

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

GRAZIELA FÉLIX CORNÉLIO

CARACTERIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS CUIDADORES
FORMAIS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA
IDOSOS DE BOTUCATU-SP

BOTUCATU

2010

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

GRAZIELA FÉLIX CORNÉLIO

CARACTERIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS CUIDADORES
FORMAIS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA
IDOSOS DE BOTUCATU-SP

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem –
Mestrado Profissional
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP
Orientadora: Profa. Dra. Ilda de Godoy

Botucatu
2010

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

Cornélio, Graziela Félix.

Caracterização da educação em saúde dos cuidadores formais em
Instituições de longa permanência para idosos de Botucatu-SP /
Graziela Félix Cornélio. - Botucatu, 2010

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu,
Universidade Estadual Paulista, 2010

Orientador: Ilda de Godoy

Capes: 40406008

1. Enfermagem. 2. Educação permanente. 3. Idosos – Assistência
em instituições.

Palavras-chave: Cuidadores formais; Educação em saúde; Instituições
de longa permanência para idosos.

Aos meus pais, Irenilda Félix de Oliveira e, em especial, Washington Cornélio (in memory) que necessitou de cuidados especiais nos momentos de maior fragilidade da sua vida, motivando assim o interesse por este estudo.



***Aos demais familiares queridos,
Ao meu amado companheiro, Márcio Albino Dias e família,
Dedico este trabalho com amor e carinho.***

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e coragem para desenvolver esta pesquisa.

À Profa. Dra Ilda de Godoy pela orientação cuidadosa e paciente em todas as fases do desenvolvimento deste estudo, transmitindo-me confiança para a concretização desta conquista.

Aos demais professores do Departamento de Enfermagem que transmitiram bons ensinamentos e que contribuíram de alguma forma para este estudo; em especial, Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes, Regina Célia Popim, Heloisa Wey Berti e Cristina Maria Garcia de Lima Parada.

Ao Prof. Dr., Paulo José Forte Villas Boas, pela atenção dispensada e imensa colaboração neste trabalho.

A Eloisa Elena Paschoalinotte, pela grandiosa colaboração e ajuda de forma atenciosa e paciente, principalmente na análise estatística.

Ao tradutor Carlos Pantoni, pela colaboração.

A Bibliotecária Rosemary Cristina da Silva, pela revisão das referências.

A Enfa Rosana Cristina de Lara Marins Minharro e demais membros da equipe da Vigilância Sanitária de Botucatu, pelas informações disponibilizadas importantes para este estudo.

Aos profissionais do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) de Botucatu-SP e a Enfa Giselle Carreira Destro, pelas indicações de referências relacionadas à Saúde do Trabalhador.

Aos meus colegas de Mestrado, pelo companheirismo, pela convivência harmoniosa durante o curso, pelas angústias compartilhadas; em especial, Mariana Cristina Augusto, eterna amiga, pela colaboração no desenvolvimento deste trabalho e apoio durante todas as etapas.

A secretária da Pós-Graduação Aline Parada, pelas informações prestadas de forma eficiente.

A Enfa, amiga e colega Eloisa Schincariol e equipe de saúde da Policlínica Jardim Cristina, pelo incentivo e pela compreensão da necessidade de ausências no serviço para a dedicação a este estudo.

À equipe de saúde da Policlínica CSI da qual fiz parte e tenho grandes amizades, recebendo também apoio nesta trajetória.

Aos cuidadores e profissionais que participaram desta pesquisa, pelo tempo e pela atenção dispensada.

Aos demais amigos e familiares que compreenderam a importância deste projeto de vida.

Ao meu pai que motivou este estudo...

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

“Não se envelhece enquanto temos o que buscar

Jean Rostand

*“É verdadeiramente velho o homem que pára de
aprender, quer tenha 20 ou 80 anos”*

Henry Ford

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	9
1 – INTRODUÇÃO.....	12
2 – OBJETIVOS.....	22
2.1 – Gerais.....	22
2.2 – Específicos.....	22
3 – MÉTODO.....	23
3.1 – Tipo de estudo.....	23
3.2 – Local de estudo.....	23
3.3 – População.....	23
3.4 – Coleta de dados.....	23
3.4.1 – Instrumentos.....	23
3.4.2 – Procedimentos.....	25
3.5 – Análise de dados.....	26
3.6- Considerações éticas.....	27
4 – RESULTADOS.....	28
4.1 – RESPONSÁVEIS E COORDENADORES.....	30
Características gerais dos responsáveis e coordenadores.....	30
Processo de gerenciamento de recursos humanos.....	31
Assistência ao idoso.....	35
Dificuldades e necessidades quanto ao gerenciamento de recursos.	38
4.2 – CUIDADORES.....	41
Caracterização geral dos cuidadores.....	41
Percepção sobre o idoso.....	46
Processo de cuidar.....	47
Conhecimentos quanto à assistência ao idoso.....	49
5 – DISCUSSÃO	53
6 – CONCLUSÕES	70
7 – REFERÊNCIAS.....	73
ANEXOS.....	82
APÊNDICES.....	84

APRESENTAÇÃO

O interesse por este tema surgiu pela minha trajetória tanto profissional quanto pessoal.

Simpatizei pela área de Saúde do Idoso durante a Graduação de Enfermagem, sendo meu trabalho de conclusão de curso relacionado à área.

Depois de formada, trabalhei por um curto período em uma instituição particular de idosos na minha cidade natal onde percebi a importância do preparo dos cuidadores para atender às necessidades dos abrigados.

Posteriormente, vivenciei uma situação muito difícil: meu querido pai foi vítima de Alzheimer, doença que comprometeu toda a sua autonomia e independência. No estágio avançado, devido à falta de condições físicas e emocionais de minha mãe assim como à falta de disponibilidade tanto minha (residindo em outra cidade) quanto do(s) meu(s) irmão(s) para cuidarmos dele por trabalharmos, tivemos que optar pela penosa decisão de institucionalizá-lo. Difícil escolha que fizemos, buscando referências do melhor lugar possível, sendo a opção uma instituição onde o horário de visita era livre e minha mãe quase que diariamente frequentava o local. Eu, em situações de folgas prolongadas ou férias também acompanhava dia a dia a evolução do meu pai e ainda orientava e desempenhava junto às cuidadoras os cuidados necessários como banho, curativo, aspiração, dentre outros. E cada dia era uma perda e a condição de meu pai exigiu cuidados especiais até sua triste perda total.

Dessa forma, novamente percebi a importância de preparo dos cuidadores para assistir os idosos, atendendo tanto às necessidades físicas quanto psicossociais, considerando o processo de envelhecimento e as doenças crônico-degenerativas comuns nesta faixa etária.

Além disso, como especialista em Enfermagem do Trabalho, preocupo-me também com a qualidade de vida do trabalhador, ou seja, o autocuidado do cuidador.

Por último, trabalhando atualmente em Saúde Pública, noto a extrema relevância da educação em saúde, sendo que neste trabalho direciono a atenção aos cuidadores das instituições de idosos em Botucatu-SP a partir do levantamento de suas necessidades e dificuldades para o cuidado.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi caracterizar a educação em saúde dos cuidadores formais em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) de Botucatu-SP. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal realizado em nove ILPIs cadastradas pela Vigilância Sanitária, sendo entrevistados 43 cuidadores, os responsáveis técnicos e coordenadores dessas instituições. Foram aplicadas questões técnicas para analisar o conhecimento dos cuidadores quanto à assistência ao idoso e também a Escala de Katz para avaliar o nível de dependência dos idosos abrigados para a realização das atividades da vida diária. A maioria dos cuidadores possuía o 2º grau completo, mas 34,9% apresentavam 1º grau incompleto. Além disso, 58,1% tinham formação na área da saúde e 9,3% realizaram cursos específicos na área de Saúde do Idoso. As principais dificuldades apontadas pelos cuidadores foram referentes às condições e organização de trabalho, sobretudo, a falta de recursos humanos e à habilidade técnica e/ou psicológica para lidar com o idoso com presença de estresse e deficiência de atividades de lazer. No entanto, a necessidade de capacitação não é percebida como prioridade. Os resultados revelaram desconhecimento de cuidados básicos, principalmente com relação à crença de mitos e estereótipos sobre o idoso e o processo de envelhecimento, sendo importante a expansão de conteúdos gerontológicos nos currículos de cursos especializados bem como o estabelecimento de critérios para a função de cuidador com seleção mais criteriosa no processo de contratação. Dificuldades quanto à referência e contrarreferência de idosos e a falta de rede de apoio social também foram referidas pelos responsáveis e/ou coordenadores, sugerindo a necessidade de melhor integração dos serviços com definição clara das responsabilidades. Problemas nas relações com os familiares também foram apontados. Portanto, a promoção de atividades de educação permanente com intermédio de órgãos envolvidos na assistência ao idoso deve ser valorizada nestas instituições, o que não ocorreu de forma sistematizada nesta pesquisa. Neste contexto, a educação em saúde é uma ferramenta importante e deve envolver uma equipe multidisciplinar, favorecendo tanto os cuidadores quanto os idosos. Tais medidas devem ser adotadas com urgência, considerando o rápido crescimento da população idosa e a conseqüente tendência à institucionalização.

Palavras-chave: Cuidadores formais; Educação em saúde; Instituições de Longa Permanência para Idosos.

SUMMARY

This study aimed at characterizing the health education of formal care providers in Long-Stay Institutions for Older Individuals (ILPIs) in Botucatu-SP, Brazil. It is a descriptive cross-sectional study performed in nine ILPIs registered by Health Surveillance, where forty-three care providers, technical supervisors and coordinators were interviewed. Technical questions were applied in order to evaluate the care providers' knowledge concerning care provision to older individuals, and the Katz scale was used to analyze the older sheltered individuals' level of dependence to perform activities of daily living. Most care providers were high-school graduates, but 34.9% had not completed elementary-school education. Additionally, 58.1% had health-care qualifications, and 9.3% had attended specific courses on older people's health. The major difficulties reported by the care providers were related to work conditions and organization, particularly to the lack of human resources and of technical and/or psychological skills to deal with the older individuals in the presence of stress and deficiency of leisure activities. However, the need for training is not perceived as a priority. Results showed lack of knowledge concerning basic care, particularly as regards the belief in myths and stereotypes regarding older persons and the ageing process, which shows the importance of the expansion of gerontological content in the curricula of specialized programs as well as the establishment of criteria for health care provider jobs with more strict criteria in hiring processes. Difficulties concerning the referral and counter-referral of older individuals and the lack of a social-support network were also reported by the professionals in charge or coordinators, suggesting the need for better integration of services with a clear definition of responsibilities. Problems related to relationships with family members were also reported. Therefore, the promotion of permanent-education activities with the intervention of agencies involved in care provision to older people must be valued in these institutions, which did not occur systematically in this study. In this scenario, health education is an important tool, and it must involve a multidisciplinary team, thus favoring both health care providers and older individuals. Such measures must be urgently adopted, considering the fast growth of the elderly population and the resulting tendency to institutionalization.

Key words: Formal care providers; Health Education; Long-Stay Institutions for Older Individuals.

1- INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), idoso é o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos em países desenvolvidos, enquanto em países em desenvolvimento como o Brasil, considera-se idoso a partir de 60 anos^(1,2).

A população brasileira passa por um processo de envelhecimento populacional desde a década de 90 com transformações da pirâmide etária, sendo que a tendência é de um número de idosos equivalente a 32 milhões em 2025, estimando-se uma proporção de 14% de idosos^(3,4).

No Estado de São Paulo, projeta-se que a população com 60 anos ou mais alcançará uma cifra de 8 milhões de pessoas em 2020⁽⁵⁾. Em Botucatu, município do interior de São Paulo, localizado na região Centro-Oeste, com uma população de 119857 habitantes em 2007 (projeção de 125250 para 2010), a pirâmide populacional mostra estreitamento na base e alargamento do ápice (grupos etários acima de 50 anos) com queda da taxa de natalidade na última década e provável aumento da expectativa de vida da população, sendo que em 2007, o número de idosos chegou a 14701, representando 12,2% da população⁽⁶⁾.

Parte-se de uma situação de alta mortalidade e fecundidade e se chega à outra de baixa mortalidade e fecundidade com consequente aumento de pessoas atingindo idades mais avançadas, processo chamado de “transição demográfica”. Em consequência desta transição, ocorreu aumento da expectativa de vida com a redução da taxa de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, dando lugar às doenças crônico-degenerativas e suas complicações, mudança chamada de “transição epidemiológica”^(3,7).

No entanto, apesar deste aumento da expectativa de vida favorecido pelos avanços da medicina e das políticas de saúde, a resposta a esta mudança de perfil de saúde é ineficiente, pois há um importante crescimento da demanda aos serviços sociais e de saúde. Tais doenças não são devidamente controladas, obrigando seus portadores idosos a procurarem os serviços de saúde com grande frequência por complicações, sendo necessárias várias internações no mesmo ano,

por tempo mais prolongado, havendo necessidade aumentada de recursos materiais e humanos, muitas vezes com tecnologia complexa, aumentando os custos financeiros^(3,4,8).

Dessa forma, é preocupante não haver enfoque preventivo que proporcione aumento da qualidade de vida, reduzindo assim a pressão por estes serviços de saúde.

Devido à carência de serviços e instalações qualificadas para os idosos, o período de incapacidade e dependência está sendo prolongado, levando a refletir sobre as medidas preventivas na terceira idade que têm como objetivo melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, de modo que eles tenham suas atividades menos afetadas por doenças crônicas^(3,9,10).

As pessoas idosas são, em número e intensidade, proporcionalmente mais dependentes que as jovens, pois as alterações estruturais e funcionais próprias do envelhecimento associadas à maior prevalência de doenças crônicas podem levar à deterioração da habilidade de manutenção da independência⁽⁸⁾.

No entanto, o aumento da idade não significa necessariamente adoecer, sendo que com medidas preventivas pode-se manter o idoso em condições saudáveis nos domínios físico e cognitivo, mantendo a autonomia de vida por longo período. Além disso, na presença de disfunções, o diagnóstico e a intervenção precoces podem propiciar uma melhor qualidade de vida ao paciente e sua família. Dessa forma, é fundamental que o profissional, assim como os próprios idosos, seus familiares e cuidadores tenham uma visão integrada dos múltiplos fatores associados ao processo de envelhecimento como os moleculares, celulares, sistêmicos, comportamentais, cognitivos e sociais⁽¹¹⁾.

Com o avanço dos anos, há uma série de perdas significativas como o surgimento das doenças crônicas deteriorando a saúde, a viuvez, morte de amigos e parentes próximos, ausência de papéis sociais valorizados, isolamento crescente e dificuldades financeiras decorrentes da aposentadoria que afetam de tal forma a autoestima culminando com uma crise, sendo importante nesta fase o trabalho interdisciplinar⁽¹²⁻¹⁴⁾.

O envelhecimento tem uma influência significativa no grau de independência e capacidade funcional do ser humano. O declínio funcional do

indivíduo idoso é caracterizado, entre outras coisas, por imobilidade, instabilidade e comprometimento das funções neuro-musculares que aumentam o risco de instabilidade postural, quedas e suas complicações, podendo impedir o autocuidado, tornando-o, muitas vezes, completamente dependente. Como instrumentos de avaliação geriátrica, há o *Índice de Tinetti* para definição do equilíbrio e a marcha, detectando o risco de quedas e o *Índice de Katz* para avaliação funcional, enfatizando a habilidade necessária para realizar as atividades da vida diária (AVDs como banho, alimentação, higiene pessoal e transferência) com mensuração do nível de dependência. Ambos facilitam a determinação do perfil do idoso tornando mais confiável a transmissão de informações entre os diversos profissionais da saúde e permitindo acompanhar o progresso da terapia que tende a ser mais apropriada a cada caso⁽¹⁵⁾.

