



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E ENSINO DE
PÓS-GRADUAÇÃO - PPG
DEPARTAMENTO
DE EDUCAÇÃO - DEDC - CAMPUS I**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E TECNOLOGIA
APLICADAS À EDUCAÇÃO – GESTEC**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO I

GESTÃO DA EDUCAÇÃO E REDE SOCIAIS

ALCIONE ASSUNÇÃO CORREIA LIMA

**AÇÕES EDUCATIVAS COMO POSSÍVEL CAMINHO PARA A
MELHORIA DA FORMAÇÃO/CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR
INFORMAL DE PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES**

SALVADOR/BA 2021



ALCIONE ASSUNÇÃO CORREIA LIMA



ÁREA DE CONCENTRAÇÃO I

GESTÃO DA EDUCAÇÃO E REDES SOCIAIS

**AÇÕES EDUCATIVAS COMO POSSÍVEL CAMINHO PARA A MELHORIA
DA FORMAÇÃO/CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DE PESSOAS
IDOSAS DEPENDENTES**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação (GESTEC), da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Área de Concentração I - Gestão da Educação e Redes Sociais, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Luís de Queiroz
Carvalho.

SALVADOR/BA

2021

FICHA CATALOGRÁFICA
Sistema de Bibliotecas da UNEB

Lima, Alcione Assunção Correia

Ações educativas como possível caminho para a melhoria da formação/capacitação do cuidador informal de pessoas idosas dependentes/
Alcione Assunção Correia Lima - Salvador, 2021.

48 fls.

Orientador: Fernando Queiroz Carvalho.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade do Estado da Bahia.
Departamento de Educação. Programa de Pós-Graduação em Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação - GESTEC, Campus I. 2021.

1.Cuidador familiar. 2. Educação em saúde. 3.Idoso frágil.

CDD: 607

Autorizo a reprodução parcial ou total dessa Dissertação para fins acadêmicos, desde que seja citada a fonte.

FOLHA DE APROVAÇÃO

"AÇÕES EDUCATIVAS COMO POSSÍVEL CAMINHO PARA A MELHORIA DA FORMAÇÃO/CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DE PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES"

ALCIONE ASSUNÇÃO CORREIA LIMA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação – GESTEC, em 17 de setembro de 2021, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:



Professor(a) Dr.(a) FERNANDO LUIS DE QUEIROZ CARVALHO

UNEB

Doutorado em Patologia Humana

Universidade Federal da Bahia



Professor(a) Dr.(a) LIDIA BOAVENTURA PIMENTA

UNEB

Doutorado em Educação

Universidade Federal da Bahia



Professor(a) Dr.(a) ELAINE GUEDES FONTOURA

Uefs - UEFS

Doutorado em Enfermagem

Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico essa pesquisa a minha tia Nega por cuidar tão bem de vovó!

*Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo,
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
Não seja nem curta,
Nem longa demais,
Mas que seja intensa,
Verdadeira, pura... Enquanto durar...*

Cora Carolina

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e por me proteger, guiar, sustentar em todos os momentos da minha caminhada.

A minha mãe, irmãos e familiares, pelas orações e torcida.

A meus filhos, Filipe e Lara pelo amor e apoio para a conquista deste título.

A meu amor, José, parceiro e companheiro, referência e inspiração nas minhas conquistas.

Ao Prof. Dr. Fernando Luís de Queiroz Carvalho por me ajudar a superar obstáculos apresentados durante este aprendizado, contribuindo para o meu crescimento.

À professora Dr^a Elaine Guedes, por ser minha inspiração e referência na enfermagem e na docência.

À professora Dr^a Lúcia por ter gentilmente aceitado o convite e contribuído para o crescimento desta pesquisa.

Aos amigos que fiz no GESTEC e do EDUSAUT pela oportunidade da convivência, aprendizado e parceria.

Ao meu “trio ternura” Isa e Thalita, amigas que o mestrado me presenteou, meu carinhoso agradecimento, respeito e aprendizado nessa agradável convivência.

A todos os colegas do Colégio da Polícia Militar Diva Portela de Feira de Santana, pelo apoio e torcida.

Aos amigos do curso de enfermagem UNIFAN/UNEF pela torcida, apoio, respeito e carinho.

Aos Professores do GESTEC pelo exemplo do compromisso científico.

Às Equipes da Saúde da Família, USF Alto do Papagaio I e II pelo acolhimento e apoio na proposta da pesquisa, durante todas as etapas decorridas.

Às famílias cuidadoras, pela receptividade com que aceitaram participar do estudo e pelas informações que compuseram este trabalho.

Enfim, a todos que fizeram parte destas páginas da minha trajetória. Obrigada!

LISTA DE TABELAS

Quadro 1	Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes, Feira de Santana-Ba, 2020.....	52
-----------------	--	----

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD – Atividade de Vida Diária
CAS - Comissão de Assuntos Sociais
CBO - Classificação Brasileira de Ocupações
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CNS - Conferência Nacional de Saúde
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
GESTEC - Gestão e Tecnologias Aplicadas a Educação
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM – Mini Exame do Estado Mental
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PAISI - Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNEB - Universidade do Estado da Bahia
USF – Unidade de Saúde da Família
VD – Visita Domiciliar

LIMA, Alcione Assunção Correia. Ações educativas como possível caminho para a melhoria da formação/capacitação do cuidador informal de pessoas idosas dependentes. Dissertação (Mestrado em Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação – GESTEC), da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Salvador – Bahia, 2021.

RESUMO

Resumo: As estratégias de educação em saúde têm sido mecanismos bastante efetivos e promissores no cuidado com a pessoa idosa dependente. O baixo custo agregado dos serviços, associado à reunião de responsáveis pelo cuidado, favorece a articulação de um trabalho educativo entre cuidador, paciente e família. Constitui-se como objetivo desta pesquisa discutir o possível papel de ações educativas voltadas a melhoria da formação/capacitação do cuidador informal de pessoas idosas dependentes. Como Metodologia, desenhou-se da seguinte forma: Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, realizado com 14 cuidadores domiciliares, de um universo total de 21. A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro a dezembro de 2020, através de entrevistas semiestruturadas aplicadas em visita domiciliar (VD), com observação simples. Os dados de caracterização sociodemográfica foram analisados pelo método de análise de conteúdo temático e interpretados à luz do referencial de Bardin. Os resultados revelaram que o papel do cuidador principal é predominantemente feminino, e que se faz necessário o fortalecimento da rede de apoio e proteção ao cuidador de pessoa idosa dependente, tendo em vista ser uma atividade que ainda perpassa o campo da invisibilidade social. Ressalta-se também a necessidade de estratégias de ações educativas para garantir orientações às pessoas que cuidam, considerando serem viáveis, de baixo custo e que envolvam os integrantes do processo do cuidado. No decorrer da pesquisa, desenvolvemos duas categorias temáticas: o cuidador informal da pessoa idosa dependente e a rede de apoio ao cuidador informal. Conclui-se, portanto, que o cuidador principal recebe apoio no núcleo familiar oriundo de ações solidárias advindas de outros familiares, no entanto, essa ajuda mostrou-se restritiva ao contexto da pandemia.

Palavras-chave: Cuidador familiar; Educação em saúde; Idoso frágil.

Abstract: Health education goals have been very effective and promising mechanisms in caring for a dependent elderly person. The low aggregate cost of services, associated with the meeting of those responsible for care, favors the articulation of an educational work between caregiver, patient and family. The objective of this research is to analyze the configuration of changes in the family dynamics of the informal caregiver of the dependent elderly person and to discuss how educational actions for these caregivers. As a Methodology, it was designed as follows: This is an exploratory study with a qualitative approach, carried out with 14 home caregivers, out of a total universe of 21. Data collection was carried out from September to December 2020, through of unstructured semi-structured applied in home visit (HV), with simple observation. The sociodemographic characterization data were arranged using the thematic content analysis method and interpreted in the light of Bardin's framework. The results revealed that the role of the primary caregiver is predominantly female, and that it is necessary to strengthen the support and protection network for caregivers of dependent elderly people, in view of being an activity that still permeates the field of social invisibility. It is also

worth mentioning the need for educational actions to ensure guidance to the people who care, considering them to be viable, low cost and involving the members of the care process. During the research, we developed two thematic categories: the informal caregiver of the elderly and the support network for the informal caregiver. It is concluded, therefore, that the primary caregiver receives support in the family nucleus arising from solidarity actions from other family members, however, this help is shown to be restrictive to the context of the pandemic.

Keywords: Family caregiver; Health education; Old man.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	QUESTÃO NORTEADORA	16
3	JUSTIFICATIVA	17
4	OBJETIVOS	18
4.1	OBJETIVO GERAL	18
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
5	REFERENCIAL TEÓRICO	19
	EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O ESTADO DA ARTE EM AÇÕES	
5.1	EDUCATIVAS	19
	O CUIDADOR DA PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA E AS AÇÕES	
5.2	EDUCATIVAS	24
	O CUIDADOR INFORMAL/FAMILIAR DA PESSOA IDOSA	
5.3	DEPENDENTE	28
6	RESULTADOS	30
6.1	ARTIGO 1 - O CUIDADOR DA PESSOA IDOSA: PROCESSO	
	EDUCATIVO OU FORMAÇÃO PARA O MERCADO?	31
6.2	ARTIGO 2 - AÇÕES EDUCATIVAS E DINÂMICA FAMILIAR DO	
	CUIDADOR DE PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES	44
6.3	CARTILHA	65
7	DISCUSSÃO GERAL	79
8	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	86

1 INTRODUÇÃO

A vida humana consubstancia-se em um processo contínuo em que as experiências vividas compõem a sua história e alimentam um processo existencial que possibilita facilitar a vivência na terra das gerações que se sucedem. Dessa forma, o ser humano, tal como os demais seres vivos, tem um ciclo vital relevante na construção da memória social: nasce, cresce, desenvolve-se, torna-se adulto, envelhece e morre. O envelhecimento, especialmente, tem marcado relevantes desafios não somente para a memória social, mas, principalmente, para registro documental histórico, bem como para o cuidado ideal com a pessoa idosa com dependência.

O fenômeno do crescimento da população idosa é apresentado através do censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no qual estima-se que, em 2025, um quinto da população será idosa, com a expectativa de vida em torno de 75, com estimativa para 2050 de dois bilhões de pessoas idosas no mundo vivendo, sobretudo, em países de média e baixa renda. (IBGE, 2017).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), o envelhecimento da população é fenômeno mundial, um dos maiores triunfos da humanidade, porém, apresenta diversos desafios a serem enfrentados pela sociedade. No século XXI, o envelhecimento aumentará as demandas sociais e econômicas em todo o mundo. Nesse sentido, percebe-se que a pessoa idosa e seus familiares não usufruem de políticas de atenção necessárias para essa fase da vida. (OMS,2005).

A população brasileira manteve a tendência de envelhecimento superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. O crescimento da população idosa nos últimos cinco anos se apresentou com 4,8 milhões de novos idosos que correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário apenas nesse intervalo de tempo. Desses dados, as mulheres representam 16,9 milhões (56,4%) e os homens, 13,3 milhões (43,6%) da população idosa atualmente (IBGE, 2017).

