grupos de Atenção e Apoio aos cuidadores de idosos.

Para seu desenvolvimento será realizada a aplicação de entrevista com os cuidadores de idosos cadastrados e usuários do ENVELHE-SER e, grupo focal com os profissionais da equipe central do programa. Dentre os procedimentos previstos não há previsão de qualquer desconforto ou risco para os participantes da investigação.

Você só será incluído na pesquisa após sua autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As informações colhidas são de caráter confidencial em todas as fases da pesquisa, sendo que ao serem publicadas resguardarão sua identificação.

Em qualquer etapa do estudo, você terá livre acesso a todas as informações coletadas, bem como esclarecimento de eventuais dúvidas. Ressalta-se que o consentimento para participar pode ser recusado ou retirado a qualquer momento da realização da pesquisa, sendo que sua participação não lhe trará nenhum prejuízo, compensação financeira ou despesa. As informações sobre o resultado da pesquisa estarão disponíveis e serão enviados mediante a sua solicitação.

O principal investigador é a fisioterapeuta Aline Azevedo de Oliveira, que pode ser encontrada no endereço: Rua Vera Cruz, 110, Vila Martins – Varginha/MG; nos telefones: (35)32219459 / (35)98024566 ; e no e-mail: aline_azevedo@hotmail.com. Caso haja alguma consideração ou dúvida relacionada à ética desta pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP – Rua Botucatu, 572, 1º andar, cjt 14, São Paulo–SP. Telefone: 5571-1062, FAX: 5539-7162, E-mail: cepunifesp@epm.br.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Fui suficientemente informado (a) a respeito da Pesquisa: “*CONHECER PARA INTERVIR: conhecendo o processo de educação em saúde para cuidadores de idosos sob a ótica da equipe multiprofissional e cuidadores informais no Programa de Atenção à Saúde do Idoso – ENVELHE-SER – na cidade de Varginha-MG*”, por meio das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade, e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de qualquer despesa.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo, e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido com esta pesquisa.

_____ Data / /
Assinatura do entrevistado

_____ Data / /
Assinatura da testemunha

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado para a participação neste estudo.

_____ Data / /
Assinatura do responsável pela pesquisa

ANEXO 3

Roteiro Grupo Focal

1. Apresentação da moderadora e das observadoras do Grupo Focal
2. Apresentação dos participantes do Grupo Focal
3. Breve descrição da atividade no contexto da pesquisa, além da metodologia que será utilizada (Grupo Focal) e suas vantagens
4. Leitura, em voz alta, do Termo de consentimento e pedido de assinatura
5. Apresentação do objetivo geral da pesquisa e aquecimento do tema
6. Evolução da discussão:
 - a. Como ocorre o planejamento da educação em saúde para cuidadores de idosos?
 - b. Quais as necessidades da equipe para promover a educação em saúde com os cuidadores de idosos?
 - c. Que conhecimento se tem das necessidades dos próprios cuidadores de idosos para educá-los?
 - d. Há alguma preocupação sobre o cuidado direcionado ao próprio cuidador de idosos?
 - e. Quais as facilidades e dificuldades na educação em saúde para cuidadores de idosos?
7. Observações finais sobre o tema