Quanto à legislação do idoso, a Política Nacional do Idoso (Lei 8842 de 04/01/94), regulamentada em 03/07/96 pelo Decreto Federal nº 1948, cria conselhos do idoso no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e municípios. Foi aprovado o Projeto de Lei 3561/97, que instituiu o Estatuto do Idoso (Lei nº 10741 de 01/10/03). A proposta regulamenta direitos assegurados a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e define medidas de proteção a essa faixa etária, além de obrigações das entidades de atendimento e situações nas quais caberão penalidades^(2,16).

Um aspecto a ser considerado na Saúde do Idoso é a família, sendo que o ambiente familiar representa um local de estabilidade e proteção. Além disso, o diagnóstico de saúde do idoso exige conhecimento das condições de vida, de moradia e de apoio familiar do paciente. A avaliação do ambiente familiar passa a ter importância prática na própria estruturação da terapêutica medicamentosa (o remédio na hora), na condução do paciente para serviços de saúde, na alimentação, nos cuidados necessários⁽¹⁷⁾.

No inciso V do artigo 3º do Estatuto, há a "*priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência*"⁽¹⁶⁾. No entanto, há falta de apoio das políticas públicas em oferecer suporte a cuidadores familiares, embora a Política Nacional do Idoso (PNI) priorize o atendimento das necessidades do idoso pela família com sua permanência no domicílio. Para isso, há necessidade de criação e ampliação de redes de apoio com

participação de diversos profissionais de saúde como programas terapêuticos que permitam, através de espaços de escuta, trocas de experiências com expressão de sentimentos, estabelecimento de limites e retomada de atividades de lazer com diminuição do stress⁽¹⁸⁻²⁶⁾.

Cuidador é “a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das atividades da vida diária (alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano como ida a bancos ou farmácias) excluídas técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem”⁽²⁷⁾.

Segundo a classificação de Wanderley, existem vários tipos de cuidadores, não sendo categorias excludentes, mas sim complementares, podendo o cuidador apresentar mais de uma classificação. Dentre os tipos, o cuidador pode ser: remunerado (recebe um rendimento pelo exercício da atividade de cuidar) ou voluntário (sem remuneração); principal (tem responsabilidade permanente da pessoa sob seu cuidado) ou secundário (divide de alguma forma, a responsabilidade do cuidado com um cuidador principal); leigo (não recebeu qualificação para o exercício profissional da atividade de cuidar) ou profissional (recebeu qualificação específica); familiar (tem algum parentesco com a pessoa cuidada) ou terceiro (sem nenhum grau de parentesco)⁽²⁸⁾.

Quando o idoso é acometido por uma doença crônico-degenerativa, geralmente requer cuidados especiais, pois torna-se dependente. Nesse momento, necessita-se de um cuidador, que na maioria das vezes, é um membro da família ou amigo próximo que auxilia este idoso, de forma parcial ou integral nas dificuldades ou incapacidades para realizar as AVDs. Essa pessoa é denominada “cuidador informal”⁽²⁹⁾.

A figura do cuidador de idoso é de extrema importância, mas uma tarefa difícil, muitas vezes acompanhada de desgaste, desempenhando as atividades sem auxílio, com perda da liberdade e frustração, gerando sobrecarga no âmbito físico, psicológico, social e financeiro⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Os cuidadores familiares apresentam-se despreparados com necessidades educativas relacionadas às doenças e seus agravos, à terapia

medicamentosa, dietas e exercícios físicos; apesar de muitos citarem o nome de doenças, não compreendem seu significado e suas implicações^(18,19). Há também a falta de ajuda por parte de outros familiares sem divisão das responsabilidades que acarreta o estresse⁽²⁰⁾.

O peso do cuidar sentido parece ser maior ou menor dependendo da qualidade da relação anterior com o idoso, da possibilidade de dividir o cuidado, da existência de apoio social e do maior ou menor comprometimento da autonomia do idoso, sendo a situação financeira um fator facilitador ou agravante da situação⁽²¹⁾.

Nem sempre o idoso tem familiar disponível para seu cuidado, passando o papel de cuidador para outra pessoa não próxima. Normalmente, este cuidador é denominado de formal, podendo ser caracterizado como aquele que é remunerado, principal, terceiro e leigo ou profissional; contratado para auxiliar os idosos em suas atividades básicas e instrumentais de vida diária^(30,31).

Embora haja estagnação de uma imagem negativa das instituições relacionada à exclusão, à caridade e ao abandono com rejeição^(24,32), a institucionalização configura uma possibilidade caso o cuidado, que por alguma razão, não possa ser executado, com busca pelo melhor local para o idoso morar, procurando manter o vínculo com a família^(24,25).

Percebe-se um aumento de idosos com dependência e, conseqüentemente, com necessidade de institucionalização. Estima-se que, no mundo, cerca de 40% das pessoas a partir de 65 anos necessitarão de cuidados em uma instituição de longa permanência (ILP) durante a sua vida. Projeções na população americana mostram que o número de pessoas com necessidade dessa assistência aumentará de 1,5 para 5 milhões no ano de 2030⁽³³⁾. No Brasil, a taxa de institucionalização situa-se na faixa de 0,6 a 1,3% de idosos chegando em torno de 19 mil pelos dados do governo⁽³⁴⁾.

Dentre os motivos de Institucionalização, há: família ausente ou com número reduzido de integrantes diminuindo a possibilidade de os familiares responsabilizarem-se pelo cuidado do idoso; a ausência de condições físicas, financeiras e psicológicas para prestar o cuidado no domicílio com o idoso muito dependente, necessitando de cuidados especiais e o desejo do idoso em ter um espaço para morar sem perturbar seus familiares^(24,25).

Além destas razões, comprometimento na saúde do cuidador da família e conflitos familiares também são fatores que levam à institucionalização, sendo que considerar a importância da convivência pode ser uma forma de desenvolver e manter o equilíbrio afetivo entre o idoso e sua família⁽³⁵⁾.

Quanto à visão dos idosos institucionalizados, há, predominantemente, não só as representações negativas acerca da velhice como também uma associação entre velhice-doença⁽³⁶⁾. São manifestadas preocupações relativas a dores e sofrimentos, decorrentes das perdas naturais, pelo distanciamento da família, sentimentos de solidão e abandono, condições associadas ao aparecimento de doenças. Embora o contexto asilar atenda em parte ao idoso em suas necessidades básicas de moradia, alimentação e acompanhamento médico, por outro lado, nem sempre estimula a atividade do idoso que tende a se tornar mais introspectivo e isolado do convívio social, convivendo às vezes até com pessoas não idosas com doenças incapacitantes, mentais, psiquiátricas e alcoolistas num ambiente desconfortável. Além disso, muitas vezes, são encontradas nas instituições asilares, condições precárias no que se refere à infraestrutura, serviços prestados e recursos humanos⁽³⁷⁾.

Portanto, faz-se necessária a implantação de programas de atenção integral ao idoso, com a grande importância dos grupos de convivência, nos quais as práticas sociais desenvolvidas contribuem para que os idosos exerçam seu papel de cidadãos com uma velhice bem-sucedida e qualidade de vida, atuando tanto na prevenção da incapacidade quanto na recuperação da autonomia dos doentes^(10,36).

Estudos com cuidadores em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) realizados na cidade de São Paulo e em Belo Horizonte revelaram despreparo para atender às necessidades do idoso^(38,39). Se por um lado, em uma ILPI de caráter filantrópico na cidade de São Paulo, os profissionais aceitaram o emprego por gostar, ter dom e vocação, sendo uma experiência de vida poder trabalhar com idosos, trazendo satisfação, realização; por outro lado, houve também desgaste psicofísico, aceitando o emprego por necessidade de sobrevivência, sendo a oportunidade profissional que surgiu no momento. Relatou-se também o sofrimento na relação do trabalho durante o processo de cuidar de cuidadores representados por auxiliares e antigos atendentes de Enfermagem devido a desentendimento com a equipe de trabalho e sua chefia, bem como a inabilidade de

compreender o comportamento do idoso e seus familiares⁽³⁸⁾. Em outro estudo realizado em Belo Horizonte, nas instituições filantrópicas, foi observado maior número de cuidadores com mais de 50 anos e com menos de quatro anos de estudo, geralmente vinculadas a instituições religiosas. Nas instituições privadas do mesmo estudo, o perfil dos cuidadores segue a lógica de mercado, com profissionais mais jovens e mais esclarecidos⁽³⁹⁾.

Outra pesquisa realizada em uma instituição filantrópica no interior do Estado de São Paulo concluiu que, de 15 cuidadores com idade média de 40 anos, 14 (93,3%) eram do sexo feminino, sendo que 2 (13,3%) eram técnicos em enfermagem, 2 (13,3%) auxiliares de enfermagem, 4 (26,6%) religiosos e 6 (40%) ajudantes, desempenhando também o papel de cuidador. De todos, somente 3 (20%) relataram que tiveram o ensino formal para cuidar dos idosos e, para os outros, o cuidado é representado como uma tarefa simples, sem necessidade de educação formal. Utilizam os conhecimentos baseados na ciência e também no conhecimento popular para prestar o cuidado, sendo a imagem do idoso a de um homem frágil, dependente dos outros e a velhice é uma fase de degradação. A representação social que estes cuidadores têm sobre o seu trabalho de "cuidar" do idoso, é de apoio e de autoajuda, com atitude, muitas vezes, maternal. Como modo de enfrentamento, atividades ludo-terapêuticas, como música, recreação, dança e outras técnicas expressivas, que envolvem os idosos, são também uma forma de amenizar as angústias dos cuidadores vivenciadas no seu trabalho⁽⁴⁰⁾.

Com relação às comunicações entre a família e a ILPI, a família, ao acoplar-se a ela, busca uma parceira no cuidado do idoso, e a ILPI, por sua vez, espera da família a contrapartida no cuidado. As instituições tentam assumir o papel de manutenção dos laços afetivos; no entanto, há dificuldade de considerar a família como cliente e necessidade de favorecerem vínculos mais significativos e de se estabelecerem sistemas interacionais mais efetivos⁽⁴¹⁾.

Quanto à formação de recursos humanos na área de Saúde do Idoso, há dificuldades na formação destes. Dentre os especializados, os cursos de graduação da área da saúde têm como limitações a escassez de conhecimento gerontogeriátrico nos currículos, a falta de campos específicos para a prática, além da inexperience do corpo docente⁽²⁶⁾. A falta de conhecimento dos cuidadores formais para cuidar dos idosos pode ser explicada pela ausência de uma política de

formação de recursos humanos na área de gerontologia e geriatria, não só nas universidades, mas também em vários hospitais e lares de idosos⁽⁴⁰⁾.

Quanto aos recursos humanos informais, a Política Nacional de Saúde do Idoso prevê parceria entre os profissionais da saúde e os cuidadores, mas há a falta de rede de suporte mais efetiva na área social e de saúde para o cuidado, gerando o estresse⁽²⁶⁾. Com relação aos cursos voltados para cuidadores, percebe-se que tanto a ênfase no cuidado social, ao afastar a figura médica da doença, quanto a ênfase no cuidado à saúde, que tem a doença como mote reflexivo; ao desconsiderarem a importância do cuidado técnico, podem, com isso, não levar em consideração a complexidade dos aspectos subjetivos e físicos ligados à existência concreta do enfermo idoso⁽⁴²⁾.

De acordo com o inciso VI do artigo 3º do Estatuto do Idoso, a garantia de prioridade ao idoso compreende também a *“capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos* ⁽¹⁶⁾.”

Vários artigos reforçam a necessidade de capacitação de cuidadores para a qualidade de vida dos idosos com uma atuação intersetorial, com o desenvolvimento de atividades interdisciplinares e multidisciplinares^(20,26,37-39). Neste contexto, a *educação em saúde* pode ser uma alternativa para oferecer atenção aos cuidadores, permitindo que os envolvidos neste processo manifestem suas reais necessidades e dialoguem com os profissionais de saúde, possibilitando ações condizentes. Dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro tem um papel indispensável no desenvolvimento de suas estratégias como educador e agente de transformação social^(19,23).

A educação em saúde deve ser não só para cuidadores familiares como também para cuidadores de idosos institucionalizados como forma de garantir uma assistência segura e com qualidade, tendo em vista o despreparo de muitos deles. Nas instituições, cabe ao empregador, no processo de seleção de cuidadores, levar em consideração a capacidade do profissional saber trabalhar em equipe, além de exigir, não somente habilidades técnicas, mas também qualificação na área de Saúde do Idoso, preservando também a Saúde do Trabalhador, por meio da adoção de técnicas de relaxamento, por exemplo⁽³⁸⁾. Contudo, é necessário reformular o modelo tradicional de assistência aos idosos, especialmente considerando que os

enfermeiros têm um papel fundamental no processo de cuidado integral e multiprofissional, que é o de integrar e reconciliar interesses e as necessidades tanto dos idosos como da equipe de saúde e a administração da instituição e, para isso, é importante compreender os significados do cuidado ao idoso para o cuidador⁽⁴⁰⁾.

Quanto às instituições destinadas ao atendimento de idosos, a Resolução ANVISA/DC no 283, de 26-9-2005 aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as ILPIs, de caráter residencial, governamentais ou não, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade. Esta Resolução (RDC Nº283) aponta critérios que devem ser seguidos com relação à regulamentação, à organização, à direção técnica, aos recursos humanos, aos processos operacionais, à notificação compulsória, ao monitoramento e avaliação do funcionamento e à infraestrutura física destinada a atender os idosos que deve ser planejada adequadamente em condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança, garantindo a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldades de locomoção. Segundo a RDC nº 283, *“a instituição deve realizar atividades de educação permanente na área de gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos”*⁽⁴³⁾.

No entanto, é preciso que estas normas sejam respeitadas, pois surgem denúncias quanto à precariedade das condições físicas de algumas instituições asilares brasileiras, assim como das condições desumanas e maus tratos a que os idosos são submetidos em algumas destas⁽⁴⁴⁾. Além disso, em outra pesquisa mais recente com o objetivo de avaliar o processo de cuidar nas ILPIs filantrópicas e privadas de Belo Horizonte, é ressaltada a necessidade urgente de implementação das normas de funcionamento das ILPIs, principalmente, nas filantrópicas onde se notou que profissionais de serviços gerais, sem formação técnica, ao longo do tempo passaram a atuar também como cuidadores de idosos, porém, sem receberem treinamento para esta atividade⁽⁴⁵⁾.

Em se tratando de profissionais das ILPIs, é indispensável que os mesmos tenham conhecimentos que garantam a segurança e o bem-estar dos idosos, tendo em vista a alta complexidade biopsicossocial que requer atenção

especial e um maior número de horas para seus cuidados, com necessidade de preparo e capacitação dos cuidadores conforme o que é preconizado pela PNI.

Sobre trabalhos de pesquisa em enfermagem na área de Saúde do Idoso, considerando cinco periódicos de enfermagem publicados em 2005, o número de publicações é bastante limitado (3,7%), sendo os objetos mais estudados, as necessidades em saúde e o cuidador⁽⁴⁶⁾. Dentre os relacionados ao cuidador, ocorreu o maior número de publicações em 2004; no entanto, a maior produção voltada para domicílio (32 estudos), revelando o dimensionamento da preocupação dos profissionais da área da saúde com a qualidade do cuidado prestado ao idoso no contexto familiar, e somente 10 pesquisas em ambulatórios e quatro na instituição asilar. Os estudos concentram-se mais na Região Sudeste⁽²²⁾.

Esses dados levam a refletir sobre a necessidade de maiores produções considerando a demanda crescente de idosos e, apesar da problemática do cuidador familiar, devem-se também valorizar trabalhos voltados a cuidadores de instituições.

Na produção da Enfermagem na área de Saúde do Idoso, além de limitado o número de publicações segue conhecimentos centrados na doença como a base da cultura geral da profissão, fazendo-se necessário, portanto, o reconhecimento e a consolidação desta especialidade enquanto área de atuação profissional, pesquisadores competentes e política nacional de incentivo à pesquisa⁽⁴⁶⁾.