Observa-se em várias pesquisas sobre o fenômeno do envelhecimento, que a população idosa é a que mais cresce atualmente, tendo em vista, a mudança do cenário marcado pelo aumento da expectativa de vida e a redução das taxas de natalidade e mortalidade na maioria dos países do mundo. O Brasil se encontra entre os países em desenvolvimento com essa mudança significativa na pirâmide social-etária. De acordo com a pesquisa do IBGE, a população brasileira de pessoas idosas a partir de 60 anos cresceu de 9,8%, em 2005, para 14,3% em 2015. (BRASIL, 2016).

De acordo com o Estatuto do Idoso, artigo 1º, página 07, (Brasil, 2003), “Idoso é toda pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”. A criação desse estatuto possibilitou a regulamentação dos direitos da pessoa idosa, algo que era e ainda é bastante desrespeitado. Compreendemos, entretanto, que não basta criar as Leis, pois sua relevância não garante a aplicação, sendo necessário, portanto, que exista mobilização social do seguimento diretamente interessado em torno da sua efetividade, algo possível se considerarmos idosos com autonomia preservada.

Aponta-se que a pessoa idosa tem algumas particularidades como: doenças crônicas e fragilidades que geram mais custos aos serviços de saúde, alguns com menos recursos sociais e financeiros para auxiliar nos cuidados diversos. O processo de envelhecimento para algumas pessoas idosas, ainda que sem doenças crônicas, pode desenvolver algum déficit na capacidade funcional compreendendo que os cuidados realizados para essa população carecem de orientações específicas para a faixa etária em questão, diferente das que são realizadas para outros públicos. (VERAS, 2018).

Segundo a classificação da União Europeia (2003), caracteriza-se idoso “dependente” a pessoa com 60 anos ou mais que, pela redução ou falta de capacidade física ou cognitiva, tem necessidade de ajuda para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) ou Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), implicando na presença de, pelo menos, mais uma pessoa para exercer cuidado.

Considera-se como dependência física a incapacidade funcional, prática ou motora para realizar ABVD ou AIVD e, como dependência cognitiva considera-se a perda completa ou parcial da orientação no tempo, da memória, da atenção, da capacidade de realização de cálculo, da execução da linguagem e da capacidade visual. (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) foi instituída através da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.395, no ano de 1999, vislumbrando que o setor de saúde passasse a dispor de propósitos referentes à promoção do envelhecimento saudável, à preservação e/ou melhoria, ao máximo possível, da capacidade funcional dos idosos, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde daqueles que adoecem e à reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Contudo, na PNSI não existe um programa de governo que contemple a população idosa que precisa de cuidados diários, apesar de destacar a importância do cuidado necessário à pessoa idosa dependente. A garantia de cuidados aos longevos também é citada como necessidade de proteção constitucional garantida pela Constituição Federal (1988), Capítulo VII, Art. 230.

A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. § 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. (CF,1988).

Além da criação da PNSPI, o Ministério da Saúde (MS), através da publicação dos Cadernos de Atenção Básica nº 19/2006, delegou às famílias a responsabilidade pelo cuidado com a pessoa idosa, tendo como referência a equipe Saúde da Família, que além do acolhimento necessário deve reconhecer as necessidades de saúde da pessoa idosa com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades de vida diária AVD, que necessitem de atendimento em domicílio. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, Nº 19/2006).

Nesse sentido, compreende-se que os cuidados aos seres humanos são necessários, a fim de permitir a continuidade da vida das pessoas, dos grupos e das sociedades. Pressupõe-se assim que sua origem esteja relacionada a qualquer pessoa que ajude outra a ter garantida a manutenção da sua vida, e não a um ofício ou profissão. (COLLIÈRE, 1999).

Na concepção de Boff (2020), o sentido do cuidar vai além de um ofício, precisa de empatia e atitudes fundamentais que possibilitem a manutenção da vida: o cuidado e a compaixão. A essência do cuidado vai além de ensinamentos, da inteligência, da liberdade ou da criatividade. O ato de cuidar é fundamental à espécie humana, nele podemos identificar princípios, valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir.

Nessa ordem, pontua-se que o processo do cuidar vai além de técnicas e protocolos, considerando a importância da empatia nessa prática. Ressalta-se que se faz necessária a orientação de pessoas que prestam cuidados à pessoa idosa dependente com a finalidade de garantir qualidade na assistência, através de ações educativas para melhoria da autonomia das pessoas idosas, tendo em vista que se trata de uma orientação que faz parte do processo do cuidar, em que o foco principal não é necessariamente a doença e sim a pessoa,

A educação em saúde permite a transformação da realidade por meio da conscientização crítica dos indivíduos. Entende-se que, em um processo contínuo de interação, a postura de “escuta atenta” e abertura ao saber do outro garante a possibilidade de uma construção compartilhada do conhecimento e de formas de cuidado diferenciadas a partir dessa construção. Observa-se que a educação em saúde é uma ferramenta e instrumento de grande valia para promoção em prevenção em todos os níveis de atenção. (OLIVEIRA, 2011, p. 44).

Convém salientar que o processo de educação consiste também no acesso à informação devida para cuidadoras e cuidadores domiciliares, sobre como o cuidado deve ser realizado, na

perspectiva de mudanças do sujeito no processo do cuidar, na busca de melhorias de uma assistência qualificada à pessoa idosa dependente que vive em domicílio.

Nessa perspectiva, Freire (1987) afirma que a educação para a saúde é um processo que utiliza formas de aprendizagens que visam permitir aos indivíduos tomar decisões fundamentadas no processo ativo, crítico e transformador. Deve-se ter como intuito a construção do saber de modo coletivo e não apenas a transmissão de informações. Visa também contribuir para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade na qual estão inseridos.

Nesse contexto, percebemos que a PNSPI prevê o desenvolvimento de atividades educativas efetivas junto aos cuidadores informais/familiares de pessoas idosas dependentes como uma estratégia de baixo custo e que visa à melhoria da autonomia da pessoa idosa. Diversas são as finalidades das ações educativas, sejam elas: sensibilizar, orientar, esclarecer e promover mudanças de atitude em relação aos riscos para a pessoa idosa e para seu cuidador. Além disso, soma-se também a prevenção de doenças/complicações de doenças crônicas, por exemplo, bem como melhorar a reabilitação desse público, a fim de torná-lo mais autônomo e responsável pelo autocuidado.

2 QUESTÃO NORTEADORA

A aplicação de ações educativas pode produzir melhorias no processo formativo e na capacitação de cuidadores informais de pessoas idosas dependentes?

3 JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento desta pesquisa se justifica, dentre outros fatores de maior relevância, pelo meu interesse por esta área do conhecimento, desenvolvido ao longo da minha trajetória profissional, que me conduziu a um olhar especial para o cuidado com as pessoas idosas.

É incontestável que o crescimento da população acima de 60 anos, faixa etária que mais cresceu nas últimas décadas, tem aumentado na mesma proporção que as demandas por cuidados para pessoas idosas, considerando algumas particularidades desse público.

Nesse contexto, faz-se mister estudar de maneira contínua e aprofundada a temática do cuidado à saúde da pessoa idosa, na perspectiva de conhecer as possíveis práticas sobre preservação da autonomia deste público e como poderá contribuir para o desenvolvimento de políticas de cuidado e no atendimento qualificado, a fim de evitar doenças que afetam preferencialmente essa faixa etária.

Além de possuir relevância para a comunidade acadêmica e a sociedade em geral, um estudo desta natureza ajuda a verificar se os cuidadores de pessoas idosas dependentes desenvolvem os cuidados de maneira qualificada, se ampliam o conhecimento sobre seu envolvimento neste processo e quais as necessidades deste grupo, favorecendo, a partir dos resultados, as mudanças necessárias para a melhoria da qualificação e da capacitação desses indivíduos.

Com efeito, esse tema compreende a necessidade de melhoria na rede de atenção para as cuidadoras e os cuidadores da pessoa idosa, uma vez que é fundamental amparar essa população em seus diversos aspectos durante a assistência domiciliar, em especial àqueles de renda menor que se constituem como maioria, a fim de sugerir diretrizes necessárias para o cuidado da pessoa idosa dependente.

Diante do exposto, este estudo poderá produzir dados e/ou informações de grande valor, tanto para a comunidade científica voltada a essa temática quanto para os trabalhadores que atuam nesse eixo da atenção e, principalmente, para as pessoas idosas dependentes. Nesse sentido, o estudo pretende contribuir para a qualificação de cuidadores, de forma que invistam na melhoria da autonomia dos idosos dependentes, mantendo-os por mais tempo aptos a participar das decisões que afetam suas vidas e fortalecendo-os pelo aumento da percepção pessoal de que ainda são capazes.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Discutir o possível papel de ações educativas voltadas à melhoria da formação/capacitação do cuidador informal de pessoas idosas dependentes.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o processo formativo e o papel mercadológico relacionado aos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes;
- Averiguar as alterações nas dinâmicas familiares que influenciam o processo de cuidar do cuidador informal de pessoas idosas dependentes;
- Promover a educação em saúde enquanto elemento norteador para a melhoria da formação/capacitação do cuidador informal de pessoas idosas dependentes;
- Criar um guia de orientação, cartilha, para possibilitar orientações sobre cuidados básicos com a pessoa idosa dependente de cuidador familiar/informal.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O ESTADO DA ARTE EM AÇÕES EDUCATIVAS Segundo

a OMS (2016), a educação em saúde é entendida como sendo uma combinação de ações e experiências de aprendizado, planejadas com o intuito de habilitar as pessoas a obterem controle sobre fatores determinantes e comportamentos de saúde.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde define educação em saúde como processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. E ainda como um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores, a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. (BRASIL, 2006).

O termo educação em saúde vem sendo utilizado desde as primeiras décadas do século XX e para sua melhor compreensão é importante entender a história da saúde pública no Brasil. A partir da década de 1940, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) apresentou a expansão da medicina preventiva para algumas regiões do país, porém as estratégias de educação em saúde apresentadas naquela época de maneira autoritárias, tecnicistas e biologicistas viam e tratavam as classes populares como passivas e incapazes de iniciativas próprias (ALVES, AERTS, 2011).

As ações realizadas pelo Estado aconteciam por meio das chamadas campanhas sanitárias. Essas possibilidades de educação em saúde eram caracterizadas por ações verticais de caráter informativo, nas quais não se incluía uma análise crítica das condições de vida e de trabalho da população, e buscava desta maneira, tentar convencer a população sobre a forma “correta” de agir, bem como transformar hábitos de vida, colocando o indivíduo como o responsável pela sua saúde. (BORNSTEIN, *et al*, 2016).

Nesse tipo de educação, chamada por Paulo Freire de “educação bancária” (FREIRE, 1970, p. 67), o profissional de saúde é o detentor dos conhecimentos que devem ser transmitidos para receptores passivos do saber.

Alves e Aerts (2011) constataram que:

[...] com o apogeu do paradigma cartesiano e da medicina científica, as responsabilidades referentes às ações de educação em saúde foram divididas entre os trabalhadores da saúde e os da educação. Aos primeiros, cabia desenvolver os conhecimentos científicos capazes de intervir sobre a doença, diagnosticando-a e tratando-a o mais rapidamente possível. Ao educador, cabia

desenvolver ações educativas capazes de transformar comportamentos. Essa lógica, além de fragmentar o conhecimento, não levava em consideração os problemas cotidianos vivenciados pela população. (ALVES, AERTS, 2011, p. 319).