Dessa forma, considerando a população idosa crescente em Botucatu-SP com necessidade de melhoria da qualidade de vida, é indispensável que os profissionais das ILPIs estejam preparados para a assistência a estes idosos. Além disso, devido à existência de poucos estudos na área, torna-se importante a realização de pesquisas que caracterizem os cuidadores e a educação em saúde em ILPIs.

2. OBJETIVOS

2.1- Geral:

- caracterizar a educação em saúde dos cuidadores em ILPIs de Botucatu – SP.

2.2- Específicos:

- identificar a formação, os motivos da opção em trabalhar como cuidador e a participação em atividades de educação permanente;
- analisar o conhecimento dos cuidadores quanto às necessidades do idoso e à assistência prestada a ele;
- identificar a existência de processo seletivo para contratação de cuidadores e as dificuldades e necessidades dos profissionais quanto à assistência ao idoso.

3- MÉTODO

3.1 Tipo de estudo:

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal.

3.2 Local de estudo:

Realizado em nove Instituições de Longa Permanência para Idosas (ILPIs) cadastradas na Vigilância Sanitária (VISA) da Secretaria Municipal da Saúde de Botucatu-SP até o período do início da coleta de dados. Segundo a VISA, somente a ILPI A é reconhecida como filantrópica e as demais são de caráter privado.

3.3 População:

Foram entrevistados os responsáveis técnicos de cada instituição e os coordenadores, exceto em uma instituição onde não havia coordenador. Considerou-se como coordenador aquele que acompanhava mais diretamente os cuidados ao idoso e coordenava os demais membros da equipe, podendo ou não ser o proprietário da instituição. Destes entrevistados, dois dos responsáveis respondiam por mais de uma instituição (um por três instituições e o outro por duas instituições) e um coordenador coordenava duas instituições. No entanto, os dados foram considerados individualmente como observações por instituição conforme apresentados nos resultados, totalizando oito (8) coordenadores e (9) nove responsáveis técnicos.

Participaram também da pesquisa 43 cuidadores, incluindo nestes, três coordenadores e um responsável técnico que também exerciam papel de cuidador, desempenhando constantemente cuidados básicos aos idosos.

3.4- Coleta de dados:

3.4.1- Instrumentos:

Consistiu de dois questionários com questões abertas e fechadas, sendo um para o responsável técnico e/ou coordenador e o outro, para os cuidadores de idosos das instituições (APENDICE 1 e 2). O destinado ao cuidador foi pré-testado e

modificado antes da aplicação, sendo composto por duas partes. A primeira parte com questões sobre sexo, idade, escolaridade, formação, realização de cursos na área da saúde do idoso, o processo de trabalho, envolvendo a percepção sobre o idoso, o autocuidado e as dificuldades e necessidades quanto à assistência ao idoso. A segunda foi composta por questões técnicas com alternativas verdadeiras ou falsas elaboradas a partir de referências relacionadas à área para a avaliação da presença de conhecimentos básicos importantes para o cuidado ao idoso⁽⁴⁷⁻⁵¹⁾.

Para o coordenador e/ou responsável de cada instituição, aplicou-se um questionário contendo perguntas referentes ao número de funcionários, de abrigados, o modo de avaliação da assistência prestada, o grau de dependência e agravos mais comuns que acometem os idosos, o modo de funcionamento da instituição abordando aspectos de gerenciamento de recursos, principalmente os humanos, com levantamento das dificuldades e necessidades neste processo, o desenvolvimento ou não de atividades de lazer tanto com os funcionários quanto com os idosos e de educação permanente (capacitação).

Para a classificação do grau de dependência, utilizou-se a Escala ou Índice de Katz que foi criado por Sidney Katz, em 1963, para avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso, considerando o desempenho para as atividades da vida diária (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, mobilidade/transferência, alimentação e continência). As escolhas da resposta para cada função são: dependente e independente, e as contagens eram 0 e 1, respectivamente. As escalas da contagem do final entre 0 e 6 pontos classificam-se em três grupos diferentes (0-2 apontam: dependência significativa; 4 pontos: dependência moderada; 6 pontos: independência^(15,52).

Em se tratando de atividades desenvolvidas com os idosos, as respostas foram agrupadas, utilizando-se a classificação de atividades de lazer segundo Dumazedier⁽⁵³⁾ e Marcelino⁽⁵⁴⁾ que as definem em áreas de interesse que compõem um todo interligado, sendo que o interesse deve ser entendido como o conhecimento que está enraizado na sensibilidade, na cultura vivida. Esses autores distinguem seis categorias quanto ao conteúdo das atividades de lazer: artístico, intelectual, manual, físico, social e turístico. Artístico: universo estético feito de imagens, de emoções, sentimentos. É imaginário, exemplo: ir ao cinema, teatro, acesso à literatura; Intelectual: cognitivo, objetividade, informação, exemplo: busca de conhecimentos,

científicos ou não (jornais, revistas); Manual: capacidade de manipulação de cada indivíduo. O curso das mãos é essencial, seja para transformar, para restaurar, exemplo: Lavar o carro nos finais de semana, cultivar hortaliças, crochê, tricô; Físico: desenvolvido através de atividades físicas, exemplo: caminhadas, ginástica, esporte e atividades correlatas, executadas de maneira formal ou informal, em espaços tecnicamente planejados, como pistas, academias; Social: busca do indivíduo para relacionar-se com os outros, exemplo: convívio doméstico, com jogos e passeios com filhos, visitas a parentes e amigos, movimentos culturais e o Turístico: desenvolvido através de atividades turísticas, exemplo: Viagens, passeios^(53,54).

3.4.2- Procedimentos:

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2009 a março de 2010.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora nas próprias instituições por meio de agendamento, principalmente para os responsáveis e coordenadores e de visitas em diversos turnos para os cuidadores de acordo com a disponibilidade de tempo permitida pela rotina de serviço e acompanhamento das escalas. Nas instituições, procurou-se realizar as entrevistas em locais que evitassem interferência de outras pessoas e ruídos, permitindo assim uma melhor abordagem do entrevistado durante a entrevista.

Os participantes do estudo foram devidamente esclarecidos sobre a natureza e os objetivos da pesquisa e somente aqueles que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido foram incluídos no estudo (APÊNDICE 3 e 4).

Ao coletar os dados, as dificuldades encontradas em algumas instituições foram grandes, tais como: a rotatividade de cuidadores, havendo recém-contratados, sendo que a coleta de dados nestes locais finalizou no momento em que o número de entrevistados atingiu a quantidade referida pelo coordenador e/ou responsável (exceto em uma ILPI onde o número referido não coincidiu com a realidade encontrada), a falta de tempo disponível do cuidador para responder a entrevista, estando muitas vezes poucos ou até mesmo um único cuidador em determinados períodos. Houve somente uma perda por licença médica.

O momento em que a entrevista foi realizada com o responsável e o coordenador da mesma instituição variou de acordo com a disponibilidade de cada um, assim como a aplicação da entrevista com os cuidadores, apesar de na maioria das vezes ser aplicada para todos em um mesmo turno.

Houve informações dos questionários destinados aos responsáveis e/ou coordenadores que nenhum destes profissionais soube responder, tais como o número de agravos e o nível de dependência dos idosos, sendo que nestes casos, recorreu-se aos cuidadores ou outros profissionais. Para a classificação do grau de dependência, a pesquisadora aplicou a escala junto com o entrevistado e priorizou-se nos resultados a resposta do responsável, seguida pelo coordenador e por último, o cuidador de acordo com o conhecimento quanto à capacidade funcional dos idosos. Somente em uma instituição, não foi necessária a aplicação da escala pelo entrevistador, pois tal levantamento já havia sido realizado pelo coordenador momentos antes da entrevista sem variações da classificação.

3.5- Análise de dados:

As questões abertas foram categorizadas de acordo com a similaridade das respostas.

Utilizou-se o “programa SAS for windows versão 9.1” para cálculo das frequências e aplicou-se o “Teste de Fisher” para verificar a existência de associação entre algumas variáveis. Também se realizou a análise de concordância a partir do coeficiente “Kappa” das respostas de questões relacionadas à capacitação entre os coordenadores e responsáveis da mesma instituição. O Coeficiente Kappa pode ser definido como uma medida de associação usada para descrever e testar o grau de concordância (confiabilidade e precisão) na classificação⁽⁵⁵⁾. Landis e Koch⁽⁵⁶⁾ caracterizaram diferentes faixas para os valores kappa, segundo o grau de concordância que eles sugerem. Assim valores maiores que 0,75 representam excelente concordância. Valores abaixo de 0,40 representam baixa concordância e valores situados entre 0,40 e 0,75 representam concordância mediana. Foi adotado o nível de 5% de probabilidade para a significância dos testes realizados.

Os resultados foram apresentados na forma de tabelas ou gráficos após categorização dos dados, sendo que algumas questões, principalmente as abertas, permitiram mais de uma resposta.

As questões técnicas foram pontuadas individualmente de 0 a 10 pontos, sendo que esta pontuação variou conforme o número total de itens existentes para cada questão dividida por temas.

Foi pontuado cada tema e em seguida, foi feita a média da pontuação dos temas para cada cuidador e uma média para cada instituição.

Por último, verificou-se a associação entre as médias dos temas por instituição e as variáveis referentes à escolaridade, formação e realização de cursos.

3.6- Considerações Éticas:

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu em 5 de outubro de 2009 (Protocolo CEP 3345-2009 apresentado no Anexo 1).

Para adequação, o título inicial foi alterado conforme justificativa encaminhada ao CEP (Anexo 2).

4- RESULTADOS

Na tabela 1, está apresentada a distribuição dos cuidadores, número de idosos e outros abrigados segundo ILPI. Houve uma variação no número de idosos e cuidadores por instituição, sendo que na instituição A (caráter filantrópico) o número de idosos por cuidadores foi maior.

TABELA 1: Distribuição do número de cuidadores e abrigados por instituição. Botucatu- SP, 2010.

VARIÁVEIS	Cuidadores	Entrevistados	Idosos	Outros abrigados	Total de abrigados	Nº de idosos/cuidador
Instituição	n	n	n	n	n	
A	10	10	63	1	64	6.3***
B	5*	4	7	0	7	1.7
C	6	6	24	1	25	4,0***
D	2	2	10	1	11	5,0***
E	5	5	8	0	8	1.6
F	5**	4	6	0	6	1.2
G	3	3	7	0	7	2,3
H	5	5	9	0	9	1.8
I	4	4	9	2	11	2.2***
Total	45	43	143	5	148	3.2***

* quantidade informada não coincidiu com a realidade da instituição ** licença médica *** não foi considerado outros abrigados

A distribuição do grau de dependência dos idosos segundo escala de Katz está apresentada na tabela 2. Nota-se que todas as instituições apresentavam o predomínio de dependentes totais com exceção da instituição A (caráter filantrópico).

TABELA 2: Distribuição do número de idosos segundo o grau de dependência. Botucatu-SP, 2010.

Grau de dependência Instituição	Dependência Total		Dependência Parcial		Independente		Quem respondeu
	n	%	n	%	n	%	
A	0	0,0	35	55,6	28	44,4	Coordenador
B	4	57,1	2	28,6	1	14,3	Cuidador
C	16	66,7	0	0,0	8	33,3	Cuidador
D	6	60,0	1	10,0	3	30,0	Responsável técnico
E	5	62,5	2	25,0	1	12,5	Responsável técnico
F	5	83,3	1	16,7	0	0,0	Responsável técnico
G	5	71,4	1	14,3	1	14,3	Responsável técnico
H	7	77,8	2	22,2	0	0,0	Cuidador
I	6	66,7	3	33,3	0	0,0	Coordenador

Na tabela 3, são apresentados os dados referentes ao número de profissionais por instituição. Os responsáveis pelas instituições A, B e C não responderam à questão e houve variações entre o responsável e o coordenador de algumas respostas em destaque na tabela das quais foi considerado o número que coincidia com a realidade observada durante a pesquisa. Nenhuma instituição apresentava fonoaudiólogo. Somente na instituição A (de caráter filantrópico) havia psicólogo e terapeuta ocupacional. Nas instituições A, B e C, atuavam um médico e um fisioterapeuta. Em todas as instituições, foi referida a existência de enfermeiro. Quando questionados quanto a auxiliares e técnicos de enfermagem, a quantidade citada na maioria das instituições foi reduzida ou nula, diferenciando muitas vezes do número levantado através dos cuidadores, sendo que os profissionais da instituição H não souberam nem responder. Quanto a outros profissionais, em 5 instituições há presença, sendo que nas outras 4, os próprios cuidadores desempenhavam também funções relacionadas ao preparo do alimento e atividades de limpeza na instituição.

TABELA 3: Distribuição do número de profissionais por instituição. Botucatu-SP, 2010.

INSTITUIÇÃO	A	B	C	D	E	F	G	H	I
PROFISSIONAIS									
Cuidadores	10	4	6	2	5	5	3*	5	4*
Médicos	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Enfermeiros	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Técnicos de Enfermagem	3	1	1	0	1	0	1	NI***	0
Auxiliares de Enfermagem	7	5	6	0	0	1	1	NI***	0
Psicólogos	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Fisioterapeutas	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Assistentes sociais	1	1	1	0	0	0	1	1	0
Terapeutas ocupacionais	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Fonoaudiólogos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outros**	10	3	5	2	0	0	0	0	1*

* Variação do nº referido entre os profissionais

** Limpeza, lavanderia, cozinha (serviços gerais)

*** não informado

4.1. RESPONSÁVEIS E COORDENADORES

Características gerais dos responsáveis e coordenadores

Na tabela 4, os dados mostram que o sexo predominante tanto para coordenadores quanto para responsáveis, foi o feminino e com relação à formação, predominou-se o enfermeiro como responsável técnico e o técnico de enfermagem como coordenador, sendo que somente em uma instituição havia um coordenador com o 1º grau incompleto.

TABELA 4: Distribuição dos coordenadores e responsáveis técnicos segundo sexo e formação. Botucatu- SP, 2010.

	Coordenadores (n=8)		Responsáveis (n=9)	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	8	100,0	5	55,6
Masculino	0	0,0	4	44,4
Formação				
Médico	0	0,0	3	33,3
Enfermeiro	1	12,5	4	44,5
Assistente Social	0	0,0	2	22,2
Superior Incompleto	2	25,0	0	0,0
Técnico em Enfermagem	4	50,0	0	0,0
1º grau incompleto	1	12,5	0	0,0

Processo de gerenciamento de recursos humanos

Segundo o conhecimento dos coordenadores e responsáveis técnicos quanto aos critérios de seleção adotados no processo de contratação dos cuidadores nas instituições, houve um responsável (11,11%) que não soube informar.

Conforme os dados apresentados na tabela 5 referentes aos tipos de critérios de seleção, segundo os coordenadores, o mais adotado pelas instituições foi a entrevista (100%), seguido pela avaliação do currículo (87,5%) e experiência anterior (62,5%). Por outro lado, quando os responsáveis foram abordados, outros critérios foram mais citados como a indicação (92,5%), seguidos por entrevista e experiência anterior (50%). No entanto, o critério de curso na área da saúde foi pouco considerado, sendo referido por apenas 37,5% dos coordenadores e 12,5% dos responsáveis. Em uma instituição, segundo o responsável técnico (12,5%), não se aplica nenhum critério, pois não há contratação, sendo os cuidadores fixos (proprietários).

TABELA 5: Tipos de critérios de seleção para o processo de contratação dos cuidadores nas instituições segundo os coordenadores e responsáveis técnicos. Botucatu-SP, 2010.