O termo educação e saúde, utilizado ainda hoje como sinônimo de educação em saúde, pode ter se originado dessa prática, indicando um paralelismo entre as duas áreas, com separação explícita dos seus instrumentos de trabalho: a educação ocupando-se dos métodos pedagógicos para transformar comportamentos e a saúde dos conhecimentos científicos capazes de intervir sobre as doenças. (VASCONCELOS, 2001).

A Lei 5.692/71, artigo 7º, legisla sobre a obrigatoriedade da inserção da Educação em Saúde nos processos de ensino e aprendizagem no Brasil, com a finalidade de estimular o conhecimento e a prática da saúde básica (MOHR; SCHALL, 1992). De acordo com a Base Nacional Comum Curricular (BNCC), é preciso que haja discussões no ambiente escolar sobre saúde na perspectiva de conhecer-se, apreciar-se e cuidar de sua saúde física e emocional, fundamentais para os estudantes, compreendendo a necessidade de articulação de projetos e planejamentos interdisciplinares de conteúdos relacionados tanto à saúde individual quanto coletiva. (BRASIL, 2018).

Destaca-se o Programa Saúde na Escola – PSE, criado pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 que objetiva contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Através desse programa possibilita-se discussões de ações preventivas para jovens em processo formativo, o que de fato poderá ajudar a sociedade a mudanças de comportamento/hábitos por meio de ações educativas. (BRASIL, 2007).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, debateu o “conceito ampliado” de saúde, ou seja, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, principalmente, resultado das formas de organização social, de produção, e que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1987).

Para Falkenberg, Mendes e Souza (2014), é imprescindível diferenciar a “educação em saúde” da “educação na saúde”. A primeira configura-se com a prática da educação popular em saúde, que valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico, enquanto a segunda remete à educação permanente em saúde de forma

a buscar, nas lacunas do conhecimento dos profissionais, ações direcionadas à qualidade dos processos de trabalho em saúde.

Nesse sentido, aponta-se a importância do processo de educação em saúde na prevenção de doenças e na melhoria da qualidade de vida das pessoas, em especial, das cuidadoras e cuidadores de pessoas idosas, através de orientações necessárias capazes de influenciar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes. Dessa forma, percebe-se também que a educação popular se apresenta como contribuição de diversas políticas públicas e com a construção de práticas sociais importantes para lograr êxito na constituição de experiências e práticas em diversos níveis de atenção, seja na atenção básica até a atenção terciária à saúde, na intenção de construir um agir em saúde que seja crítico, humanizado, participativo e inclusivo. (LIMA, *et al.*, 2020).

Nessa mesma trilha Freire (1967) acredita que é necessário compreender a educação em saúde como um potencial para as mudanças sociais e culturais. Esse método é discutido pelo mesmo autor como estratégia para educar principalmente adultos, necessitando que para o seu aprendizado sejam observadas a sua prática e a sua vivência e, dessa forma, possa criar um espaço de diálogo para a construção do conhecimento em conjunto, a partir das suas experiências.

Nessa esteira, Pedrosa (2021) afirma que para desenvolver a educação popular em saúde, é preciso considerar que é essencial tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior do educando, pois ao valorizar seus saberes e valores permite-se que ele se sinta à vontade e mantenha a sua iniciativa. Percebendo que a educação é, antes de tudo, um processo de revolução humana, reafirmamos que é através das pessoas envolvidas no contexto educativo, no caso da temática “cuidador e a pessoa idosa”, que se vislumbram mudanças de hábitos e de estilo de vida, a partir do aprendizado de práticas e orientações adequadas.

No início da década de 1970, surge o movimento da Reforma Sanitária que tinha como finalidade mudanças e transformações necessárias na área da saúde, sob a perspectiva da melhoria das condições de vida da população. A criação dessa Reforma surgiu através de profissionais da área de saúde preocupados com o serviço de saúde pública existente até então (PAIVA, TEIXEIRA, 2014). Pontua-se que esse movimento visou garantir a conservação da saúde pública em conjunto com as ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, tendo também o processo educativo como proposta de promoção da saúde dos indivíduos.

A proposta da Reforma Sanitária brasileira foi marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Vale a pena ressaltar que essa conquista teve como autores principais os trabalhadores da área da saúde, movimentos estudantis e a sociedade civil organizada. Após a criação da Constituição Federal de 1988, surgiu a necessidade de um Sistema Único de Saúde (SUS) que garantisse o acesso à saúde a todo o povo brasileiro por meio de ações educativas que permitissem o agir consciente diante de cada ação do cotidiano, criando assim um espaço para o aprimoramento de novos conhecimentos e práticas.

A Educação em Saúde interdisciplinar somente é efetiva quando praticada por profissionais capacitados para planejar e integrar todas as áreas que agregam esta política pública. Para sua instituição, é necessário não só planejamento estratégico com identificação dos problemas a serem enfrentados, das características do público, dos meios de comunicação adequados, mas também acompanhamento e avaliação. (SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2017).

É necessário lembrar que capacitações teóricas que utilizam somente palestras não são consideradas estratégia “seguras” para o cenário de ensino em Educação em Saúde, entendendo que em algumas situações e cenários a necessidade de atitudes dinâmicas e de metodologias ativas que possam envolver sujeitos de forma significativa e implicada com o compromisso social. (WEGNER *et al.*, 2016).

Torna-se essencial compreender que o SUS teve e tem um papel importante no processo de educação em saúde, considerando as diversas possibilidades de abordagem a serem realizadas dentro do seio familiar, na escola, no trabalho ou em qualquer outro espaço comunitário. Trata de um componente presente na Carta de Ottawa, que resgata a dimensão da Educação em Saúde, além de avançar com a ideia de empoderamento, o processo de capacitação como aquisição de conhecimentos e consciência política comunitária. (OMS, 2016).

Esclarecendo essa temática, Andrade (2001) afirma que a educação em saúde tradicional, inicialmente chamada de Educação Sanitária, surge no Brasil a partir da necessidade do Estado brasileiro de controlar as epidemias e as doenças infectocontagiosas que ameaçavam a economia agroexportadora do país durante a República Velha (1891-1930). Nesse período, a população brasileira era acometida, principalmente, por doenças infectocontagiosas que estavam relacionadas às precárias condições sanitárias e socioeconômicas em que se vivia naquele momento histórico. A história das políticas de saúde no Brasil está inserida no contexto da história do Estado brasileiro, com início no período colonial, pelo interesse em manter saudável a mão-de-obra. (BAPTISTA, 2005).

No período citado acima, a intenção das ações de saúde não era promover mudanças pela autonomia dos sujeitos nem mesmo por meio da educação, a visão que se tinha sobre as atividades educativas relacionava-se somente à capacidade de repasse de conhecimentos.

Complementando esse pensamento, Alves e Aerts (2011) afirmam que outras formas de educação em saúde eram caracterizadas por ações verticais de caráter informativo com o intuito de transformar hábitos de vida, colocando o indivíduo como o responsável pela sua saúde.

Nesse sentido, a educação em saúde como estratégia educativa tem como um dos pontos de partida a perspectiva que reconhece a micropolítica do trabalho em saúde (MERHY, 2007). Para esse pesquisador, o uso de diversas tecnologias pode estar envolvido no trabalho em saúde, enfocando aqui as tecnologias classificadas como leves, que se referem àquelas relacionadas à produção de vínculo, à autonomização, ao acolhimento e à gestão como forma de governar processos de trabalho. Nesse aspecto, a proposta do uso de tecnologias em saúde aparece como estratégia fundamental do processo educativo para o cuidador que realiza as demandas dos cuidados da pessoa idosa dependente.

Corroborando com essa ideia, Freire afirma que:

[...] se pretendemos a libertação dos homens, não podemos começar por aliená-los ou mantê-los alienados. A libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma coisa que se deposite nos homens. Não é uma palavra a mais, oca, mistificante. É práxis, que implica na ação e na reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo. (FREIRE, 1987, p.57).

Nesse horizonte, Santana (2009), compreende que a educação é o caminho para ampliar a capacidade reflexiva do sujeito diante da realidade na qual está inserido, contribuindo para aumentar sua participação e comprometimento na procura por solução dos problemas individuais e coletivos, especificamente, da saúde.

Para Silva, Carvalho e Carvalho (2015), um leque de tecnologias educativas, em educação e saúde, nas suas mais variadas modalidades, revela que o cumprimento efetivo de objetivos voltados para a absorção da ideia pela população, depende de ações educacionais permeadas e necessárias para que o cuidador tenha capacidade de realizar suas ações de saúde com eficácia.

Pela sua complexidade, “a saúde deve ser compreendida em seus múltiplos aspectos. Ela nunca será redutível a qualquer de suas dimensões, seja ela biológica, psicológica, individual ou coletiva, objetiva ou subjetiva” [...] e seu estudo exige construtos “não mais referenciados à

epistemologia positivista, analítica, e sim, a partir de uma perspectiva transdisciplinar, totalizante”. (BATISTELLA, 2007, p. 79).

De acordo com Shiratori *et al* (2004), para a realização das ações educativas efetivas é preciso evitar visões simplistas e limitadas de formação dos cidadãos. Assim, essa concepção implica moldagem de massa amorfa capaz de se transformar somente por meio de informações, conteúdos e teorias, como algo externo ao sujeito.

Nesse pensamento, Morosini, Fonseca e Pereira (2009) apontam a pedagogia freiriana, que concebe o processo ensino-aprendizagem como uma troca, um processo dialógico entre educador e educando, que ocorre numa realidade vivida.

O conhecimento advém da reflexão crítica sobre essa realidade, construindo-se, ao mesmo tempo em que o homem vai se constituindo e se posicionando como um ser histórico. [...] não cabem relações verticais entre educador e educando, ou a transferência de conhecimentos e a normatização de hábitos, que marcaram o pensamento hegemônico da educação sanitária no século passado e que ainda hoje estão presentes nas práticas educativas em saúde (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2009, p. 1).

O *Expert Committee on Planning and Evaluation of Health Education Services* (Comitê de Especialistas em Planejamento e Avaliação dos Serviços de Educação em Saúde) pontua que:

O foco da educação em saúde está voltado para a população e para a ação. De uma forma geral, seus objetivos são encorajar as pessoas a: a) adotar e manter padrões de vida saudáveis; b) usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição, e c) tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente. (MACHADO e SILVA, 2009, p.7).

Para uma educação em saúde efetiva é importante frisar que a escuta do sujeito é necessária, tendo em vista vê-lo sujeito do cuidado. Em uma prática de cuidado reflexiva entre quem cuida e quem é cuidado, ambos se tornam conhecedores sensíveis de seus desejos e podem nesse ato se colocar um no lugar do outro (OLIVEIRA, 2011), possibilitando ensinamentos através de vínculos que podem proporcionar confiança e acolhimento entre os participantes dessa prática.

5.2 O CUIDADOR DA PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA E AS AÇÕES EDUCATIVAS

No Brasil, o desafio para este século é oferecer suporte de qualidade de vida para uma população com mais de 32 milhões de pessoas idosas, na sua maioria de nível socioeconômico e educacional baixo e com alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. (RAMOS, 2003).

Com o envelhecimento, a pessoa idosa pode apresentar comprometimento nas suas atividades de vida diária demandando assim a necessidade de um cuidador que o auxilie nas atividades cotidianas, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. Nesse sentido, intitula-se como cuidador a pessoa responsável por auxiliar um indivíduo, facilitando o exercício de suas atividades de vida diária, tais como alimentação, higiene, acompanhamento junto aos serviços de saúde, oferecimento de medicações, dentre outras atividades em que o indivíduo apresentar limitações e necessitar de auxílio. (BRASÍLIA, 2008).

Com o processo de envelhecimento, a presença de declínio funcional relaciona-se com a perda de autonomia e de independência, limitando a capacidade de autocuidado, comprometendo a qualidade de vida e gerando relações de dependência que interferem nos processos de interação social do idoso. Assim sendo, as maiores adversidades de saúde associadas ao envelhecimento são a incapacidade funcional e a dependência, que acarretam restrição/perda de habilidades ou dificuldade/incapacidade de executar funções e atividades relacionadas à vida diária. O processo incapacitante acontece pelas limitações físicas e cognitivas que, conseqüentemente, corresponderá à evolução de condições crônicas determinadas por inúmeros indicadores específicos, entre eles a presença de déficits físicos e cognitivos. (GUIMARÃES, 2004), (FREITAS *et al.*, 2006).

Com o processo de envelhecimento populacional e o aumento da incidência das doenças crônicas não transmissíveis, de déficit cognitivo e prejuízo da capacidade funcional, a dependência de cuidados domiciliares torna-se progressiva, constituindo-se em um importante problema de saúde pública. Nesse sentido, Barbosa, Resck e Dázio (2012) e Seima, Lenardt e Caldas (2014), descrevem que é preciso oferecer condições adequadas, como infraestrutura e suporte, para que a família exerça o papel de cuidar de idosos dependentes de forma apropriada.

Conceitualmente, o envelhecimento é processo fisiológico, dinâmico e progressivo, no qual estão envolvidos múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos e sociais que podem variar individualmente. Dessa forma, o idoso necessita não somente de cuidados diários individuais, mas também de atenção da sociedade. (MOREIRA *et al.*, 2016).

Consideram-se relevantes as pesquisas realizadas no Brasil que apontam que, na maioria das vezes, a família é quem assume o papel de cuidar do seu idoso, geralmente, essa cuidadora ou cuidador é representada (o) por algum parente, amigo ou até mesmo vizinho que desenvolve essa prática sem remuneração. O que ainda persiste, conjugando-se com as leis e políticas públicas, é que, embora a família assume seu papel como instituição social e tente suprir o cuidado usando seus próprios recursos, não conta com suporte institucional para dar conta de tamanha responsabilidade. (VIEIRA, FIALHO, FREITAS, JORGE, 2011).

A atividade de cuidar quando assumida por familiares, geralmente, é realizada por um único membro da família, que tem que dividir essa nova função com outras obrigações que já lhe eram designadas (PERRACINI e NERI, 2012). Assim sendo, faz-se necessário entender o envelhecimento de maneira ampliada pensando em capacitar as pessoas que cuidarão de idosos dependentes.

Alerta-se que, no Brasil, ainda não há uma política pública de saúde voltada para este público que, por vezes, se torna apenas uma figura mediadora entre o idoso cuidado e a equipe de saúde e que, embora o tema seja bem explorado no país, ainda há lacunas no que se refere ao manejo da equipe de saúde ao cuidador de idosos frágeis. (MOURA *et al.*, 2019).

Neste sentido, é necessário e urgente buscar a implantação de atividades educativas voltadas para grupos de cuidadores, através da construção de estratégias efetivas, visto que se torna possível investigar e realizar os diagnósticos situacionais e o enfrentamento adotados pelo cuidador para, a partir da troca de experiência, subsidiar o empoderamento coletivo. (CARNEIRO *et al.*, 2017).

Percebe-se na literatura que o processo de cuidar se apresenta com aspectos positivos e negativos. Nos aspectos positivos, destacam-se o amor em cuidar do próximo, juntamente com a satisfação com a vida e o bem-estar em satisfazer as necessidades do dependente. Porém, nem sempre os familiares estão preparados para assumir tal responsabilidade, surgindo assim os aspectos negativos, tais como estresse, ansiedade. (SOUZA *et al.*, 2015).

A atividade de cuidar atribuída aos cuidadores domiciliares se caracteriza por muitas dúvidas, medo, angústia, estresse e falta de apoio. Nesse sentido, compreendendo que as ações educativas efetivas fornecem benefícios através de conhecimento correto acerca de entendimentos necessários para a pessoa idosa e de seu cuidador, é *mister* destacar que essas atividades devam estar ligadas à promoção, manutenção e recuperação da saúde da pessoa idosa como perspectiva da assistência qualificada (MARTINS, 2007). O cenário atual se apresenta como desafio para essa população - o idoso fragilizado, que depende de cuidados

de outras pessoas e do seu cuidador, que não têm aparato técnico e legal para orientar sobre algumas causas e consequências desse processo.

Nesse sentido, destaca-se o Parecer Técnico de nº 582, de 17 de julho de 2018, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que prevê a normatização da atuação do (a) enfermeiro (a) nos cursos de formação de Cuidadores de Idosos. Esse parecer determina que é responsabilidade do (a) enfermeiro(a) ministrar conteúdos relacionados a aspectos gerais da saúde, conforto, higiene, educação e promoção da saúde. A normativa proíbe que os (as) enfermeiros (as) ensinem práticas de enfermagem que exijam a aplicação de conhecimentos técnicos-científicos, tanto em aulas teóricas como em atividades de estágios em cursos que visem à formação de cuidadores.

Buscando afirmar a importância da formação do cuidador através de ações educativas efetivas, Conceição (2010) destaca a necessidade de orientações aos cuidadores, especialmente, pela demanda crescente por causa do envelhecimento populacional. Dessa forma, tem-se em vista que existe a escassez de atividades profissionais de orientação/capacitação dos cuidadores informais que, geralmente, se orientam por meio de conhecimentos obtidos de forma isolada em sua prática cotidiana, com base em erros e acertos.

No âmbito domiciliar, o (a) enfermeiro (a) se caracteriza por ser o profissional dotado de conhecimento e habilidades que objetivam a educação profissional dos cuidadores familiares, além de desempenhar uma função primordial na orientação dos pacientes que recebem a assistência destes profissionais bem como de seus familiares. (BARROS, NASCIMENTO, GONÇALVES, 2020).

Outro fator importante de se observar, segundo Martins (2007), é o modelo assistencial existente, tendo em vista o privilégio das ações curativas centradas na atenção médica, desconsiderando o papel ativo que o sujeito cuidador pode desempenhar. Assim sendo, Baltor *et al.* (2013), afirma que o cuidador entende que os profissionais de saúde veem a família como a principal executora dos cuidados necessários a um ente doente.

Nessa esteira, a possibilidade da elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas, somada à decorrência de pluripatogenia (evidência de mais de uma doença concomitante) e à carência de respostas mais coerentes dos sistemas de saúde, uma vez que estes, de acordo com Mendes (2019), são as respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população que tornam fundamental não só o aumento do número de cuidadores de idosos, mas vinculam esse crescimento à necessidade de capacitação desses indivíduos, sejam eles profissionais ou não.

Para Gordilho *et al.*, (2001 p. 138), “é importante considerar que as necessidades de saúde das pessoas idosas requerem uma atenção específica que pode evitar altos custos para o

Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas”. Nesse sentido, o papel das ações educativas em saúde visa melhorar a confiança dos cuidadores da pessoa idosa através de práticas preventivas na perspectiva da autonomia.

Na visão de Sevalho (2018, p. 80), o conhecimento assim produzido na Educação Popular em Saúde permite que os profissionais se aproximem das “condições e experiências de vida” da população. As condições de vida são determinantes da situação social à qual está submetida a população, e as experiências de vida dizem respeito às formas de “apropriação da realidade” e “possibilidades de ação sobre ela”. Assim sendo, acredita-se que a experiência de cada sujeito, bem como sua condição de vida se caracterizam para alguns cenários de vulnerabilidade, fragilidade da população e a capacidade para o enfrentamento dos imprevistos.

Loureiro e Fernandes (2015) consideram a importância das estratégias que utilizam o diálogo com informações educativas entre profissionais de saúde e familiares cuidadores como um suporte necessário para a assistência de qualidade e a manutenção do bem-estar do próprio cuidador.

Evidencia-se, a partir dessa premissa, que se faz necessário ampliar o conhecimento sobre o indivíduo cuidador de pessoas idosas, desde suas características educacionais até suas capacitações profissionais para exercer algo de tamanha responsabilidade, de maneira competente e adequada para esse público. O familiar vivencia a sobrecarga física, emocional e socioeconômica, tornando fundamental o treinamento adequado para que ele se torne mais seguro e preparado para assumir as responsabilidades no cuidado do familiar dependente. (CALDAS, 2004).

5.3 O CUIDADOR INFORMAL/FAMILIAR DA PESSOA IDOSA DEPENDENTE

O termo “cuidador” é definido como alguém que cuida, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida (SOUZA, 2014). A literatura científica nacional e internacional aponta por meio de dados pesquisados no Brasil a partir de autores como Minayo e Figueiredo (2018) que há pelo menos dois grupos emocionalmente diferentes de cuidadores familiares: (1) os que conseguem manter uma perspectiva positiva sobre o cuidado e desfrutar sentimentos de gratidão pelo familiar a quem assistem, tratando sua tarefa como uma missão existencial; e (2) os que experimentam altos níveis de estresse e de desgaste pessoal, vivências emocionais negativas, dinâmicas relacionais disfuncionais e falta de apoio de outros familiares, da sociedade e do poder público.

Atribui-se a responsabilidade de cuidar de seus membros aos familiares, entretanto, é esperado que a pessoa que irá assumir a tarefa esteja em boas condições de saúde para exercer a função e que esta obtenha suporte social para que sua saúde seja mantida, representando, assim, um desafio aos profissionais de saúde. (MEDEIROS, PINTO, BOUSQUAT, MEDINA, 2017).

No âmbito social da saúde, o cuidado é uma ciência praticada em instituições por profissionais especializados, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outros. No contexto familiar, o cuidado pode ser realizado de duas formas: por um cuidador formal, contratado pela família para auxiliar um membro enfermo ou por uma pessoa da família, o cuidador informal/familiar, que comumente fica responsável pelos cuidados diretos, como medicação, alimentação, acompanhamento regular às consultas médicas, fornecimento de suporte social e financeiro. (KEBBE RÔSE, FIORATI, CARRETTA, 2014).

A designação do cuidador informal resulta de uma dinâmica, embora possa parecer que esse processo atenda certas regras fundamentadas em quatro fatores: 1. parentesco (em sua maioria, os cônjuges); 2. gênero (predominantemente a mulher); 3. proximidade física (quem convive com o idoso); e 4. proximidade afetiva (estabelecida pela relação conjugal e pela relação entre pais e filhos). (DIOGO, CEOLIM, CINTRA, 2005).