TIPOS DE CRITERIOS DE SELECAO	Coordenadores (n=8)		Responsáveis (n=8)	
	n	%	n	%
Avaliação do currículo	7	87,5	3	37,5
Experiência anterior	5	62,5	4	50,0
Entrevista	8	100,0	4	50,0
Curso na área da saúde	3	37,5	1	12,5
Outros critérios (indicação, não fumar)	3	37,5	5	62,5
Nenhum	-	-	1	12,5

Com relação à capacitação dos cuidadores (tabela 6), a maior parte dos entrevistados (75,0% dos coordenadores e 55,6% dos responsáveis) afirmou que há treinamentos nas instituições, com frequência, principalmente, esporádica, sendo os temas mais abordados: higiene, curativo, primeiros socorros e dieta. Dos profissionais que referiram o não desenvolvimento de treinamentos, os motivos apontados foram: falta de necessidade (por 50,0% dos coordenadores e 25% dos responsáveis), inabilidade para ensinar (para 50,0% dos coordenadores), motivo financeiro (para 50,0% dos responsáveis) ou problemas relacionados a recursos humanos (para 25,0% dos responsáveis). Além disso, sobre cursos realizados externamente, a maioria dos coordenadores (62,5%) referiu que procura informar os cuidadores, estimulando a participação, mas em contrapartida, 44,5% dos responsáveis e 37,5% dos coordenadores destacaram que não ficam sabendo de muitos cursos, passando despercebidamente.

TABELA 6: Capacitação dos cuidadores das instituições para a assistência ao idoso segundo coordenadores e responsáveis técnicos. Botucatu-SP, 2010.

CAPACITAÇÃO	Coordenadores (n=8)		Responsáveis (n=9)	
	n	%	n	%
Realização de treinamentos internamente				
Não	2	25,0	4	44,4
Sim	6	75,0	5	55,6
Temas abordados				
Curativo	6	100,0	2	40,0
Dieta	2	33,3	3	60,0
Legislação	1	16,7	0	0,0
Locomoção	3	50,0	1	20,0
Higiene	5	83,3	4	80,0
Psicologia	1	12,5	0	0,0
Primeiros socorros	4	66,7	1	20,0
Outros temas	1	16,7	1	20,0
Frequência				
Semanal	2	33,3	0	0,0
Semestral	1	16,7	1	20,0
Esporádica	2	33,3	3	60,0
Outra frequência	1	16,7	0	0,0
Não respondeu temas e frequência	0	0,0	1	20,0
Motivo da não realização				
Financeiro	0	0,0	2	50,0
Sem necessidade	1	50,0	1	25,0
Falta de tempo, poucos ou rotatividade (RH)	0	0,0	1	25,0
Inabilidade para ensinar	1	50,0	0	0,0
Cursos externamente				
Procura informar, estimulando participação	5	62,5	3	33,3
Informa somente se não “atrapalhar”	0	0,0	2	22,2
Não fica sabendo de muitos	3	37,5	4	44,5

Segundo os dados apresentados na tabela 7 relacionados à atividades de lazer e/ou momentos de interação entre os funcionários nas instituições, a maioria dos entrevistados (62,5% dos coordenadores e 77,7% dos responsáveis) relatou a existência de atividades, mas 40% destes coordenadores referiram somente

discussões sobre assuntos técnicos. A frequência foi bastante variável segundo os profissionais, sendo que 42,8% dos responsáveis não responderam. Quanto aos tipos, destacaram-se as confraternizações mencionadas por 60% dos coordenadores e 71,4% dos responsáveis. Somente um responsável (14,3%) e um coordenador (20,0%) referiram desenvolvimento de atividades de lazer bem elaboradas como música, ginástica. Dos que relataram a não realização, a falta de tempo foi um motivo comum apontado tanto por coordenadores quanto responsáveis e não houve resposta por um coordenador e um responsável.

TABELA 7: Realização de atividades de lazer e/ou momentos de interação entre os funcionários nas instituições segundo coordenadores e responsáveis técnicos. Botucatu-SP, 2010.

ATIVIDADES DE LAZER E/OU MOMENTOS DE INTERAÇÃO ENTRE FUNCIONÁRIOS	Coordenadores (n=8)		Responsáveis (n=9)	
	n	%	n	%
Presença				
Não	3	37,5	2	22,2
Sim	5	62,5	7	77,8
Frequência				
Semanal	1	20,0	2	28,6
Mensal	0	0,0	2	28,6
Semestral	0	0,0	0	0,0
Anual	1	20,0	0	0,0
Esporádica	1	20,0	0	0,0
Outra frequência	2	40,0	0	0,0
Não respondeu	0	0,0	3	42,8
Tipos				
Confraternizações	2	40,0	5	71,4
Assuntos técnicos	2	40,0	1	14,3
Atividades de lazer (musical, ginástica)	0	0,0	1	14,3
Confraternizações e atividades de lazer	1	20,0	0	0,0
Motivo da não realização				
Falta de tempo	1	33,3	0	0,0
Pouco tempo de instituição	1	33,3	0	0,0
<i>Falta de tempo</i> e rotatividade	0	0,0	1	50,0
Não respondeu	1	33,3	1	50,0

Quanto à percepção de momentos de estresse nos cuidadores, a maioria dos entrevistados (62,5 % dos coordenadores e 66,7% dos responsáveis) afirmou a presença, sendo as condições e a organização do trabalho os principais fatores desencadeantes referidos (tabela 8).

TABELA 8: Percepção de momentos de estresse nos cuidadores segundo coordenadores e responsáveis técnicos. Botucatu-SP, 2010.

ESTRESSE	Coordenadores (n=8)		Responsáveis (n=9)	
	n	%	n	%
Presença de estresse				
Não	3	37,5	3	33,3
Sim	5	62,5	6	66,7
Fatores desencadeantes				
Condições e organização do trabalho	3	60,0	5	83,3
Falta de colaboração de visitantes	0	0,0	1	16,7
Agitação do idoso	1	20,0	0	0,0
Motivo particular	1	20,0	0	0,0

Assistência ao idoso

Quanto à realização de atividades de lazer com os idosos nas instituições, enquanto a maioria dos coordenadores (62,5%) afirmou a ausência; ao contrário, a maioria dos responsáveis (55,6%) afirmou a presença, principalmente, semanal ou mensal. Dentre os tipos, destacou-se a atividade social (referida por 100,0% dos coordenadores e 60,0% dos responsáveis), sendo a atividade física ausente em todas as instituições (tabela 9).

TABELA 9: Realização de atividades de lazer com os idosos nas instituições segundo coordenadores e responsáveis técnicos. Botucatu-SP, 2010.

ATIVIDADES DE LAZER COM OS IDOSOS	Coordenadores (n=8)		Responsáveis (n=9)	
	n	%	n	%
Presença de atividades				
Não	5	62,5	4	44,4
Sim	3	37,5	5	55,6
Frequência				
Diariamente	0	0,0	0	0,0
Semanalmente	3	100,0	2	40,0
Mensalmente	0	0,0	2	40,0
Esporadicamente	0	0,0	1	20,0
Tipos de atividades				
Artístico	2	66,7	2	40,0
Intelectual	0	0,0	2	40,0
Manual	1	33,3	1	20,0
Física	0	0,0	0	0,0
Social	3	100,0	3	60,0
Turística	0	0,0	1	20,0

Quanto à avaliação da qualidade da assistência ao idoso, somente um coordenador (12,5%) e um responsável técnico (11,1%) referiram ausência de avaliação. Todavia, conforme os resultados da tabela 10, o modo de avaliação limitou-se, pela maior parte, à observação ou verbalização entre a equipe, com inexistência de instrumento relatado por 85,7% dos coordenadores e 50% dos responsáveis.

TABELA 10: Avaliação da qualidade da assistência ao idoso nas instituições segundo coordenadores e responsáveis técnicos. Botucatu-SP, 2010.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE ASSISTENCIA	Coordenadores (n=7)		Responsáveis (n=8)	
	n	%	n	%
Modo de avaliação				
Observação/Verbalização	6	85,7	4	50,0
Observação e registro de intercorrências	1	14,3	2	25,0
Avaliação médica	0	0,0	2	25,0
Presença de instrumento				
Não	6	85,7	4	50,0
Sim	1	14,3	4	50,0

Com relação à presença de agravos nos idosos, os responsáveis técnicos das instituições A, B e C não responderam à questão. Somente na instituição H, houve relato pelo responsável da ocorrência de um caso de desnutrição e um de úlcera de pressão. Nas instituições B e C, os coordenadores não souberam informar os casos, sendo relatados por outro profissional. Nos últimos 30 dias, foi referido um caso de diarreia na instituição G; dois casos de Pneumonia, sendo um na instituição G e o outro na instituição I e um caso de queda na instituição A; porém, sem lesão. Um caso de escabiose foi citado na instituição I nos últimos 30 dias. Com relação à presença de úlceras por pressão, foi relatado um caso por 4 instituições (A, B, E e H) bem como um caso de desnutrição na instituição H. Nenhum agravo foi referido tanto na instituição D quanto na F e casos de desidratação não foram relatados por nenhuma instituição.

Quando os profissionais foram abordados com relação às dificuldades e facilidades quanto ao cuidado do idoso, somente um responsável (11,1%) referiu ausência de dificuldades. Segundo os dados apresentados na tabela 11, para os coordenadores, a principal dificuldade citada (50,0%) foi quanto às condições de trabalho limitadas por déficit financeiro com necessidade de mais funcionários, materiais e/ou estrutura física adequada para uma melhor assistência ao idoso. Por outro lado, a maioria dos responsáveis (75,0%) referiu dificuldades quanto à referência e contrarreferência ou rede de apoio caracterizada por: direcionamento inadequado do idoso quando acompanhado por outros serviços, difícil

encaminhamento para outro serviço em caso de internações ou consultas, incluindo o tempo de espera para atendimento além da falta de ambulância, de serviço domiciliar disponível e especialmente, a falta de recurso público. Em se tratando de facilidades, 62,5% dos coordenadores apontaram como facilidade o preparo da equipe em termos de competência, experiência, aptidão, colaboração ou humanização no atendimento e 66,7% dos responsáveis destacaram a acessibilidade dos idosos com reconhecimento e valorização do cuidado prestado a eles.

TABELA 11: Dificuldades e facilidades quanto ao cuidado do idoso segundo os coordenadores e responsáveis técnicos. Botucatu-SP, 2010.

CUIDADO AO IDOSO	Coordenadores (n=8)		Responsáveis (n=8)	
	N	%	N	%
Tipos de dificuldades				
Quanto ao familiar	3	37,5	3	37,5
Quanto à equipe	2	25,0	2	25,0
Quanto às condições de trabalho	4	50,0	3	37,5
Quanto à referência e contra-referência ou rede de apoio	2	25,0	6	75,0
Quanto ao cuidado direto	2	25,0	4	50,0
Tipos de facilidades				
	Coordenadores (n=8)		Responsáveis (n=9)	
	N	%	N	%
Acessibilidade do idoso	4	50,0	6	66,7
Preparo da equipe	5	62,5	0	0,0
Grande procura ao serviço	2	25,0	0	0,0
Seleção adequada de idosos	2	25,0	3	33,3
Colaboração da família	1	12,5	1	11,1
Acessibilidade da chefia com os funcionários	1	12,5	0	0,0
Proximidade da UBS	0	0,0	1	11,1

Dificuldades e necessidades quanto ao gerenciamento de recursos

Na tabela 12, os dados apontam a existência de dificuldades e necessidades quanto ao gerenciamento principalmente de recursos humanos mencionadas por 87,5% dos coordenadores e 100% dos responsáveis. Dentre os

tipos, predominou o número insuficiente de profissionais, mas 57,1% dos coordenadores citaram a existência de profissionais não capacitados ou a necessidade de cursos ou espaços para troca de experiências entre as ILPIs. Em seguida, dificuldades referentes a recursos materiais foram relatadas por 77,8% dos responsáveis como a deficiência de equipamentos gerais ou a falta de rede de apoio, sendo que segundo a fonte, a maioria das instituições dependia de recursos próprios. Foram destacadas dificuldades quanto à clientela relacionadas à ausência ou à interferência do familiar do idoso por 66,67% dos responsáveis.

TABELA 12: Dificuldades e necessidades quanto ao gerenciamento de recursos humanos, recursos materiais, espaço físico e clientela segundo coordenadores e responsáveis técnicos. Botucatu-SP, 2010.

GERENCIAMENTO DIFICULDADES E NECESSIDADES	Coordenadores (N=8)		Responsáveis (N=9)	
	N	%	N	%
Quanto a recursos humanos	7	87,5	9	100,0
Tipos				
Número insuficiente	5	71,4	5	55,6
Referente à capacitação	4	57,1	3	33,3
Absenteísmo ou turnover	1	14,3	3	33,3
Quanto a recursos materiais	3	37,5	7	77,8
Tipos				
Equipamentos gerais	3	100,0	4	57,1
Material de urgência	0	0,0	2	28,6
Rede de apoio	1	33,3	4	57,1
Fonte				
Doações	2	25,0	2	22,2
Recursos próprios (com ou sem participação do familiar)	7	87,5	8	88,9
Recursos públicos	2	25,0	1	11,1
Outra fonte	1	12,5	1	11,1
Quanto à estrutura física	4	50,0	4	44,4
Tipos				
Distribuição	2	50,0	0	0,0
Dimensionamento	1	25,0	2	50,0
Espaço para recreação	1	25,0	2	50,0
Quanto à clientela	3	37,5	6	66,7
Tipos				
Ausência do familiar	2	66,7	3	50,0
Interferência do familiar	1	33,3	3	50,0

Por último, realizou-se a análise de concordância, a partir do coeficiente de concordância “Kappa”, das respostas entre os coordenadores e responsáveis da mesma instituição das questões relacionadas ao processo de contratação dos cuidadores, presença de treinamentos (capacitação) e a avaliação da qualidade da assistência. Somente sobre o tema referente à dieta, houve concordância mediana; o restante dos coeficientes foi abaixo de 0,40, representando baixa concordância (Tabela 13).

Tabela 13: Coeficiente de Concordância Kappa para coordenadores e responsáveis quanto às variáveis relacionadas ao processo de contratação dos cuidadores, capacitação e avaliação da qualidade da assistência. Botucatu-SP, 2010.

Variáveis	Kappa	IC 95%
Critérios de seleção para contratação		
Currículo	-0,500	(-0,91 ; 0,36)
Experiência	-0,125	(-0,61 ; 0,36)
Curso	-0,250	(-0,66 ; 0,16)
Entrevista	-0,500	(-0,87 ; -0,13)
Outros	0,250	(-0,22 ; 0,72)
Capacitação		
Realização de treinamentos	-0,197	(-0,64 ; 0,25)
Temas		
Curativo	-0,428	(-0,95 ; 0,09)
Dieta	0,400	(-0,15 ; 0,96)
Legislação	-0,191	(-0,52 ; 0,14)
Locomoção	-0,250	(-0,83 ; 0,33)
Higiene	0,138	(-0,13 ; 0,41)
Psico	-0,139	(-0,39 ; 0,11)
Socorros	-0,400	(-0,97 ; 0,16)
Outros	0,091	(-0,47 ; 0,65)
Avaliação da qualidade da assistência		
Presença de avaliação	0,014	(-0,31 ; 0,34)
Existência de instrumento	0,348	(-0,08 ; 0,78)

4.2. CUIDADORES

Caracterização geral dos cuidadores

A maioria dos cuidadores era do sexo feminino, tinha idade mínima de 22, máxima de 59, média de 37,02 e $DP \pm 9,8$ anos. Com relação ao tempo de serviço nas ILPIs, o tempo mínimo foi de 0,04, máximo de 14, média de 2,52 e $DP = \pm 3,34$ anos, sendo que a maioria (74,4%) possuía uma jornada de trabalho de até 48 horas semanais. Destaca-se que 53,5% dos cuidadores possuíam o segundo grau completo ou mais; em contrapartida, 34,9% tinham somente o primeiro grau incompleto. Possuíam formação na área de saúde 58,1%, sendo que destes, 56,0% eram auxiliares de enfermagem e 40,0% técnicos de enfermagem (Tabela 14).

TABELA 14: Distribuição dos cuidadores segundo gênero, idade, tempo de serviço, carga horária semanal exercida, escolaridade e formação na área de saúde. Botucatu-SP, 2010.