Na conjuntura familiar, o papel do cuidador é assumido, em muitos casos, por uma única pessoa, que se denomina cuidador principal. Assim, pode-se dizer que há uma predeterminação de quem será o cuidador, uma vez que existe uma expectativa social/cultural para que seja a mulher a assumir esse papel, visto que cuidar da família e realizar tarefas domésticas são funções tidas como “naturalmente” femininas. (SILVA, SANTANA, 2014).

Acredita-se, ao se reportar ao gênero, que, culturalmente, esta tarefa ainda é atribuída à mulher, contudo, na maioria das vezes, elas exerciam jornadas fora do domicílio, cuidavam do lar e dos filhos e, para elas, assumir tal compromisso sem o auxílio da família pode ter como consequência a sobrecarga de trabalho, podendo resultar em maiores impactos para a sua saúde. (MOURA, SOUSA, PEREIRA, 2019).

Cuidar de uma pessoa dependente faz com que o estilo de vida do cuidador seja modificado em função das necessidades do outro. Independentemente do fato de aquele que cuida ser uma pessoa jovem ou idosa, suas atividades de lazer e convívio social acabam sendo anuladas; há a sensação de não se ter autonomia para gerenciar a própria vida e de ter que viver em função do outro. (MANOEL *et al.*, 2013).

O processo do cuidar é complexo e requer tempo e dedicação por parte do cuidador. Tamanho esforço e responsabilidade fazem com que surjam adversidades temporais, uma vez

que o cuidador deixa de realizar suas atividades diárias, de cunho pessoal, tal qual o cuidado de si, inclusive as atividades laborais, para se dedicar inteiramente ao cuidado com a pessoa idosa. (SCALCO *et al.*, 2013).

Desse modo, os cuidadores apontam que perdem a liberdade até mesmo em relação aos outros familiares, ou seja, quanto mais o doente necessita de cuidados ou se sente sozinho, mais o cuidador tende a ficar “isolado” no domicílio; conseqüentemente, mais distante fica de seus outros familiares e do contexto social, alterando suas oportunidades de lazer e seus hábitos diários. (FERNANDES, 2009).

6 RESULTADOS

Esta pesquisa se apresenta no formato multipaper seguindo diretrizes que orientam o desenvolvimento da pesquisa nesse formato, expressa nos documentos do Programa de Pós-graduação em Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação (GESTEC). Nesta seção, estão descritos os resultados obtidos a saber: 2 artigos científicos e 1 cartilha.

O primeiro artigo corresponde a um estudo teórico sobre o ofício da atividade do cuidador da pessoa idosa. Do ponto de vista metodológico, trata-se de uma pesquisa com sustentação teórica em referências das áreas, a partir de seleção de bibliografias que discutem o trabalho em uma perspectiva de valor de uso, onde não se valora pela troca e sim pela relevância na produção e sustentação da existência das famílias em uma relação afetiva, ancestral e familiar, bem como bibliografias que avaliam o trabalho como uma mercadoria que efetiva comparações e trocas em relação a outras alternativas socioprodutivas. Isso se dá com articulações interdisciplinares a partir das temáticas envolvidas em que o próprio trabalho assume a centralidade das discussões. Espera-se, ao final, inferir uma compreensão com base nas reflexões e práticas dos profissionais de saúde que acompanham o cuidado em relação à pessoa idosa, sobre qual configuração o cuidado com o(a) idoso(a) tem mais se aproximado, se de um processo educativo e solidário de trabalho que apenas produz “valor de uso” ou de uma tendência mercadológica em que o cuidado com a pessoa idosa se posta como um serviço, guardadas as suas devidas atenções.

Na sequência, o segundo artigo, em processo de aprovação, apresenta os resultados da pesquisa de campo, além da discussão desses dados obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas aplicadas ao cuidador de pessoas idosas dependentes, objetivando analisar a

configuração das alterações nas dinâmicas familiares do cuidador informal da pessoa idosa dependente e discutir as ações educativas para esses cuidadores.

Para além dos artigos científicos ora produzidos, destaca-se também que estas ações estão articuladas com a criação de uma cartilha, em processo de aprovação, para cuidadoras e cuidadores de pessoas idosas dependentes, a fim de garantir o acesso a informações sobre cuidados em domicílio.

6.1. ARTIGO 1 – O CUIDADOR DE PESSOA IDOSA: PROCESSO EDUCATIVO OU FORMAÇÃO PARA O MERCADO?

Universidade Federal da Grande Dourados

O CUIDADOR DA PESSOA IDOSA: PROCESSO EDUCATIVO OU FORMAÇÃO PARA O MERCADO?

THE CARE OF ELDERLY PEOPLE: EDUCATIONAL PROCESS OR TRAINING FOR THE MARKET?

EL CUIDADOR DE PERSONAS MAYORES: ¿PROCESO EDUCATIVO O FORMACIÓN PARA EL MERCADO?

Alicione Assunção Correia Lima¹

Programa de Pós-graduação em Gestão e Tecnologia Aplicadas
à Educação- GESTEC- Universidade do Estado da Bahia-UNEB-BA-Brasil. E-mail:
alicioneassuncao@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3815-3083>

Fernando Luis de Queiroz Carvalho²

Programa de Pós-graduação em Gestão e Tecnologia Aplicadas
à Educação- GESTEC- Universidade do Estado da Bahia-UNEB-BA-Brasil.
E-mail: fcarvalho@uneb.br
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1997-2881>

José Raimundo Oliveira Lima³

Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial –
PLANTER-Universidade Estadual de Feira de Santana
(UEFS)-Feira de Santana-BA-Brasil.
E-mail: zenimundo@uefs.br
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3646-307x>

Resumo: As estratégias de educação em saúde têm sido mecanismos bastante efetivos e promissores no cuidado com a pessoa idosa, cuja base é a articulação de um trabalho educativo entre cuidador, paciente e família. Este estudo objetiva discutir o ofício de cuidador da pessoa idosa no desenvolvimento de suas habilidades frente às novas relações de trabalho, bem como as configurações mercadológicas em que o cuidado com o outro passa assumir um “valor de troca” ou define-se num trabalho como outro qualquer oferecido no mercado. Trata-se de um estudo de campo, exploratório, de caráter qualitativo, realizado no município de Feira de Santana-BA, cuja população estima-se em 591.707 habitantes e a população idosa corresponde a 8,7%, conforme censo do IBGE (2010). Espera-se contribuir para a reflexão sobre as práticas do profissional “cuidador de pessoas idosas”, cuja função tem se aproximado

¹ Mestranda em Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação pela Universidade do Estado da Bahia.

² Prof. Dr. Titular da Universidade do Estado da Bahia.

³ Prof. Dr. Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana.

de uma tendência mercadológica, caracterizando-se como um serviço, uma mercadoria como outra qualquer, um valor de troca.

Palavras-chave: Pessoa idosa. Saúde e educação. Mercado de trabalho.

Abstract: Health education strategies have been very effective and promising mechanisms in caring for the elderly, whose basis is the articulation of an educational work between caregiver, patient and family. This study aims to discuss the profession of caregiver of the elderly in the development of their skills in the face of new work relationships, as well as the market configurations in which the care for others starts to assume an “exchange value” or is defined in a job any other offered on the market. This is a qualitative, exploratory field study carried out in the municipality of Feira de Santana-BA, whose population is estimated at 591.707 inhabitants and the elderly population corresponds to 8.7%, according to the IBGE census (2010). It is expected to contribute to the reflection on the practices of the professional “caregiver of elderly people”, whose function has been approaching a market trend, characterized as a service, a commodity like any other, an exchange value.

Keywords: Caregiver of the elderly. Health education. Work process.

Resumen: Las estrategias de educación en salud han sido mecanismos muy efectivos y prometedores en el cuidado del anciano, cuya base es la articulación de una labor educativa entre cuidador, paciente y familia. Este estudio tiene como objetivo discutir la profesión de cuidador de personas mayores en el desarrollo de sus habilidades ante las nuevas relaciones laborales, así como las configuraciones de mercado en las que el cuidado de los demás comienza a asumir un “valor de cambio” o se define en un puesto de trabajo como cualquier otro ofrecido en el mercado. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio de campo realizado en el municipio de Feira de Santana-BA, cuya población se estima en 591.707 habitantes y la población anciana corresponde al 8,7%, según el censo del IBGE (2010). Se espera contribuir a la reflexión sobre las prácticas del profesional “cuidador de personas mayores”, cuya función ha ido acercándose a una tendencia de mercado, caracterizada como un servicio, una mercancía como cualquier otra, un valor de cambio.

Palabras Clave: Mayor. Salud y educación. Mercado de trabajo.

Data de recebimento: 27/08/2020

Data de aprovação: 20/12/2020

1 - INTRODUÇÃO

Ontologicamente, o homem sempre foi responsável pela produção da sua existência material ou pela reprodução da vida. Neste particular, seu dispêndio de energia física ou intelectual configura-se como trabalho que tem assumido, ao longo dessa história, formatos diversos. Entretanto, esses formatos têm se consubstanciado em duas posições fundamentais: uma, enquanto se compreende o trabalho como um processo educativo e político, em que suas reflexões e orientações determinam uma dimensão em sua vida; outra, quando somos formados por outros, para compor um mercado de trabalho, que passa a ser avaliado a partir das dimensões de vida social livre, atendendo às determinações de mercado, enquanto ente subjetivo, em que tanto os ofertantes quanto os demandantes do trabalho o compreendem como uma mercadoria qualquer.

Nesse contexto, na concepção de Marx (1994), no processo de trabalho, a ação do homem diante da natureza opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de mercadorias, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Assim, consideram-se três elementos componentes do processo de trabalho: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, em geral assumindo um formato de mercadoria; o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que a ele se aplica, e os instrumentos ou meios do trabalho, os recursos sobre os quais se adquire o direito de dominar e até mercantilizar o trabalho do outro.

Com efeito, é relevante ressaltar que o processo de trabalho e seus componentes constituem categorias de análise, portanto abstrações teóricas por meio das quais é possível abordar e compreender certos aspectos da realidade objetiva, do mundo material. No caso desta pesquisa, os processos educativos de trabalho que formam, naturalmente, o cuidador de idoso numa perspectiva de educação em saúde ou das práticas das escolas. Essas instituições conseguem formar trabalhadores que fazem do cuidado, habilidade inerente e solidária em respeito ao outro, um serviço administrado e/ou vendido no mercado por entidades ou empresas que se tornam, ao longo do processo histórico, instrumento de modificação e posse sobre o trabalho, como um produto qualquer que se leva ao mercado.

Assim, diante do exposto, faz-se a seguinte indagação: o cuidador da pessoa idosa nasce partir de um processo educativo solidário com “valor de uso” ou de uma formação específica para o mercado? Responder a essa indagação não é tarefa fácil, entretanto, pretende-se discorrer nesta pesquisa como tem se desenvolvido o trabalho do cuidador de idosos e, a partir de então, fazer reflexões e/ou inferências. Tem-se, dessa forma, como propósito nesta pesquisa discutir o ofício de cuidador da pessoa idosa no desenvolvimento de suas habilidades frente às novas relações de trabalho, bem como as configurações mercadológicas em que o cuidado com o outro passa assumir um “valor de troca” ou define-se num trabalho qualquer oferecido no mercado.

Metodologicamente, trata-se de um estudo teórico com sustentação em referências das áreas, com articulações interdisciplinares a partir das temáticas envolvidas em que o próprio trabalho assume a centralidade das discussões. Espera-se, ao final, inferir uma compreensão com base nas reflexões e práticas dos profissionais de saúde que acompanham o

cuidado em relação à pessoa idosa, sobre qual configuração o cuidado com o (a) idoso (a) tem mais se aproximado, se de um processo educativo e solidário de trabalho que apenas produz “valor de uso” ou de uma tendência mercadológica em que o cuidado como a pessoa idosa posta-se como um serviço, guardadas as suas devidas atenções.

2 - O CUIDADO COM A PESSOA IDOSA COMO UM ELEMENTO FORMATIVO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As estratégias de educação em saúde têm sido mecanismos bastante efetivos e promissores no cuidado com a pessoa idosa, seja pelo baixo custo agregado dos serviços, tendo em vista que se devem reunir responsáveis pelo cuidado, cuja base é a articulação de um trabalho educativo entre cuidador, paciente e família, seja pela atenção humanizada que se empreende às famílias e pacientes fragilizados com doenças de longa duração ou progressivas. Essas duas situações podem ser valoradas ou não, a depender de como se utilizam as habilidades em relação ao trabalho que se despende enquanto cuidador (BENJUMEA, 2004).

Nessa perspectiva, Freire (1987), afirma que a educação para a saúde é um processo que utiliza formas de aprendizagem que visam permitir aos indivíduos tomar decisões fundamentadas num processo ativo, crítico e transformador. Tem como intuito construir o saber de modo coletivo e não apenas transmitir informações, nem vislumbrar resultados onerosos para quem cuida. Visa também contribuir para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade na qual estão inseridos sem ter, necessariamente, interesses onerosos envolvidos.

Dessa forma, o processo de educação consiste também na perspectiva de mudanças do sujeito do processo, o cuidador, na busca de melhorias de um cuidado qualificado com a pessoa idosa dependente que vive em domicílio. Nessa esteira, já se vislumbra a possibilidade de um processo formativo de trabalho.

Assim, segundo o Estatuto do Idoso, artigo 1º, “Idoso é toda pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”. (BRASIL, 2003, p.7). A criação desse estatuto possibilitou a regulamentação dos direitos da pessoa idosa, algo que era e ainda é bastante desrespeitado. Compreendemos, entretanto, que não basta criar as Leis, pois sua relevância não garante aplicação. É preciso haver uma mobilidade social do seguimento diretamente interessado em torno da sua efetividade.

Durante o processo de envelhecimento, a pessoa idosa vivencia situações diversas de fragilidades específicas da faixa etária, marcado por várias modificações anatômicas, fisiológicas, psicológicas que devem ser compreendidas por pessoas que atuam diretamente no cuidar, ou seja, em geral, formadas para isso. Nesse contexto, o conjunto das alterações necessitam de cuidado humanizado, sistematizado e individualizado para cada pessoa idosa dependente de cuidador.

O presente estudo vislumbra dar continuidade e aprofundar conhecimentos adquiridos nas nossas experiências sobre a temática do cuidado da saúde da pessoa idosa, na perspectiva de conhecer os possíveis impactos sobre preservação da autonomia de pessoas idosas dependentes, a partir das estratégias educativas junto aos cuidadores, buscando contribuir

com a formação de pesquisadores e subsidiar ações e políticas de cuidado sistematizado e com atendimento qualificado a este grupo populacional (GOLDIN, 2002). Além disso, pretender-se discutir essa formação enquanto uma perspectiva de trabalho que ora se utiliza sem valor de uso, ora é levado ao mercado e produz valor de troca.

Entretanto, para além dessas discussões, destaca-se a sua relevância para a comunidade acadêmica e para a sociedade em geral, uma vez que permite verificar se os cuidadores de pessoas idosas dependentes desenvolvem os cuidados de maneira qualificada e se, conhecendo mais sobre seu envolvimento neste processo, bem como sobre as necessidades deste grupo, pode, a partir dos resultados, possibilitar mudanças necessárias, tais como uma formação mais profissional e socialmente valorizada.

Socialmente, é visível a necessidade de criação da rede de atenção para os cuidadores da pessoa idosa, uma vez que é fundamental assistir essa população que vem crescendo em seus diversos aspectos, durante a assistência domiciliar, a fim de proporcionar diretrizes para o cuidado necessário à pessoa idosa dependente de cuidados, enquanto um ambiente de conhecimentos e saberes articulados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a educação em saúde é entendida como sendo uma combinação de ações e experiências de aprendizado planejada com o intuito de habilitar as pessoas a obterem controle sobre fatores determinantes e comportamentos de saúde.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde define educação em saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores, a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009. p. 22).

Reconhecendo que a educação é, antes de tudo, um processo de promoção humana, reafirmamos que é através das pessoas envolvidas no contexto educativo que se vislumbra mudança de hábitos e estilo de vida, a partir do aprendizado de práticas e orientações adequadas. De forma específica, nesse diálogo entre educação e saúde, está a relevância desta proposta no sentido de compreender que a educação em saúde, quando realizada permanentemente, se configura como mudança de hábitos e transformação no estilo de vida do indivíduo, de maneira que o mesmo passa a cuidar de si e, conseqüentemente, mudar o meio em que vive.

No entanto, para os limites da presente proposta, o processo de educação em saúde é de grande importância na prevenção de doenças e na melhoria da qualidade de vida das pessoas através das orientações necessárias capazes de influenciar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes. No entendimento de Vasconcelos (2001), o termo educação em saúde vem sendo utilizado desde as primeiras décadas do século XX e, para sua melhor compreensão, um breve histórico sobre a saúde pública no Brasil contribui para esclarecer esse ponto.

Segundo Andrade (2001), a educação em saúde tradicional, inicialmente chamada de Educação Sanitária, surge no Brasil a partir da necessidade de o Estado brasileiro controlar as epidemias de doenças infectocontagiosas que ameaçavam a economia agroexportadora do país durante a República Velha (1891-1930). Nesse período, a população brasileira era acometida por doenças que estavam relacionadas às precárias condições sanitárias e socioeconômicas em que se vivia.

Nesse sentido, a educação em saúde como estratégia educativa tem como um dos pontos de partida a perspectiva que reconhece a micropolítica do trabalho em saúde. (MERHY, 2007). Para tal pesquisador, diversas tecnologias podem estar envolvidas no trabalho em saúde, como as leves, que se referem às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. Assim sendo, a proposta do uso de tecnologias em saúde representa uma estratégia fundamental de processo educativo para o cuidador realizador das demandas dos cuidados da pessoa idosa dependente.

Para Girondi (2011), a educação em saúde é entendida como prática para a transformação dos modos de vida dos indivíduos e da coletividade e, conseqüentemente, para promover qualidade de vida e saúde. Portanto, faz-se necessário conhecer as estratégias de educação em saúde que estão sendo utilizadas para melhorar a assistência às pessoas idosas dependentes, a fim de identificar determinadas lacunas acerca do envelhecimento, como a carência de estudos sobre as atividades realizadas nos serviços de saúde que respondam às necessidades dos idosos e visem à promoção da saúde.

O envelhecimento da população é apontado como um dos problemas cruciais do século XXI. (CABRAL et al., 2013). As alterações demográficas e o aumento da esperança média de vida da população impõem diversos desafios aos indivíduos e à sociedade, traduzindo-se, a nível individual, no aumento da longevidade, e a nível coletivo, nas mudanças e deficiências das relações sociais e familiares, bem como pelas implicações econômicas. (POCINHO, 2014).

O crescimento da população idosa é um fenômeno de abrangência mundial. Estudos demográficos sobre essa temática evidenciam um expressivo crescimento da população acima dos 60 anos, e as projeções para o ano de 2050 sugerem que haverá um total de, aproximadamente, dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, sendo que 80% dessas pessoas se encontrarão nos países em desenvolvimento. (BRASIL, 2006).

Assim, a possibilidade da elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas somada à decorrência de pluripatogenia (evidência de mais de uma doença concomitante) e à carência de respostas mais coerentes dos sistemas de saúde, uma vez que estes, de acordo com Mendes (2010), são as respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) – Portaria do Ministério da Saúde nº 1.395, de 1999, instrumento de que o setor saúde passa a dispor, tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a preservação e/ou a melhoria, ao máximo possível, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional

restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. (GORDILHO et al, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (2007), uma grande parcela de profissionais da área da saúde e cuidadores sem esclarecimentos enfrentam a dúvida do que fazer, bem como do tipo de apoio que necessitam para enfrentar as patologias decorrentes do processo de envelhecimento. Em se tratando de doença neurológica crônico-degenerativa, traz consigo dúvidas em relação ao manejo do doente, afetando aspectos de ordem pessoal, emocional, financeira e social do paciente e seus familiares.

O que se percebe é que as demandas dos cuidados da pessoa idosa são diversas, tendo em vista algumas particularidades desse público, esses cuidados incluem uma assistência qualificada por parte do cuidador que convive em seus lares e envolve até os familiares. Netto (1996) afirma que cuidar é o ato de assistir alguém ou prestar-lhe serviços quando necessita. É uma atividade complexa, com dimensões éticas, psicológicas, sociais e demográficas e que também tem seus aspectos clínicos, técnicos e comunitários.

Sabemos que existem Leis no Brasil que têm por finalidade proteger a pessoa idosa, bem como garantir sua participação na comunidade, além de defender sua dignidade, zelar pelo seu bem-estar e garantir o direito à vida. Entretanto, é percebido que o sistema terapêutico para essa população é deficitário, uma vez que a população citada depende em algum momento de cuidados de outras pessoas.

Nesse sentido, é necessário reunir ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, cuidado precoce e reabilitação de agravos através de uma Rede de Cuidado, capacitação de pessoas que prestam cuidados à pessoa idosa com a finalidade de garantir qualidade na assistência, tendo em vista que se trata da articulação de cuidados que fazem parte de um processo em que o foco principal não é, necessariamente, a doença e sim a pessoa, através de proteção para melhoria do sofrimento vivido.

Sendo assim, justifica-se a necessidade de criação de Curso de Capacitação para os cuidadores da pessoa idosa dependente, uma vez que é fundamental assistir a essa população em seus diversos aspectos durante a assistência domiciliar, a fim de proporcionar diretrizes para o cuidado necessário à pessoa idosa dependente de cuidados, tendo em vista que sempre fazem parte da rotina do cuidador a assistência geral da saúde, o conforto, a higiene, a educação e a promoção da saúde.

Dessa forma, surge a necessidade de articular capacitações, orientações, oficinas para os cuidadores sobre a necessidade de cuidados direcionados à pessoa idosa dependente. Espera-se que essas ações possibilitem reflexão para melhoria dessa forma de cuidado, além de permitir conhecer os desafios enfrentados durante a realização do cuidado à pessoa idosa e elaborar um estudo junto ao processo de gestão do trabalho com o cuidador, visando o controle das ações de cuidado qualificado.