VARIÁVEIS	n	%
Sexo		
Feminino	38	88,4
Masculino	5	11,6
Idade (anos)		
22 -32	13	30,2
32 -42	18	41,9
42 -52	7	16,3
52 -62 ou (maior q 52 anos)	5	11,6
Tempo de serviço (anos)		
< 1	14	32,5
1 -5	23	53,5
5 -10	3	7,0
10 -15 ou (maior q 10 anos)	3	7,0
Carga horária semanal		
12X36h	16	37,2
36h	6	14,0
42 a 48h	10	23,2
Mais de 48h	3	7,0
Folguista*	1	2,3
Inespecífica**	7	16,3
Escolaridade		
1º grau incompleto	15	34,9
1º grau completo	1	2,3
2º grau incompleto	4	9,3
2º grau completo	19	44,2
Superior incompleto	3	7,0
Superior completo	1	2,3
Formação na área da saúde		
Não	18	41,9
Sim	25	58,1
Tipo de curso		
Auxiliar de Enfermagem	14	56,0
Técnico em Enfermagem	10	40,0
Enfermeiro	1	4,0

* cobertura de folgas de outros funcionários

** proprietários

Com referência às instituições, 100% dos cuidadores das instituições B e C e 60% da instituição A apresentavam o 2º grau completo. Todos os cuidadores destas instituições tinham curso na área da saúde. Nas demais instituições, havia 50% ou mais dos cuidadores com 1º grau incompleto, principalmente nas instituições E (80%) e I (75%). Na instituição D, um cuidador era enfermeiro.

Com relação à realização de cursos específicos na área de Saúde do Idoso (Tabela 15), 90,7% não realizaram nenhum curso. Dos que realizaram cursos

(4), a carga horária da maioria dos cursos (3) foi superior a 32 horas.

TABELA 15: Distribuição dos cuidadores segundo a realização de cursos específicos na área de Saúde do Idoso. Botucatu-SP, 2010.

CURSO NA SAÚDE DO IDOSO	n	%
Realização		
Não	39	90,7
Sim	4	9,3
Carga horária do curso		
Curso com + de 32hs	2	50,0
Não lembra da carga horária	1	25,0
Curso com + de 32hs e estava com outro em andamento	1	25,0
Temas do curso		
Cuidados físicos e psicossociais	3	75,0
Ética e legislação	3	75,0
Biossegurança	2	50,0

Ressalta-se que os cuidadores que possuíam curso na área da Saúde do Idoso pertenciam às instituições A, D, G e I (um em cada instituição).

Na tabela 16, está apresentado o motivo da opção pelo trabalho em ILPI. A maioria (44,2%) inseriu-se neste tipo de trabalho por necessidade econômica ou por aptidão pessoal (34,8%).

TABELA 16: Distribuição dos cuidadores segundo o motivo da opção pelo trabalho. Botucatu-SP, 2010.

MOTIVO PELO TRABALHO	n	%
Necessidade	19	44,2
Aptidão	15	34,8
Experiência anterior	3	7,0
Indicação	3	7,0
Influência de outras pessoas	3	7,0

Quando os cuidadores foram abordados quanto à presença de estresse no exercício da profissão, 72,1% relataram ter algum tipo de estresse mesmo que raramente. Dos que relataram, a maioria (51,6%) foi pelas condições e organização do processo de trabalho conforme apresentado na tabela 17.

TABELA 17: Distribuição dos cuidadores segundo o relato da presença de estresse e seus fatores desencadeantes. Botucatu-SP, 2010.

ESTRESSE	n	%
Frequência		
Nunca	12	27,9
Raramente	30	69,8
A maior parte do tempo	1	2,3
Fatores desencadeantes do estresse		
Condições e organização do trabalho	16	51,6
Motivos pessoais e autocobrança	4	12,9
Fatores relacionados ao familiar do idoso	3	9,7
Fatores comportamentais do idoso	7	22,6
Condições de trabalho e fatores relacionados ao familiar	1	3,2

Na tabela 18, estão apresentados os dados referentes ao uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) e à ocorrência de acidente de trabalho. Quando abordados sobre uso de EPIs, todos relataram usar as luvas, a maior parte (79,1%) utilizava jaleco e 32,6% não utilizava máscara em nenhum momento. Com relação ao acidente de trabalho, somente um relatou a ocorrência, mas a mesma não foi notificada.

TABELA 18: Distribuição dos cuidadores segundo relato do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e ocorrência de acidente de trabalho. Botucatu-SP, 2010.

VARIÁVEIS	n	%
EPIs		
Luvas		
Sim	43	100,0
Não	0	0,0
Jaleco		
Sim	34	79,1
Não	9	20,9
Máscara		
Sim	29	67,4
Não	14	32,6
Acidente de trabalho		
Ocorrência	1	2,3
Notificação	0	0,0

Na tabela 19, está apresentada a distribuição dos cuidadores segundo relato de sua situação vacinal e realização de qualquer tipo de exame de controle de saúde. A maioria referiu estar com situação vacinal em dia, porém, quando foi abordada para cada vacina especificamente, observaram-se diferenças entre as respostas dadas. Com relação aos exames, 62,8% referiram ter realizado algum tipo de exame de saúde até o período de um ano. Entretanto, não foi possível relacionar os exames realizados com controles periódicos de saúde exigidos pela lei trabalhista.

TABELA 19: Distribuição dos cuidadores segundo relato da sua situação vacinal e de realização de qualquer tipo de exame de controle de saúde. Botucatu-SP, 2010.

VARIÁVEIS	n	%
Vacinação em dia		
Não	2	4,6
Sim	37	86,1
Não sabe	4	9,3
Hepatite B		
Não	1	2,3
Sim	31	72,1
Não sabe	11	25,6
Dupla adulto (Difteria e Tétano)		
Não	4	9,3
Sim	34	79,1
Não sabe	5	11,6
Influenza		
Não	25	58,1
Sim	18	41,9
Apresentação de carteira	2	4,7
Realização de qualquer tipo de exame de controle de saúde		
Não lembra	4	9,3
Nunca fez	1	2,3
Até um ano	27	62,8
Há mais de um ano e menos de 5 anos	10	23,3
Há mais de cinco anos	1	2,3
Tipos de exames		
Laboratoriais	30	79,0
Ginecológicos	23	65,7
Específicos	4	10,5
Só físico	1	2,6
Pré-natal	2	5,7
Circunstanciais (de forma obrigatória, em condições especiais)	7	18,4

Percepção dos cuidadores sobre o idoso

As causas de institucionalização de idosos segundo a opinião dos cuidadores estão apresentadas na tabela 20. Causas relacionadas aos familiares foram citadas pela maioria dos cuidadores, principalmente, a falta de estrutura

familiar (76,7%), embora 39,5% apontaram a rejeição familiar.

TABELA 20: Frequência da(s) causa(s) de institucionalização de idosos segundo os cuidadores. Botucatu-SP, 2010.

CAUSA(S) DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSO	n	%
Rejeição familiar	17	39,5
Falta de estrutura familiar	33	76,7
Ausência de familiar (isolamento)	7	16,3
Ordem judicial	1	2,3
Vontade própria	2	4,7
Infantilização (por serem crianças, indefesas)	1	2,3

Segundo a opinião dos cuidadores, a maioria (90,7%) relatou que os idosos devem ser tratados com sentimentos de afetividade e doação como, por exemplo, carinho, amor, paciência, dedicação, conforme se destaca na tabela 21.

TABELA 21: Frequência do(s) modo(s) como o idoso deve ser tratado segundo cuidadores. Botucatu-SP, 2010.

MODO(S) COMO O IDOSO DEVE SER TRATADO	n	%
Sentimentos de afetividade e doação	39	90,7
Ética	15	34,9
Atendimento às necessidades básicas	6	14,0
Infantilização, fragilização	9	20,9
Impor limites quando necessário	3	7,0

Processo de cuidar

Na tabela 22, os dados mostram que a maioria dos cuidadores referiu tanto dificuldades quanto necessidades para o desempenho das funções, principalmente, referentes a recursos humanos como número deficiente de cuidadores, gerando sobrecarga de trabalho (56,3%) com necessidade de contratação de mais pessoal, melhor remuneração e valorização profissional (55,2%) e dificuldades relacionadas a habilidades técnica e/ou psicológica para o cuidado ao

idoso (43,8%), mas nota-se a falta de percepção da necessidade de capacitação (somente 20,7%).

TABELA 22: Distribuição dos cuidadores segundo dificuldades e necessidades quanto ao desempenho de suas funções. Botucatu-SP, 2010.

VARIÁVEIS	n	%
Dificuldades		
Sim	32	74,4
Tipos		
Referente a recursos materiais	9	28,1
Referente a estrutura física	5	15,6
Referente a familiares dos idosos	4	12,5
Referente a recursos humanos	18	56,3
Habilidade técnica e/ou psicológica	14	43,8
Necessidades		
Sim	29	67,4
Tipos		
Referente a recursos materiais	7	24,1
Referente a estrutura física	7	24,1
Referente a familiares dos idosos	3	10,3
Referente a recursos humanos	16	55,2
Capacitação	6	20,7
Referente a idosos	3	10,3

Pelo o Teste exato de Fisher, houve diferença estatística entre as variáveis “habilidade técnica e/ou psicológica” e “capacitação”, obtendo $p=0,02$.

Quando questionados diretamente sobre a necessidade de capacitação, a maior parte (76,7%) referiu a importância de cursos, citando, principalmente, os que envolvem a abordagem integral ao idoso (48,5%), seguida de procedimentos técnicos (36,4%) e relacionamento entre cuidador e idoso (24,2%). Dos 23,3% que não referiram interesse à capacitação, 40% acreditam que “aprende-se com a prática”, não havendo necessidade, conforme demonstram os dados apresentados na tabela 23.

TABELA 23: Distribuição dos cuidadores segundo a opinião quanto à necessidade de capacitação. Botucatu-SP, 2010.

CAPACITAÇÃO	n	%
Necessidade		
Não	10	23,3
Sim	33	76,7
Tipos de cursos/treinamentos		
Procedimentos técnicos	12	36,4
Primeiros socorros	6	18,2
Relacionamento entre cuidador X idoso	8	24,2
Patologias comuns	4	12,1
Abordagem integral ao idoso	16	48,5
Preparo do familiar	1	3,0
Autocuidado do cuidador	2	6,1
Motivo da não necessidade		
Sinto-me preparado	2	20,0
Aprende-se com a prática	4	40,0
Basta tratar com amor, carinho	1	10,0
Sem sugestão	3	30,0

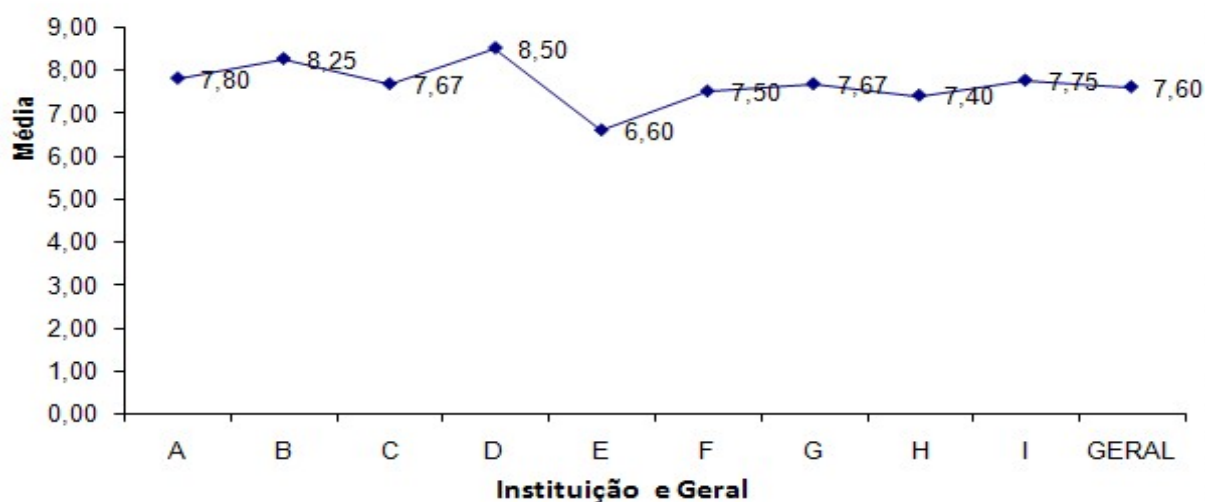
Conhecimentos quanto à assistência ao idoso

Com relação às respostas das questões técnicas aplicadas, as médias da pontuação dos temas obtidas pela maioria dos cuidadores (86,0%) atingiram valores entre 7,0 a 9,0 pontos.

Foi realizado o Teste de Fisher para avaliar se existia associação entre o valor dessas médias dos temas com a escolaridade, a formação na área da saúde e o curso em Saúde do Idoso no geral e por instituição. Constatou-se diferença estatística apenas entre as variáveis “média dos temas” e “formação na área da saúde” dos cuidadores no geral, obtendo $p=0,01$.

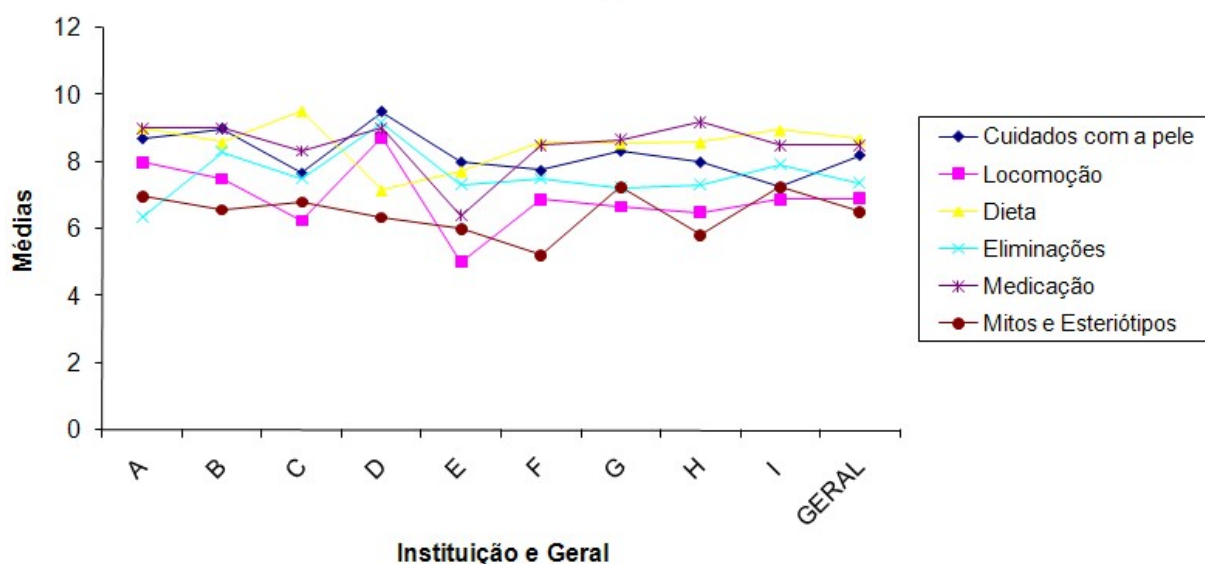
Ao calcular a média para cada instituição, percebe-se que não houve variações significativas entre as instituições, destacando-se as instituições D, B e A com melhores médias e a instituição E com a média mais baixa (6,6). No geral, a média foi de 7,6 pontos (Gráfico 1).

Gráfico 1: Média das pontuações finais obtidas pelos cuidadores nas questões técnicas por instituição e no geral



Quanto às médias das pontuações por temas (Gráfico 2), em dieta e medicação, houve maior número de acertos, enquanto na questão referente a mitos e estereótipos sobre o idoso e o processo de envelhecimento, a média foi a mais baixa, sendo que nenhum cuidador a acertou integralmente, não obtendo nota igual a 10 pontos. Com relação à dieta, destacou-se a instituição C e na questão referente à medicação, destacou-se a instituição H com melhor média. A respeito de mitos e estereótipos, nas instituições G e I houve menor número de erros. Para as questões referentes a cuidados com a pele, eliminações e locomoção, na instituição D foram obtidas maiores médias.