Assim, acreditamos que este estudo possa promover ou possibilitar mudanças positivas nas estratégias de saúde/educação para os cuidados com a pessoa idosa dependente por meio da transformação das práticas de cuidados relacionadas aos aspectos gerais da saúde, conforto, higiene, educação e promoção à saúde através do cuidado qualificado. Além disso,

torna-se necessário mobilizar a discussão em torno do contexto das classes hospitalares e domiciliares; promover a discussão da educação para a saúde em todas as áreas possíveis da sociedade, bem como sensibilizar as instituições públicas e privadas competentes e os meios de comunicação, sobre a necessidade de projetos que incentivem a educação para uma sociedade mais saudável.

Diante desse contexto, a assistência à pessoa idosa dependente deve ser vista para além da solidariedade das pessoas e das famílias, embora essas continuem sendo as bases necessárias da sensibilidade humana em relação ao outro, consubstanciando-se em uma relação de trabalho em que seja levada em conta a formação, as habilidades, os custos formativos, as diretrizes legais regulatórias e as políticas públicas. Além disso, é imprescindível a observância do Estado enquanto uma dimensão evada de perspectiva para políticas públicas, em que pese o cuidado, enquanto serviço de saúde que possa ser executado, seja nos domicílios, seja nos empreendimentos de saúde públicos ou particulares a bem da população idosa.

3 - METODOLOGIA

A metodologia consiste no caminho que define uma lógica de raciocínio que possibilita compreender a forma científica a partir da qual a pesquisa é elaborada sob a égide de determinados critérios (GIL, 1999). Ainda segundo o mesmo autor, os procedimentos metodológicos se valem de instrumentos diversos como levantamentos bibliográficos de referência da área para sustentação teórica da pesquisa, levantamento de dados e informações nos ambientes que arquivam e guardam prontuários dos procedimentos, bem como entrevistas semiestruturadas, além de outros procedimentos que se fizerem necessários no decorrer do processo de pesquisa. Assim, este trabalho consiste, em parte, das discussões que gerarem nossa proposta de pesquisa para o acesso ao Programa de Pós-Graduação GESTEC, embora esse tenha sido apenas um dos objetivos apontados na pesquisa inicial.

Trata-se, portanto, de um estudo de campo, exploratório, de caráter qualitativo. Nesse tipo de estudo, o pesquisador procura entender os fenômenos e compreender o significado das coisas segundo a perspectiva dos participantes e da situação estudada e, a partir daí, situa sua interpretação dos fenômenos estudados. (TURATO, 2005).

O campo do estudo define-se no município de Feira de Santana-BA, localizado a 110 km da capital Salvador. Considerada a segunda maior cidade do Estado da Bahia/Brasil com uma área territorial 1.363 km² e uma população estimada de 591.707 habitantes, sendo 8,7% a população de idosos, conforme censo IBGE (2011).

A Secretaria Municipal de Saúde, através da Atenção Básica, dispõe de 132 equipes atuando nas Unidades de Saúde da Família (USF). Esta pesquisa vem sendo desenvolvida no bairro Santo Antônio dos Prazeres no município de Feira de Santana, Bahia, onde constam duas equipes de Saúde da Família, que atuam desde 2003. As equipes têm 2.008 (dois mil e oito) famílias cadastradas, com uma média de 380 idosos (as) acompanhados (as) e, aproximadamente, 12 idosos (as) acamados (as) e domiciliados (as).

4 - ANÁLISES E RESULTADOS

A vida humana consubstancia-se em um processo contínuo em que as experiências vividas compõem a sua história e alimenta um processo existencial que possibilita facilitar a vivência das gerações que se sucedem. Dessa forma, o ser humano tal como os demais seres vivos tem um ciclo vital relevante na construção da memória social: nascem, crescem, desenvolvem-se, tornam-se adultos, envelhecem e morrem. O envelhecimento, especialmente, tem marcado relevantes desafios não somente para a memória social, mas, principalmente, para registros, estudos e pesquisas sobre a evolução e vida da pessoa idosa. O envelhecimento populacional é um fenômeno global.

Essa mudança demográfica é consequência do acentuado declínio na taxa de fertilidade e do aumento da expectativa de vida observados, principalmente, a partir de meados do século XX (LIMA, 2011), fato que vem se projetando a passos largos.

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, Censo 2010), ao longo dos últimos 50 anos, a população brasileira quase triplicou: passou de 70 milhões, em 1960, para 190,7 milhões, em 2010. O crescimento do número de idosos, no entanto, foi ainda maior. Em 1960, 3,3 milhões de brasileiros tinham 60 anos ou mais e representavam 4,7% da população. Em 2000, 14,5 milhões, ou seja, 8,5% dos brasileiros estavam nessa faixa etária. Na última década, o salto foi grande, e em 2010, a representação passou para 10,8% da população (20,5 milhões).

Com a mudança no perfil demográfico da população, há um crescimento considerável na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DNTs). O Ministério da Saúde afirma que as doenças crônicas tendem a se manifestar de forma mais expressiva nas pessoas idosas, podendo comprometer de forma significativa a qualidade de vida dessas, além de ser responsável pelas principais causas de morbimortalidade nessa população (BRASIL, 2006).

No processo do cuidar, identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações que demandam um reto agir (BOFF, 2000). Neste sentido, a ação de saúde focada na lógica da produção do cuidado traduz-se no processo baseado nos problemas, nas necessidades e na qualidade de vida dos usuários, pois além de produzir os procedimentos associados direcionam também a atenção nas relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento, e na cor-responsabilização do usuário no cuidado. (MATSUMOTO, 2012). Daí a necessidade da sistematização organizada do cuidado individualizado, em especial, na emergente assistência à pessoa idosa.

Compreendendo que os cuidados aos seres humanos são necessários, a fim de permitir a continuidade da vida das pessoas, dos grupos e das sociedades, pressupõe-se que sua origem esteja relacionada a qualquer pessoa que ajude outra a ter garantida a manutenção da sua vida e não a um ofício ou profissão (COLLIÈRE, 1999).

Essa pesquisa tem um relevo especial pelo crescimento da população acima dos 60 anos, sendo a faixa etária que mais cresce nas últimas décadas, e por saber que as demandas dos cuidados da pessoa idosa são diversas, tendo em vista algumas particularidades desse público. Esse processo de cuidar salta do acolhimento pessoal e familiar para uma

necessidade formativa como um processo de trabalho, cuja dinâmica e habilidades precisam ser desenvolvidas a partir de uma medida social necessária em trabalho despendido em favor do estado ou de outros usuários.

Nesse contexto, durante nossa experiência de três anos na referência do idoso, após registrar uma média de 30 visitas a pessoas idosas acamadas, pudemos observar que dentre todos os casos de visitas, apenas um se apresentava dentro do protocolo do cuidado, enquanto procedimento formativo de trabalho, seja para o cuidador seja para a pessoa idosa.

Com efeito, esse tema aponta para a necessidade de criação da rede de atenção para os cuidadores da pessoa idosa, uma vez que é fundamental assistir essa população em seus diversos aspectos durante a assistência domiciliar, em especial, aqueles de renda menor que se constituem na sua maioria, a fim de proporcionar diretrizes para o cuidado necessário à pessoa idosa dependente de cuidados, tendo em vista, que sempre fazem parte da rotina do cuidador os cuidados gerais da saúde, conforto, higiene, alimentação, educação e promoção da saúde.

A ocupação de cuidador de pessoas idosas e dependentes integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, 2017), um documento que retrata a realidade das profissões do mercado de trabalho brasileiro, como um profissional que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. (CBO, 2017).

A profissão de Cuidador de Idosos, Crianças, Pessoa com Deficiência e Doenças Raras foi regulamentada e a proposta Projeto Lei da Câmara (PLC 11/2016) aprovada no dia 07 de fevereiro de 2018, pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS), visando criar empregos e garantir os direitos trabalhistas da categoria. Essa regulamentação estabelece que a atividade deve ser exercida por pessoas com o ensino fundamental, com curso de qualificação na área, além de idade mínima de 18 anos, bons antecedentes criminais e atestados de aptidão física e mental. Entre as atribuições, o cuidador deve buscar a autonomia e a independência e zelar pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal e recreação da pessoa que acompanha e dá assistência.

De acordo com o Projeto de Lei do Senado (PLS) 284/11, cuidador de idoso é o profissional que, no âmbito domiciliar ou de instituição de longa permanência para idosos, desempenha funções de acompanhamento, como a prestação de apoio emocional e na convivência social do idoso; o auxílio e o acompanhamento na realização de rotinas de higiene pessoal e ambiental e de nutrição; os cuidados de saúde preventivos, a administração de medicamentos de rotina e outros procedimentos de saúde; e o auxílio e o acompanhamento no deslocamento do idoso.

Reconhecendo que o Parecer Técnico de nº 582, de 17 de julho de 2018, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), normatiza a atuação do (a) enfermeiro (a) nos cursos de formação de Cuidadores de Idosos, esse parecer determina que cabe ao (a) enfermeiro (a) ministrar conteúdos relacionados a aspectos gerais da saúde, conforto, higiene, educação e promoção da saúde. A normativa proíbe que os (as) enfermeiros (as) ensinem práticas de

enfermagem que exijam a aplicação de conhecimentos técnicos-científicos, tanto em aulas teóricas como em atividade de estágios em cursos que visem a formação de cuidadores.

Percebe-se que a função do cuidador da pessoa idosa é de acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, por meio de orientações gerais da saúde, conforto, higiene, educação e promoção da saúde, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha, além de exercer seu trabalho com conhecimentos adequados e específicos na perspectiva de garantir cuidados especiais com segurança.

É preciso, sobretudo, entender que o trabalho realizado pelo cuidador é caracterizado como trabalho necessário para a sobrevivência desse indivíduo que carece de cuidados diários e para isso é importante ressaltar as demandas desses cuidadores que têm sua atividade como principal fonte de renda e/ou motivação financeira.

É fundamental compreender também que cuidar se trata de uma tarefa nobre, porém complexa, percebida em alguns momentos com déficit no conhecimento da terapêutica e manejo especializados.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das discussões, reflexões e inferências proporcionadas por esta pesquisa, passamos a vislumbrar o cuidador da pessoa idosa não só como uma “pessoa” de compromisso individual ou coletivo resultante de um processo educativo solidário que traz em seu bojo não apenas “valor de uso” enquanto um trabalho ou ajuda desinteressada de remunerações ou promoções que não produz efeitos mercadológicos, porque as pessoas executam sem troca equivalente a um benefício qualquer.

Por outro lado, entretanto, observamos que a formação específica se torna cada vez mais necessária, o que acaba produzindo algo de valor mediado pela sociedade ou pelo mercado, com remunerações variadas designadas pelo nível de formação que se aloca em cada pessoa ou profissional cuidador.

A problematização sobre essa sensível profissão tão necessária não é uma questão das mais simples, entretanto, infere-se que o trabalho do cuidador de idosos ou o ofício de cuidador de idoso tem se desenvolvido com base nas habilidades de um contexto de amplas dimensões possibilitadas nas relações de trabalho, cuja dinâmica se observa nas configurações mercadológicas em que até mesmo a solidariedade das relações não consegue dar conta do cuidado com o outro. Paradoxalmente, o trabalho com o idoso formatado enquanto mercadoria, passa a assumir um valor de troca ou um trabalho como outro qualquer oferecido no mercado.