Gráfico 2: Média das pontuações de cada tema por instituição e no geral



No entanto, quando avaliados quanto aos itens que erraram por questão (tabela 24), percebe-se um número significativo de erros em afirmativas referentes a conhecimentos básicos importantes para a qualidade da assistência ao idoso.

Quanto aos cuidados com a pele, 27,9% desconhecem os benefícios da exposição solar para a prevenção da osteoporose e também os prejuízos sobre a pele ao esfregá-la bastante durante a limpeza e ao massagear suas áreas avermelhadas. Além disso, 79,1% demonstraram que ainda não está atualizado quanto às normas de um curativo ideal que tem como princípio a manutenção da lesão hidratada.

Na questão referente à locomoção, a maioria (72,1%) destacou que mesmo nas condições de um idoso com dificuldades para deambular que já apresentou quedas, deixa-o andar sozinho, ficando próximo para observá-lo, colocando em risco a segurança. Para 30,2%, há sempre necessidade de auxílio de outra pessoa o que limita muito a deambulação do idoso ao se deparar com a deficiência de recursos humanos apontada por muitos cuidadores.

Com relação à dieta, 55,8% concordaram com a afirmativa de maçã e banana amassadas, sucos e carne moída como alimentos ideais para um idoso com dificuldade de deglutição, sendo ideais alimentos pastosos.

Quanto a eliminações, considerando um idoso constipado há 3 dias, percebe-se o uso abusivo de laxantes (83,7%) e o desconhecimento quanto aos efeitos do caju (48,8%).

Sobre medicação, 23,3% não souberam fazer contas quanto ao horário certo da administração e 39,5% afirmaram não acordar o idoso na situação, administrando o remédio através de uma seringa.

Por último, houve muitos erros quanto à percepção do idoso e do processo de envelhecimento com a crença de muitos mitos e o uso de estereótipos. Para 95,4%, muitos idosos são abandonados por suas famílias embora a maioria não referisse esta causa quando questionada com relação à institucionalização anteriormente. 81,4% consideraram a incontinência urinária como um problema natural do idoso. 65,1% responderam que muitos são rígidos e inflexíveis e 46,5% que muitos são inativos, improdutivos e não têm vida sexual o que sugere a falta de estímulo para a independência do idoso e o desconhecimento quanto ao aspecto sexual. Por último, 55,8% demonstraram a crença de deficiência auditiva de forma generalizada com inabilidade de comunicação ao relacionar-se com o idoso.

TABELA 24: Distribuição do número de erros para cada item das questões técnicas relacionadas ao idoso. Botucatu-SP, 2010.

QUESTÕES TÉCNICAS	N	%
QUESTÃO 1- Cuidados com a pele		
A- Banho deve ser com água bem quente	1	2,3
B- Região íntima limpa e seca com troca de fraldas frequente	1	2,3
C- Exposição solar antes das 10h e após 16h evita osteoporose	12	27,9
D- Limpeza deve ser com água morna e sabonete neutro	2	4,7
E- Deve-se esfregar bastante, massageando áreas avermelhadas	12	27,9
F- Mudança de posição do idoso acamado a cada 2 horas	1	2,3
G- Deve-se arrastar o idoso acamado ao movimentá-lo	0	0,0
H- Uso de cremes hidratantes neutros	2	4,7
I- Uso somente de micropores sobre a pele para fixação	13	30,2
J- Quanto mais secas as feridas, melhor a cicatrização.	34	79,1
QUESTÃO 2- Locomoção (dificuldade para andar, 2 quedas sem fraturas)		
A- Somente com cadeiras de rodas	6	14,0
B- Deixa andar sozinho e fica observando por perto	31	72,1
C- Apoia-se ao lado que apresenta mais dificuldades	3	7,0
D- Sempre solicita auxílio de outra pessoa	13	30,2
QUESTÃO 3- Dieta (dificuldade para engolir, facilmente se engasga)		
A- Mingau, gelatina e purês	2	4,7
B- Feijão e farofa	1	2,3
C- Sopas cremosas	0	0,0
D- Maçã e banana amassadas, sucos e carne moída	24	55,8
E- Pão francês e chá	7	16,3
F- Torradas e leite	5	11,6
G- Vitaminas de frutas, pudins e polenta	1	2,3
QUESTÃO 4- Eliminações (dificuldade para evacuar há 3 dias)		
A- Supositório/vaselina anal	6	14,0
B- Massagens abdominais circulares	1	2,3
C- Estimular exercícios	4	9,3
D- Laxante de costume	36	83,7
E- Mais sucos de caju	21	48,8
F- Mais verduras e legumes	0	0,0
QUESTÃO 5- Medicação (dormiu às 22:30h, antibiótico de 8 em 8h e foi dado às 15h)		
A- Deixa dormir, pois próximo horário é somente no outro dia	10	23,3
B- Deixa dormir e só dá quando acordar, pois muito agitado	3	7,0
C- Acorda no horário e dá com cautela	2	4,7
D- Tenta dar em silêncio, diluída, com uso de seringa na boca	17	39,5
E- É importante que tome, mesmo faltando apenas um comprimido	0	0,0
QUESTÃO 6- Mitos/Estereótipos (Envelhecimento/Idosos)		
A- Todo idoso é doente	3	7,0
B- Processo normal com diminuição da capacidade de adaptação	5	11,6
C- Muitos são inativos, improdutivos e não têm vida sexual	20	46,5
D- Há diminuição da massa óssea e da força muscular	0	0,0
E- Muitos são rígidos e inflexíveis	28	65,1
F- Doenças como hipertensão, diabetes, etc são comuns	2	4,7
G- Muitos são abandonados por suas famílias	41	95,4
H- Quase todo idoso tem incontinência urinária	35	81,4
I- As atividades importantes não são somente as religiosas...	2	4,7
J- Há diminuição da velocidade dos reflexos	5	11,6
L- Falar em tom alto e devagar, de frente, olhando de frente para ele	24	55,8

5- DISCUSSÃO

Fatores históricos e culturais revelam que cuidar é função da mulher, porque ela é destinada por natureza, para a vida doméstica, para ser mãe e cuidar da família, primeiro dos filhos, depois do marido e posteriormente dos velhos e doentes. Assim são atribuídas, às mulheres, funções que são vistas pelo senso comum como funções femininas. O cuidar do outro configura como mais uma das tarefas "naturais da mulher"^(28,57). Diversos estudos apontaram a grande participação feminina para os cuidados com idosos^(30,39,40,45). Quanto ao perfil dos cuidadores que participaram da pesquisa, houve o predomínio de pessoas do sexo feminino.

Vários autores consideram a idade um aspecto importante na atividade do cuidador devido à demanda de esforço físico exigida para auxiliar os idosos dependentes, principalmente em relação às AVDs. Neste estudo, a maioria dos cuidadores possuía idade entre 32 a 41, com média de 37 anos e desvio padrão de $\pm 9,8$ anos. Este resultado se aproxima dos obtidos pelo estudo de Ribeiro et al⁽³⁹⁾ onde a maioria dos cuidadores tinham menos de 50 anos.

O tempo de serviço predominante foi inferior a cinco anos, com média de dois anos e meio, mas também houve tempo mínimo de 0,04 ano representado por cuidadores recém-contratados. Neste estudo, foi referido pelo coordenador e responsável técnico de algumas instituições como dificuldades, o fator *"turnover"* assim como a falta de profissional qualificado e responsável para desempenhar a função.

Segundo Ribeiro et al⁽³⁹⁾, o estresse profissional pode ser um fator que explique e influencie no pouco tempo de trabalho. A presença de estresse em algum momento no trabalho foi referida pela maioria dos cuidadores deste estudo devido, principalmente, às condições e à organização do trabalho caracterizado por cansaço, carga horária extensa, trabalhar só, falta de tempo, burocracia, fluxo do serviço, falta de recursos materiais e/ou problemas de relacionamento com a chefia ou equipe. Quanto à carga horária semanal, a maioria possuía uma jornada de trabalho de até 48 horas semanais, mas destes muitos faziam jornada de 12 horas o que pode caracterizar a exaustão. Além disso, o motivo da opção pelo trabalho como cuidador de idosos foi na maioria das vezes por necessidade econômica embora uma grande parte tenha se inserido por aptidão pessoal. Na pesquisa realizada por Martinez e Bretas⁽³⁸⁾, tais motivos também foram apontados caracterizando por um

lado a realização pessoal por gostar do trabalho e por outro, o sofrimento ocasionado por dificuldades referentes a relacionamento interpessoal (com chefia, equipe, idosos e familiares), sendo que o emprego foi a oportunidade profissional que surgiu no momento da procura.

Ao questionar os responsáveis e coordenadores sobre momentos de estresse nos cuidadores, a maioria afirmou a percepção por motivos ligados principalmente às condições e organização do trabalho, caracterizados por sobrecarga de trabalho, tipo de trabalho, cansaço; falta de tempo, funcionários ou colaboração de colega. Para descontração, estimular a integração e potencializar a qualidade de saúde dos cuidadores, a fim de amenizar as angústias vivenciadas no trabalho, a introdução semanal de técnicas de exercícios para relaxamento, foi sugerida, no estudo de Martinez e Bretas⁽³⁸⁾. Além disso, as atividades ludo-terapêuticas (música, recreação, dança e outras técnicas expressivas) que envolviam os idosos também foram apontadas por Rodrigues et al⁽⁴⁰⁾ como importantes para os cuidadores. A maioria dos responsáveis e coordenadores referiu o desenvolvimento de atividades de lazer e/ou momentos de interação entre os funcionários, que se restringiam a confraternizações em datas comemorativas ou assuntos técnicos (discussões, palestras) com poucas referências de atividades de lazer mais elaboradas como ginástica, canto, música. Apesar de alguns não responderem o motivo da não realização, a falta de tempo foi o mais apontado, sendo reflexo da deficiência de recursos humanos para atender toda a demanda das instituições, gerando assim, o estresse.

A sobrecarga de trabalho também pode estar associada ao fato de que, em algumas instituições, alguns cuidadores também desempenhavam atividades relacionadas ao preparo da dieta, limpeza e lavanderia (serviços gerais). Esta duplicidade de funções também foi detectada por Ribeiro⁽⁴⁵⁾ e colaboradores com verbalização dos cuidadores sobre a falta de tempo para se dedicar mais aos idosos. Segundo a RDC nº283/2005⁽⁴³⁾, as ILPIs devem ter em seu quadro funcionários com vínculo formal para limpeza, serviços de alimentação e de lavanderia de acordo com a área e número de idosos da instituição. Embora, somente nas instituições A e C, o número de idosos ultrapasse de 20, atendendo às exigências desta RDC com quadro de pessoal para serviços gerais, a deficiência destes profissionais em

algumas instituições pode comprometer a qualidade da assistência ao idoso, principalmente considerando o grande número de dependentes totais.

O envelhecimento é um processo complexo e multifatorial, sendo que a idade cronológica não é a única forma de mensurá-lo, pois é influenciado também por fatores ambientais e socioculturais que interagem e regulam tanto o funcionamento típico quanto o atípico do indivíduo que envelhece^(11,58). Compreender este processo é importante, pois favorece a assistência à saúde desta população, considerando que o estudo da gerontologia contribui para qualificar recursos humanos para o cuidado do idoso, respeitando seus limites e suas peculiaridades^(11,59). Muitos profissionais da área de saúde consideram os idosos englobados na faixa etária do adulto, resultando em inexpressiva assistência para as particularidades da atenção ao idoso, com priorização de aspectos específicos de doenças como hipertensão e diabetes o que sugere a necessidade de serviço especializado de assistência à saúde do idoso⁽⁶⁰⁾. No estudo de Ribeiro et al⁽⁴⁵⁾, mesmo os profissionais com curso superior ou técnico na área de enfermagem, descreveram a importância do trabalho na instituição em sua formação, ou seja, o ensino formal não lhes forneceu o embasamento suficiente para sua prática. O nível de escolaridade referido com mais frequência foi o 2º grau completo; no entanto, foi significativo o número de cuidadores com 1º grau incompleto, sendo uma condição preocupante. Por outro lado, a maioria tem formação na área da saúde, principalmente como auxiliar de Enfermagem. Ao contrário de estudos anteriores que mostraram a falta de formação de cuidadores principalmente em instituições filantrópicas⁽³⁸⁻⁴¹⁾, nesta pesquisa todos os cuidadores da ILPI A de caráter filantrópico apresentavam formação técnica na área da saúde, mesmo não havendo idosos com dependência total. Além dessa instituição, duas de caráter privado também eram constituídas por 100% de cuidadores com curso de auxiliar ou técnico de Enfermagem. Somente nestas três ILPIs, o curso é um critério de seleção adotado no processo de contratação segundo coordenadores, sendo mais considerada a entrevista para coordenadores, de maneira geral, e outros como indicação, por exemplo, para os responsáveis. No entanto, em se tratando de curso específico na área de Saúde do Idoso, somente uma pequena parte realizou e não somente destas instituições.

O uso de EPIs foi mencionado pela maior parte dos cuidadores, principalmente as luvas que foram referidas por todos; porém, não foi possível

avaliar se a utilização ocorria nas situações apropriadas conforme o que é estabelecido pela Norma Regulamentadora 32 (NR32). “A NR32 tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.” “Para fins de aplicação desta NR, entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade”⁽⁶¹⁾. Considerando que as ILPIs são responsáveis pela atenção ao idoso com diferentes graus de dependência, nota-se a importância da aplicação desta norma para as atividades desenvolvidas pelos cuidadores. Segundo a NR32, “os Equipamentos de Proteção Individual – EPI, descartáveis ou não, deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição”. Além disso, “todos trabalhadores com possibilidade de exposição a agentes biológicos devem utilizar vestimenta de trabalho adequada e em condições de conforto”⁽⁶¹⁾. Nesta pesquisa, nem todos utilizavam em algum momento avental apesar de estarem submetidos a riscos biológicos, tendo em vista o contato com diversos fluidos corporais durante atividades de higiene, por exemplo. Somente uma ocorrência de acidente de trabalho foi relatada, mas não houve notificação da mesma por receio de depender do INSS para pagamento do salário o que leva à suposição da possibilidade de mais ocorrências subnotificadas que passaram despercebidas por desconhecimento da importância da comunicação. Conforme a NR32, “em toda ocorrência de acidente envolvendo riscos biológicos, com ou sem afastamento do trabalhador, deve ser emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT”. No entanto, a CAT não contempla pessoas não celetistas, domésticas e trabalhadores informais e o regime de trabalho (tipo de contrato) estabelecido não foi questionado neste estudo.

Quanto à situação vacinal, houve contradições em relação ao que foi respondido à pergunta referente a vacinas de modo geral com a resposta ao especificar cada tipo de vacina. Percebeu-se a falta de informação quanto às indicações de cada vacina, principalmente da Influenza, não sendo possível checar claramente o número de vacinas em atrasos devido a poucas apresentações da carteira de vacinação. Segundo a NR32, o programa de imunização ativa contra

tétano, difteria, hepatite B assim como contra outros agentes biológicos a que haja exposição e os estabelecidos no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO, NR-7) deve ser fornecido, a todo trabalhador dos serviços de saúde, gratuitamente. Cabe também ao empregador, o controle da eficácia da vacinação e a providência, se necessário, de seu reforço sempre que for recomendado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos. O empregador deve ainda assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação, devendo, nestes casos, guardar documento comprobatório e mantê-lo disponível à inspeção do trabalho⁽⁶¹⁾. Percebeu-se, então, que não há esta preocupação nas instituições.

Quanto aos exames, a maioria realizou algum tipo de controle até o período de um ano, mas citaram vários tipos em condições diversas, não sendo possível relacioná-los com controles periódicos necessários para a Saúde do Trabalhador. Tais resultados levam a refletir sobre a possível falta de controle regular dos responsáveis pelas instituições de medidas preventivas cabíveis dentro da NR-7, podendo ser explicada também pela grande rotatividade de funcionários. Contudo, não há uma regulamentação voltada especialmente aos cuidadores de idosos sobre direitos trabalhistas, sendo que a RDC nº 283/2002 estabelece normas com a finalidade de garantia de segurança aos idosos.