É mister que não se tem a pretensão de resolver discussões de tal relevância apenas com esta pesquisa, entretanto, espera-se contribuir para uma compreensão com base nas reflexões e práticas dos profissionais de saúde que acompanham o cuidado em relação ao idoso. Além de entender que o cuidado com a pessoa idosa tem cada vez mais se aproximado de uma tendência mercadológica que se configura como um serviço, guardadas as suas devidas atenções, uma mercadoria (serviço) como outra qualquer, um valor de troca.

6 - REFERÊNCIAS

ANDRADE, O. M. de. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento**. São Paulo -Sobral: Editora Hucitec: Edições Uva, 2001.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html.

BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1 de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 3 Out 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Portaria do Ministério da Saúde nº 1.395 de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília (DF); 2007. (Cadernos de Atenção Básica; 19). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: MS; 2006.

BRASÍLIA. **Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal – PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 284, DE 2011** - Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso. Brasília-DF OS: 12400/2011.

BENJUMEA C. C. Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, 2004 janeiro-março; 13(1): 137-46.

CABRAL. M. V. et al. **Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES. **Ministério do Trabalho**, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen nº 582/2018**. Veda a participação do Enfermeiro no ensino de práticas de Enfermagem que exija aplicação de conhecimentos técnico científicos em atividades de formação de Cuidador de Idosos. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-582-2018_64391.html>. Acesso em 28 jan. 2019.

COLLIÈRE MF. **Promover a vida: da prática da mulher de virtude aos cuidados de enfermagem.** 4a ed. Coimbra (Po): Ledil; 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GIRONDI, J.B.R.; SANTOS, S.M.A. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2011; 32(2):378-384.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDIN, JR. Bioética e envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

GORDILHO A, et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** Rio de Janeiro (RJ): UnATI/UERJ; 2000.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios. Resultados do Universo.** Rio de Janeiro, 2011.

LIMA, Costa, M.F. **Estudo de Coorte de Idosos de Bambuí (1997-2008).** Cad. Saúde Pública, 27(Sup 3): S324-S325. Rio de Janeiro (RJ), 2011. Recuperado em 20 junho, 2019, de: http://www.scielo.org/pdf/csp/v27s3/pt_01.pdf.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos.** São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30.

MARX, K. **O Capital.** 14. Ed. São Paulo: Difel, 1994. V.I.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15, 2010. Recuperado em 20 junho, 2019.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2007.

NETTO, M.P. **Gerontologia.** Editora Atheneu. São Paulo, 1996.

POCINHO, Ricardo, S. P. **Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal.** Tese de doutoramento em Psicogerontologia. Universitat de València, 2014.

TURATO, E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de estudo.** Rev. Saúde Pública. V. 39, n3. 2005, p 507-514.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde.** 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2010.

BOFF, Leonardo. O Cuidar e o ser cuidado na prática dos operadores de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2020; 25 (2): 392-392. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.31002019>.

BRASIL. **Lei Nº. 10.741 de 01 de outubro de 2003**, que aprova o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: 2004.

CAMARANO, Ana Amélia. **Cuidados para a população idosa: demandas e perspectivas**. 2017. Pdf. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9934.\[3+](http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9934.[3+).

CARDOSO, Giovana Peres; DAMACENO Daniela Garcia; ALARCON Mirian Fernanda Sanches, MARIN Maria José Sanches. Care needs of the elderly who live alone: an intersectoral perception. **Rev Rene**. 2020;21:e44395. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202144395>. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene>.

CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos; OLIVEIRA, Nair Isabel Lapenta de. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicologia-USP**. 2002; 13(1): 133-50. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100007.

DIOGO, Maria José D'Elboux; CEOLIM, Maria Filomena; CINTRA, Fernanda Aparecida. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, 2005- 39 (1). São Paulo: 97-102. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/coisasdezebrom/orientacoes.pdf>.

FALKENBERG Mirian Benites; MENDES, Thaís de Paula Lima; MORAIS, Eliane Pedrozo de; SOUZA, Elza Maria de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência saúde coletiva** [Internet]. vol.19 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.

FERNÁNDEZ. Maria Beatriz; HERRERA, Maria Soledade; El efecto del cuidado informal en la salud de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes en Chile. **Rev Med Chile**. vol.148 no.1 Santiago ene. 2020.148: 30-36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000100030>.

FERREIRA, Camila Rafael., Isaac, Letícia; Ximenes, Vanessa Santiago. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 108-125, abr. 2018. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/26832>.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Editora Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1967.

GIOVANELLA, Lígia; ALMEIDA Patty Fidelis de. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Caderno de Saúde Pública** 2017 [online]. 2017, vol.33, suppl.2, e00118816. Epub Oct 02, 2017. ISSN 1678-4464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00118816>.

KOBAYASI Dieyeni Yuki; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; FHON, Jack Roberto Silva; SILVA, Luípa Micheke; SOUZA, Ana Carolina de; CHAYAMITI, Emília Maria Campos. Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. **Av Enferm** [2019]; 37(2):140-148. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n2.73044>.

KULUSKI, Kerry; PECKHAM, Allie; GILL, Ashlinder; ARNEJA, Jaslen; MORTON-CHANG Francis; PARSONS, John; WONG-CORNALL, Cecília; MCKILLOP, Ann; UPSHUR, Ross Eg; SHERIDAN, Nicolle. **“You’ve got to look after yourself, to be able to look after them” a qualitative study of the unmet needs of caregivers of community based primary health care patients.** *BMC Geriatrics*, 2018; 18(1):e275.

LIMA-COSTA Maria Fernanda; MAMBRINI, Juliana Vaz de Melo; PEIXOTO, Sergio Viana, MALTA, Deborah Carvalho; MACINKO James. Socioeconomic inequalities in activities of daily living limitations and in the provision of informal and formal care for non institutionalized older Brazilians: National Health Survey, 2013. **International Journal of Equity in Health**. 2016; 15(1):137-145. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18050>.

LIMA-COSTA Maria Fernanda; PEIXOTO, Sergio Viana; MALTA, Deborah Carvalho; SZWARCOWALD, Celia Landmann; MAMBRINI, Juliana Vaz de Melo. Informal and paid care for Brazilian older adults (National Health Survey, 2013). **Revista de Saúde Pública**. 2017; 1(51): Epub June 01, 2017.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. F.; GUERRA, Henrique L.; BARRETO, Sandhi M.; GUIMARÃES, Renato Maia. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 9, n.1, p. 23-41, 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732000000100003>.

LINS Ana Elizabeth dos Santos; ROSAS, Carola; NERI, Anita Liberalesso. Satisfaction with family relations and support according to elderly persons caring for elderly relatives. **Rev Bras Geriatr Gerontol** [Internet]. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170177>.

LOSADA, Andrez.; MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, Maria.; KNIGHT, Bob G.; YANGUAS, José Javier; SAYEGH, Philip; ROMERO-MORENO, Rosa. **Psychosocial factors and caregivers’ distress: Effects of familism and dysfunctional thoughts.** *Aging & Mental Health*. 2010; 14(2), 193–202.

LOUREIRO, Lucrecia Helena; DIOGO, M.A.; Mendes, Thabata Braga; MACHADO Flávio Vaz; MARCELLINI, Paulo Sérgio; TONINI Teresa. O trabalho e a formação do agente comunitário de saúde. **Revista Práxis**. 2017; 9(17): 103-111.

MAIA, Juliana Moreira *et al.* Perfil dos cuidadores de idosos de uma instituição de longa permanência de Imperatriz - MA. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 43-54, 2018.

MENDES, Glauciane; MIRANDA, Sílvia Mara; BIRGES, Maria Marta Marques de Castro; Saúde do cuidador de Idosos: Um desafio para o cuidado. **Enfermagem Integrada**. 2010. 3 (1), pp. 408-419.

MENDEZ-LUCK, Carolin A.; Anthony Katherine P.; Guerrero Lourdes R.; Burden and Bad Days among Mexican-Origin Women Caregivers. **The Journals of Gerontology: Series B**. 2019. Available from: doi:10.1093/geronb/gbz102.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CORREA, Mariele Rodrigues. **Cuidado e cuidadores: Estudo situacional sobre idosos dependentes e seus cuidadores familiares**. 1ª edição – Novembro, 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(1):7-15, 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2019; 24 (1): 247- 252.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Porto Alegre (RS): Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; 2003.

MOREIRA, Márcia Duarte; CALDAS Célia Pereira. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**. 2007; 11(3): 520-5.

NERI, Anita Liberalesso, SOMMERHALDER Cinara. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. *In*: NERI, Anita Liberalesso (Ed.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. 3ª ed. Campinas: Alínea; 2012.

OLIVEIRA, Nathalia Alves de; SOUZA, Erica Nestor; LUCHESI Bruna Moretti; INOUE Keika; PAVARINI, Sofia Cristina Lost; Stress and optimism of elderlies who are caregivers for elderlies and live with children. **Rev Bras Enferm**. 2017;70(4):697-703. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0088>.

PEREIRA. Mirliana Ramire; MORALES, Roselin Aguilera; FERRADA, Carla Salamenca; CUERVO, Catalina Salgado; SILVA, Constanza San Martín; DÍAZ, Claudia Segura. Mayores cuidando mayores: sus percepciones desde una mirada integral. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, Vol. 7, nº 2 - Diciembre 2018 - ISSN: 1688-8375 ISSN en línea: 2393-6606.

RABELO, Dóris Firmino; LIBERALESSO, Neri Anita The emotional complexity of intergenerational relationships and elderly mental health. **Pensando Famílias**, 2015;18(1);138-53. Portuguese.

SILVA, Taís Lacerda; SOARES, Amanda Nathale; LACERDA, Gislene Aparecida; MESQUITA, Juliana Fonseca de Oliveira; SILVEIRA, Daniela Costa. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Saúde Debate. 2020; 44 (124):58-69.

SONG Yajun; SÖRENSEN, Silvia; YAN. Elsie C.W. Family support and preparation for future care needs among urban Chinese baby boomers. *The Journals of Gerontology: Series B*, Volume 73, Issue 6, September 2018, Pages 1066–1076. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw062>.

SOUSA, Girliane Silva de; SILVA; Raimunda Magalhães da; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; SOARES, Sônia Maria; GUTIERREZ, Denise Machado Duran; FIGUEREDO, Maria do Livramento Fortes. "We are humans after all": Family caregivers' experience of caring for dependnt older adults in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(1):27-36, 2021.

TAMDEE, Decha; TAMDEE, Patrapan; GREINER, Chieko; BOOCHIANG, Waraporn; Okamoto Nahoko; ISOWA, Tokiko. *Conditions of caring for the elderly and family caregiver stress in Chiang Mai, Thailand*. **Journal of Health Research** 2019; 33(2):138-150. Disponível em: <http://www.lib.kobe-u.ac.jp/repository/90007255.pdf>.

WALDOW. Vera Regina. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Editora Vozes; 2006.

XIE, Hui; CHENG, Cheng; TAO, Yisheng; ZHANG, Jie; ROBERT, Delprino; JIA, Jia; SU, Yonggang. Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. **Health Qual Life Outcomes** [Internet] 2016. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-016-0504-9> 4.