Cuidador de idosos é uma ocupação inserida na Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego com o Código 5162-10 (Cuidador de pessoas idosas e dependentes, Cuidador de idosos domiciliar e Cuidador institucional), classificação de empregado doméstico⁽⁶²⁾, sem sindicatos representativos, conselhos, com poucas associações de classe, sendo uma função não regulamentada por lei. Segundo a DECISÃO COREN-SP-DIR/010/1999⁽⁶³⁾, a criação de cursos de "cuidador de idoso", coloca no mercado "profissionais" desqualificados que exercerão atividades privativas dos profissionais de enfermagem definidos na Lei 7.498/86. Esta decisão proíbe a promoção e acompanhamento por profissionais de enfermagem de qualquer estágio de alunos de cursos de "cuidador de idoso". No caso de atendimento a indivíduos com elevado grau de dependência, exige-se formação na área da saúde, devendo o profissional ser classificado na função de técnico/ auxiliar de enfermagem com garantia de

direitos trabalhistas. Neste estudo, considerando o expressivo número de cuidadores com 1º grau incompleto para atender grande número de idosos com dependência total nestas instituições, o estabelecimento de critérios para a função de cuidadores, torna-se urgente. Estas medidas devem ser tomadas de forma ágil tendo em vista o rápido crescimento da população idosa e a crescente tendência à institucionalização.

O processo de cuidar é complexo, envolvendo dificuldades na prática diária para a maioria dos cuidadores no desempenho de suas funções. As principais dificuldades apontadas foram referentes a recursos humanos como a falta de funcionários com tempo escasso para muitas atividades, estar só no período noturno e principalmente, em situação de emergência ou a exigência da força física com o excesso de peso do idoso. Em seguida, destacaram-se dificuldades relacionadas à habilidade técnica (troca de fralda, medicação ou locomoção de idoso cadeirante) e/ou psicológica (lidar com o comportamento do idoso com resistência ou agressividade por transtornos mentais e doenças como Alzheimer bem como compreender idoso não contactuante). Esses achados se assemelham aos resultados apresentados no estudo de Ribeiro et al⁽⁴⁵⁾ em que a dificuldade mais frequentemente relatada pelos cuidadores foi de relacionamento com o idoso seguida por dificuldades na transferência do idoso muitas vezes com problemas de mobilidade que demanda fisicamente e numericamente dos cuidadores. Além disso, os autores também citaram, apesar de manifestados somente por cuidadores das instituições filantrópicas, cansaço e excesso de trabalho com duplicidade de funções.

Quanto às necessidades, é interessante notar que um número menor de cuidadores referiu à presença quando comparados aos que afirmaram dificuldades existentes. As necessidades relatadas foram ligadas a recursos, principalmente humanos (contratação de mais funcionários, melhor remuneração) seguidos de materiais ou físicos. No entanto, apesar de levantarem dificuldades quanto à habilidade técnica e/ou psicológica, uma pequena parte percebe a necessidade de capacitação, principalmente sobre abordagem integral ao idoso, com diferença estatística entre estas duas variáveis. Segundo o dicionário da língua portuguesa^(64,65), a palavra

dificuldade significa: *“Qualidade do que é difícil, impedimento, obstáculo”*, enquanto necessidade significa: *“Aspiração natural e muitas vezes inconsciente.”*

As causas de institucionalização de idosos mais relatadas pelos cuidadores foram as relacionadas à condição familiar e não pessoal. A maioria apontou a falta de estrutura familiar caracterizada por: tempo indisponível devido à necessidade de trabalhar e não ter quem cuide; falta de estrutura financeira e/ou psicológica com inabilidade e despreparo p/ cuidar; preferência em institucionalizar por receio de contratar alguém para cuidar com medo de maus tratos; condições do idoso com necessidades especiais como problemas mentais; familiar também idoso, adoecendo de cuidar. No entanto, o segundo motivo mais citado foi à rejeição familiar (abandono, recusa e falta de paciência). No estudo de Perlini et al⁽²⁵⁾, estacaram-se motivos ligados à estrutura familiar ao questionar familiares de idosos institucionalizados, mas os autores já reconheciam a existência, na concepção de muitas pessoas, do estereótipo de que os asilamentos ocorrem em virtude de filhos que querem "se livrar" dos pais idosos e dependentes ou não e que não se adaptam aos "tempos modernos".

De acordo com o artigo 3º do Estatuto do Idoso⁽¹⁶⁾: *“É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.”* O modo como o idoso deve ser tratado que mais se destacou na visão dos cuidadores foi por meio de sentimentos de afetividade e doação como: carinho, amor, atenção, dedicação, paciência e serenidade, como um familiar próximo, o que traz uma imagem do idoso como um ser muito carente que demanda muita atenção. O estudo de Rodrigues et al⁽⁴⁰⁾ sobre representações sociais sobre o cuidado ao idoso de cuidadores formais em uma instituição da cidade de Ribeirão Preto-SP obteve resultados semelhantes. Cuidar de idosos representava um trabalho de apoio e autoajuda e a afetividade foi um dos elementos simbólicos manifestados além de, muitas vezes, atitude maternal. Para eles, a velhice é uma fase de degradação, triste, solitária e monótona, sem perspectiva de projetos, com pouca ou nenhuma atribuição social aos idosos vistos como frágeis e dependentes. Tratamentos com infantilização e fragilização do idoso também foram referidos no presente estudo. O

idoso necessita ser mais estimulado como um ser ativo no processo de cuidado. Desenvolver atividades que estimulem a autonomia dos idosos é uma das funções das ILPIs, estabelecida pela RDC nº 283/2005⁽⁴³⁾.

Estas percepções sobre o idoso e o processo de envelhecimento se manifestaram também de forma nítida nos resultados obtidos na questão técnica sobre mitos e estereótipos em que nenhum cuidador acertou na íntegra. Segundo Duarte⁽⁴⁹⁾, envelhecer é um processo fisiológico e natural que vai sendo construído no transcorrer da existência humana com diminuição progressiva da reserva funcional. As alterações relacionadas à idade são modificadas por ambiente, hereditariedade e eventos patológicos relacionados com o tempo, bem como a raça, etnia e cultura que podem ser tratados e, possivelmente, revertidos⁽⁴⁷⁾.

O envelhecimento humano pode ser compreendido como um processo complexo e composto pelas diferentes idades: cronológica, biológica, psicológica e social⁽⁵⁸⁾. Assim, deve-se ter a cautela de não atribuir sinais e sintomas próprios do processo de envelhecimento a doenças, assim como atribuir alterações patológicas encontradas no idoso ao seu envelhecimento natural. A idade cronológica refere-se somente ao número de anos que tem decorrido desde o nascimento da pessoa e ela, por si só, não causa o desenvolvimento⁽⁵⁸⁾. Já a idade biológica é definida pelas modificações corporais e mentais que pode ser compreendido como um processo que se inicia antes do nascimento do indivíduo e se estende por toda a existência humana⁽⁵⁸⁾. Como exemplo dessas modificações, há diminuição da massa óssea e da força muscular nos idosos, porém é um equívoco afirmar que muitos são rígidos e inflexíveis. A pele fica mais fina e friável, menos elástica e com menos oleosidade, sendo importante cuidado como a hidratação, evitar procedimentos abrasivos à higiene, a adequada exposição solar (antes das 10 e após as 16h para prevenção da osteoporose) bem como a manutenção do meio úmido no leito da lesão, justificando a primeira questão^(48,49,58). A audição também diminui ao longo dos anos, porém normalmente não interfere no dia a dia sendo que na comunicação, deve-se manter um tom de voz normal e não alto, pois há uma diminuição da capacidade auditiva para altas frequências^(49,58). A perda de neurônios diminui o peso e o volume do encéfalo, havendo também redução da memória e da rapidez de aprendizagem e dos reflexos, mas mesmo assim, há preservação das funções mentais^(49, 58). A incontinência urinária é uma alteração patológica e é erroneamente

atribuída como uma decorrência natural do envelhecimento⁽⁴⁸⁾. Em seguida, a idade social é definida pela obtenção de hábitos e *status* social pelo indivíduo para o preenchimento de muitos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social⁽⁵⁸⁾. Corresponde aos comportamentos atribuídos aos papéis etários que a sociedade determina para os seus membros, sendo que ela atribui aos aposentados o rótulo de improdutivos e inativos⁽⁵⁸⁾. Contudo, a velhice é uma experiência heterogênea e complexa, pois para alguns a aposentadoria pode significar o desengajamento da vida social e, para outros, o início de uma vida social prazerosa, composta por atividades e lazer⁽⁵⁸⁾. Ao contrário do que muitos pensam, a prática sexual também ocorre na terceira idade embora a resposta seja mais lenta^(49,58). Por último, a idade psicológica diz respeito, por um lado, à relação que existe entre a idade cronológica e às capacidades psicológicas (percepção, aprendizagem e memória) e por outro, ao senso subjetivo de idade, ou seja, a forma que cada pessoa avalia a presença ou a ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento com outras pessoas da mesma faixa etária⁽⁵⁸⁾. O idoso não perde a capacidade de raciocínio e a idade não leva ao declínio das funções intelectuais, uma vez que a presença de patologias, e não a idade em si, está envolvida na maior parte dos problemas que interferem nas habilidades cognitivas dos idosos⁽⁵⁸⁾. O aumento da idade não significa necessariamente adoecer; com medidas preventivas pode-se manter o idoso em condições saudáveis nos domínios físico e cognitivo, mantendo a autonomia de vida por longo período⁽¹¹⁾. Dessa forma, o idoso é um ser capaz que pode e deve ter projeto de vida, com perspectivas de autorrealização, através do incentivo ao desenvolvimento de atividades no meio social.

Além do desenvolvimento de atividades que estimulem a autonomia dos idosos, como atribuições das ILPIs há: a promoção da integração social dos idosos e de condições de lazer tais como atividades físicas, recreativas e culturais⁽⁴³⁾. Em nenhuma instituição, desenvolve-se atividade física e dentre as sociais, relataram aniversários, grupos de convivência, dinâmica recreativa, passeios com filhos, visitas, brincadeiras e jogos. As outras atividades promovidas com menor frequência foram as artísticas (filmes, música), intelectuais (leitura, palavras cruzadas), manuais (oficinas de artesanato, crochê) e somente em uma instituição, atividade turística (passeios a outras cidades). Um estudo realizado em Feira de Santana na Bahia

revelou que a prática regular de atividade de lazer se restringiu a uma pequena proporção da população idosa com predominância da caminhada e reforça-se a necessidade de implementação de políticas públicas para viabilizar e ampliar instrumentos de lazer de uso coletivo (áreas verdes, centros de lazer, praças e parques) e para sensibilizar as pessoas a se engajar em atividades planejadas, promovendo políticas de inclusão social⁽⁶⁶⁾. A caminhada se destaca por ser uma atividade física natural que ocorre sem custos e por fazer parte das recomendações médicas⁽⁶⁶⁾. No entanto, nestas instituições, não há promoção desta atividade com relatos de necessidade de espaços planejados para recreação bem como considerações quanto à debilidade física ou resistência de idosos institucionalizados. Outra pesquisa realizada com idosos institucionalizados de duas ILPIs, concluiu que programas de estimulação a partir da prática de atividades cognitivas (lúdicas, dinâmicas e práticas de tarefas direcionadas à estimulação da memória e atenção) e atividades físicas (exercícios moderados como aquecimento, alongamento, movimentos básicos e ritmados de membros, relaxamento e exercícios respiratórios) produzem efeitos positivos (embora não estatisticamente significativos) na capacidade cognitiva geral e na depressão de idosos institucionalizados, sugerindo mais estudos na área⁽⁶⁷⁾. Dessa forma, entende-se a importância da expansão destas atividades de forma regular em todas as instituições, considerando que a grande maioria dos coordenadores do presente estudo referiu inexistência. Segundo Creutzberg et al⁽⁶⁸⁾, a atenção à saúde do idoso, em geral, está centrada na cura e reabilitação com muita raridade nas ILPIs. de programas sistemáticos de promoção da saúde e de atividades de educação em saúde com vistas à manutenção da capacidade funcional.

Considerando que a RDC nº283/05 foi aprovada mediante a necessidade de prevenção e redução dos riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos residentes em ILPIs⁽⁴³⁾ percebe-se neste estudo que nas questões relacionadas à locomoção, dieta, eliminações e medicação houve um número expressivo de cuidadores que afirmaram condutas que geram risco à segurança dos idosos, demonstrando desconhecimento de cuidados básicos. O uso crônico de laxantes pode ocasionar dismotilidade intestinal, devendo ser evitado⁽⁴⁸⁾. Além disso, o caju é uma fruta constipante⁽⁶⁹⁾, não recomendada para idosos com constipação. Os pacientes com disfagia geralmente apresentam tosse e/ou engasgos ao receberem

líquidos com necessidade de ajuste da textura de líquidos (espessados) e dos alimentos pastosos de acordo com as condições do paciente, garantindo o fornecimento adequado^(50,51,69). Manter a postura em 90° também proporciona segurança durante a alimentação bem como ao medicar um idoso, devendo acordá-lo nestas condições⁽⁴⁸⁾. A deambulação de um idoso com riscos de quedas é importante, mas com auxílio do cuidador que deve permanecer bem próximo do idoso, ao lado em que ele apresenta alguma deficiência, colocando um braço em volta da cintura e o outro apoiando a mão, independente de outra pessoa⁽⁴⁸⁾.

Dificuldades quanto ao cuidado do idoso também foram citadas pelos responsáveis (exceto de uma instituição) e coordenadores. As dificuldades apontadas pelos coordenadores foram mais direcionadas a fatores internos como condições de trabalho caracterizadas pela falta de recursos enquanto para os responsáveis, a fatores externos relacionados à referência e contrarreferência de idosos ou rede de apoio. Acredita-se que os coordenadores, de um modo geral, estão mais próximos dos cuidadores, considerando que alguns deles também são cuidadores e por isso, os obstáculos para eles são mais de ordem interna. No entanto, quando se trata da falta de rede de apoio referida pela maior parte dos responsáveis, também é englobada a falta de recursos financeiros com necessidade de recursos públicos. No estudo de Creutzberg et al⁽⁶⁸⁾ realizado em ILPIs de caráter público ou privado e sem fins lucrativos, percebeu-se que há dificuldades nas relações entre as ILPIs e o Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o Estatuto do Idoso (artigo 15): “É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos”⁽¹⁶⁾. No entanto, esta articulação de ações e serviços não ocorre de maneira satisfatória, havendo obstáculos para atender o princípio de integralidade. Segundo Creutzberg et al⁽⁶⁸⁾, embora a legislação exija uma equipe para atender à demanda das ILPIs, a relação com os serviços de saúde é inevitável, uma vez que, em diversos momentos, há a necessidade de exames diagnósticos, referência a especialidades ou hospitalização. No estudo desses autores, dirigentes das ILPIs citaram como dificuldades, especialmente nos serviços de saúde de atenção básica: a falta de reconhecimento da ILPI como pertencente à área

geográfica de abrangência exceto em campanhas de anti-influenza, a discriminação bem como a falta de humanização no atendimento ao idoso, dificuldade de acesso à medicação pela necessidade de cadastramento o que sugeriu o desconhecimento da gestão do serviço e dificuldade de acesso também aos recursos materiais para controle de diabéticos por falta de delegação do controle com troca de informações necessárias ao programa.

De acordo com a RDC nº283/05⁽⁴³⁾, a ILPI deve elaborar, a cada dois anos, um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde, indicando os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção (públicos ou privados), bem como referências, caso se faça necessário. Este plano deve prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando aspectos de promoção, proteção e prevenção e deve ser avaliado anualmente⁽⁴³⁾. Em caso de intercorrência médica, cabe ao responsável técnico providenciar o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no plano de atenção e comunicar ao responsável legal do idoso⁽⁴³⁾. Este direcionamento é dificultado principalmente quando se considera a falta de recursos humanos referida por muitos entrevistados, havendo em algumas situações cuidador único, especialmente no período noturno. Quanto à falta de ambulância, a instituição deve ainda, segundo a RDC nº283/05⁽⁴³⁾, dispor de um serviço de remoção destinado a transportar os idosos, segundo o estabelecido no Plano. Nas ILPIs do estudo de Creutzberg et al⁽⁶⁸⁾, este problema não foi apontado, pois referiram uma boa relação com o serviço municipal de ambulância e de remoção bem como convênios com empresas privadas delas mesmas ou dos idosos. Além disso, parcerias com iniciativas privadas em serviços especializados facilitavam a agilidade para realização de exames diagnósticos. Em casos de atendimento em emergências ou hospitalização, foram relatados pelo estudo desses autores⁽⁶⁸⁾, o desrespeito e a não priorização do idoso assim como a problemática da decisão de hospitalizá-lo, com falta de envolvimento familiar neste processo, desconsiderando o direito de autonomia do idoso quando possível. No presente estudo, dificuldades quanto ao familiar foram referidas tanto por coordenadores quanto por responsáveis na mesma proporção também foram mencionadas com atitudes de ausência ou cobrança.

Creutzberg et al⁽⁴¹⁾ explicam que esta dificuldade de relação entre as ILPIs e os familiares de idosos ocorre devido ao processo de institucionalização "mal

trabalhado” pela ILPI, de um lado, e “mal elaborado” pela família, de outro. Segundo os autores, a ILPI após a institucionalização, procura (restabelecer a parceria, quando esta não acontece naturalmente, mas depois exclui a família no cuidado, com apoio funcional e instrumental esporádico do familiar. As famílias não se envolvem no auxílio funcional pelo fato de depositarem na instituição a tarefa de cuidar, mas há também limites existentes na ILPI à participação delas como a restrição de horário para as visitas dos familiares. A família, junto com seu idoso, deve ser o foco da instituição e considerada também como cliente, havendo que se encontrar alternativas para a inclusão desse importante recurso, e consequente ressonância na ILPI, com a qualificação do cuidado ao idoso⁽⁴¹⁾.

A falta de direcionamento adequado do idoso às ILPIs quando acompanhado por outros serviços também foi apontada, dificultando assim a continuidade do tratamento por falta de informações.

Sobre a falta de serviço domiciliar disponível, no Estatuto do Idoso (artigo 15) também é ressaltado que a prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de medidas tais como: *“atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural”*⁽¹⁶⁾. O serviço domiciliar já é ineficiente para dar suporte a cuidadores familiares, sendo que para Nardi e Oliveira⁽⁷⁰⁾, faz-se necessário a formação de redes de apoio, integrando sistemas informais e formais, sugerindo treinamento das equipes do Programa de saúde da Família (PSF) com foco de atenção ao idoso e seu cuidador e ainda a articulação com outras instituições locais. Considerando que o motivo da institucionalização dos idosos no presente estudo é principalmente pela falta de estrutura familiar para atender aos idosos que são, na maioria, muito dependentes e que somente uma instituição é filantrópica, cabe muita discussão quanto à real necessidade de serviço domiciliar nestas instituições privadas, devendo ser muito bem estabelecida no Plano de Atenção Integral à Saúde.

Para Creutzberg et al⁽⁶⁸⁾, a clareza acerca dos serviços, dos processos de referência e contrarreferência, das possibilidades e a estimulação por meio da proposição de alternativas pode resultar em acoplamento estrutural mais bem

sucedido entre as ILPIs e o SUS. Os autores sugeriram ainda a aplicação do mesmo estudo a membros do SUS para melhor investigação desta relação. Contudo, percebe-se que existe a necessidade de estabelecimento das responsabilidades dos dois segmentos voltados à atenção ao idoso, principalmente em se tratando de ILPIs privadas com melhor integração destes serviços de forma a garantir a continuidade do tratamento com integralidade das ações, destacando também o papel de promoção à saúde.

Quanto às facilidades no cuidado ao idoso, a acessibilidade referida tanto por coordenadores e principalmente por responsáveis leva a refletir sobre a passividade do idoso no processo de cuidado, levando em conta o grau de dependência. Além disso, muitos coordenadores consideram que a equipe está preparada para cuidar do idoso.

No Brasil, a avaliação da qualidade dos cuidados oferecidos nas ILPIs brasileiras não é feita de forma sistemática apontando resultados conflitantes e, em função desta dificuldade de avaliação, alguns autores determinaram a qualidade da atenção prestada aos idosos a partir da estrutura das mesmas⁽⁷¹⁾. Segundo a RDC nº283/05⁽⁴³⁾, compete às ILPIs a realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento da instituição. No entanto, neste estudo a avaliação da qualidade da assistência ao idoso nas ILPIs também não ocorre de forma sistemática, limitando-se pela maior parte, à observação ou verbalização entre a equipe com inexistência de instrumentos, considerando a baixa concordância à aplicação do coeficiente de concordância “Kappa”. Além dos instrumentos de avaliação geriátrica como o Índice de Katz e de Tinetti⁽¹⁵⁾, em um estudo foi utilizado um instrumento desenvolvido com a utilização do conceito de Conjunto de Elementos Essenciais de Enfermagem⁽⁷²⁾. Este instrumento de avaliação de saúde do idoso institucionalizado demonstrou-se capaz de agregar os dados mais importantes para subsidiar a assistência de enfermagem na atenção a este idoso⁽⁷²⁾. A aplicação de instrumentos permite um melhor acompanhamento da pessoa idosa com avaliação constante da assistência. Anualmente, deve-se encaminhar à Vigilância Sanitária o consolidado do ano anterior de indicadores referente a agravos à saúde estabelecidos na RDC nº283/05 para avaliação⁽⁴³⁾. Houve poucos relatos de ocorrência de agravos nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, destacando-se um caso de úlcera de pressão em quatro ILPIs o que reforça a importância de cuidados

com a pele do idoso. A ocorrência de queda com lesão é de notificação imediata⁽⁴³⁾, mas a queda referida somente em uma ILPI não gerou lesão.

No que diz respeito ao gerenciamento de recursos, as principais dificuldades foram referentes a recursos humanos, especialmente relacionados ao número insuficiente. Segundo Camarano e Kanso⁽⁷³⁾, a maior parcela das despesas das ILPIs é destinada ao pagamento dos seus funcionários, o que corresponde a 52,5% do total. Dessa forma, o custo elevado justifica esta deficiência de profissionais. As instituições brasileiras vivem principalmente do recurso aportado pelos residentes e/ou familiares. Financiamento público é a segunda fonte de recursos mais importante, responsável por aproximadamente 20% do total, mas as ILPIs contam também com recursos próprios, que compõem 12,6% do total do financiamento⁽⁷³⁾. Neste estudo, a maioria das ILPIs depende de recursos próprios com ou sem a participação do familiar, sendo de natureza privada. De acordo com o levantamento de Camarano e Kanso⁽⁷³⁾, das instituições brasileiras criadas entre 2000 e 2009, a maioria é privada com fins lucrativos (57,8%). No presente estudo, somente duas instituições recebiam doações e dois coordenadores (25%) referiram a utilização de recursos públicos, sendo um pertencente à ILPI filantrópica e o outro, a uma ILPI privada que utiliza o recurso somente para aquisição de medicamentos.

Apesar de muitos coordenadores apontarem como facilidades o preparo da equipe com competência, humanização da assistência, muitos referiram necessidades referentes à capacitação de profissionais.

A capacitação dos cuidadores na área de gerontologia é uma das diretrizes apontadas tanto pelo Estatuto do Idoso quanto pela RDC nº283/05^(16,43). Embora a maioria dos responsáveis e coordenadores referisse o desenvolvimento de treinamentos internamente, houve profissionais de algumas instituições que referiram ausência por motivos referentes à falta de estrutura das instituições ou por julgar desnecessário. Temas como higiene, dieta, primeiros socorros e curativo são os mais abordados, mas erros de questões referentes a alguns destes temas surgiram de forma expressiva principalmente com relação à cicatrização das lesões. Além disso, a realização destas atividades de educação permanente de forma sistematizada torna-se duvidosa devido à baixa concordância ao analisar o coeficiente de Kappa das respostas obtidas entre os coordenadores e responsáveis da mesma instituição, exceto sobre dieta com concordância mediana. Esta baixa

concordância pode sugerir a falta de integração entre os profissionais com distanciamento do processo de trabalho. Sobre cursos realizados externamente, os coordenadores estimulam mais a participação dos cuidadores do que os responsáveis. No entanto, principalmente os responsáveis relataram não ficar sabendo de muitos cursos, passando despercebidamente o que sugere a necessidade de maior divulgação.

Gerontologia é a “área de conhecimento científico voltado para o estudo do envelhecimento em sua perspectiva mais ampla, levados em conta os aspectos clínicos, biológicos, condições psicológicas, sociais, econômicas e históricas”⁽⁷⁴⁾. Com relação aos conhecimentos quanto à assistência ao idoso, percebe-se que os resultados obtidos nas questões técnicas não sofreram variações ao comparar as instituições, mas de um modo geral, quem tinha formação na área da saúde obteve melhores médias. No entanto, somente esta formação não permite uma compreensão ideal do processo de envelhecimento e das reais necessidades do idoso ao considerar que nenhum cuidador obteve 100% de acertos, com grande frequência de erros em alguns itens que demandam conhecimentos básicos, principalmente no tema “Mitos e estereótipos”. No estudo de Montanholi et al⁽⁵⁹⁾, discentes relataram mudanças conceituais e possibilidade de rever preconceitos em relação ao idoso, após cursar o conteúdo de enfermagem gerontológica, contribuindo assim para a qualificação de recursos humanos para o cuidado do idoso. Para Diogo⁽²⁶⁾, o envelhecimento compreende múltiplas dimensões e por isso, considera a importância da capacitação de maneira formal de recursos humanos especializados tendo em vista a escassez de conhecimento gerontogeriátrico dos profissionais da saúde com a promoção de eventos de curta duração para a formação. A gerontologia é multidisciplinar, pois reúne conceitos teóricos provenientes de diferentes disciplinas, em torno do seu objeto de estudo. É interdisciplinar em função da complexidade do fenômeno da velhice que exige não apenas a união de conhecimentos existentes em diversas disciplinas, mas também a construção de um novo corpo de conhecimento científico que orienta a sua prática⁽⁷⁵⁾.

Quanto à realização de cursos específicos na área de Saúde do Idoso, foram poucos cuidadores que relataram. Dessa forma, percebe-se a importância de estender conteúdos gerontológicos nos currículos de cursos especializados assim

como uma maior preocupação dos dirigentes das ILPIs no processo de seleção dos cuidadores e na promoção de atividades de educação permanente com intermédio de órgãos envolvidos na assistência ao idoso.

O papel do enfermeiro em relação ao idoso é abrangente, englobando a educação em saúde, a gerência de recursos humanos e de materiais e a realização da assistência qualificada. Nem todos os responsáveis técnicos das ILPIs eram enfermeiros, mas segundo a RDC nº283/05⁽¹⁶⁾, este profissional deve possuir formação de nível superior, exigência contemplada nas instituições deste estudo. No entanto, havia enfermeiros no quadro de funcionários em todas estas ILPIs, com deficiência de outros profissionais na maioria delas o que pode dificultar a atuação interdisciplinar.

A educação em saúde tem um significado muito importante na busca da saúde de forma integral por colaborar na reorientação das práticas e saberes dos profissionais, trazendo como resultado a melhoria da qualidade de vida e do fortalecimento dos sujeitos⁽⁷⁶⁾. A utilização da educação como uma forma de cuidar na enfermagem transcende os preceitos básicos do cuidado, pois por meio do educar o enfermeiro potencializa a capacidade de cuidar, e a utilização desta os capacita a intervir de forma construtiva nas relações desenvolvidas entre os sujeitos, onde um aprende com o outro⁽⁷⁷⁾. É necessário partir do pressuposto que para cuidar bem de alguém, é necessário minimizar o estresse do dia a dia e investir em conhecimento, lazer, além do autocuidado. Para isso, devem ser definidas prioridades como o equilíbrio entre trabalho e descanso e investimento em conhecimentos e experiências, lazer, arte e criatividade⁽⁶⁹⁾.

Dessa forma, conforme estudos anteriores^(20,26,37-39), a necessidade de capacitação para os cuidadores, embora não referida por todos neste estudo, é de extrema relevância a partir da educação em saúde com uma atuação interdisciplinar considerando as dificuldades referentes às condições de trabalho bem como o processo de cuidar do idoso nas ILPIs.

6- CONCLUSÕES

Este estudo apontou que o processo de cuidar para a maioria dos cuidadores das ILPIs de Botucatu-SP é acompanhado por dificuldades referentes principalmente às condições e organização de trabalho com sobrecarga, que geram estresse, sendo que a maioria aceitou o emprego por necessidade econômica.

Problemas de estrutura das instituições foram referidos tanto por coordenadores e responsáveis como a deficiência de recursos, especialmente humanos que representa altos custos, com necessidade de recursos públicos, sendo que somente uma é de caráter filantrópico e as demais instituições são de natureza privada. Dificuldades quanto à referência e contrarreferência de idosos foram relatadas, sugerindo a necessidade de melhor integração dos serviços com definição clara das responsabilidades para atendimento do princípio da integralidade das ações. Para isso, o Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes deve ser bem elaborado por meio de uma articulação adequada com o gestor local de saúde em se tratando, principalmente de instituições privadas.

Percebe-se que, de um modo geral, não há medidas de preservação da saúde destes trabalhadores como o desenvolvimento de atividades de lazer bem elaboradas assim como controle de exames periódicos e vacinação.

Cuidador de idosos é uma ocupação, porém não regulamentada por lei o que dificulta os direitos trabalhistas. No entanto, a qualificação desta ocupação é bastante discutida, gerando preocupação quanto à segurança dos idosos que recebem seus cuidados.

Quanto à formação dos cuidadores destes estudos, a maioria apresentava 2º grau completo e formação na área da saúde. Porém, havia um número significativo de cuidadores com 1º grau incompleto atuando e um número reduzido de cuidadores que realizaram curso específico na área da saúde do idoso. Ao contrário dos estudos anteriores, na instituição filantrópica, todos eram pelo menos auxiliares de Enfermagem e tanto nesta instituição quanto em mais duas de caráter privado, o curso na área da saúde foi considerado como um critério de seleção para a contratação dos cuidadores, não sendo um pré-requisito nas demais.

No entanto, quando foram analisados os conhecimentos dos cuidadores, a variação das médias das instituições foi pequena, havendo associação somente das médias das pontuações dos temas com a formação na área da saúde no geral. Ao

se considerar o número expressivo de erros existente em alguns itens das questões, percebe-se desconhecimento de cuidados básicos, principalmente com relação ao tema “Mitos e Estereótipos”. Concepções preconceituosas sobre o idoso e o processo de envelhecimento ainda aparecem com frequência. Fragilidade e carência são representações da velhice que manifestaram na opinião dos cuidadores sobre o modo como o idoso deve ser tratado, não estimulando dessa forma o autocuidado.

Há restrição de atividades que estimulem a autonomia e promovam a integração social e as condições de lazer tais como atividades físicas, recreativas e culturais apesar de ser determinação da RDC nº 283/2005. Este fato pode ser explicado pelo predomínio de idosos com grau de dependência total, exceto na instituição filantrópica.

Esta dependência total predominante é preocupante, reforçando a necessidade de preparo dos cuidadores para atender às necessidades dos idosos. Condutas que colocam em risco a segurança destes idosos foram relatadas mediante a aplicação das questões. Percebe-se desta forma que somente o curso na área da saúde não basta, considerando também a complexidade do processo de envelhecimento que sofre influência de múltiplos fatores. Poucos cuidadores neste estudo relataram a realização de cursos específicos na área de saúde do idoso, sendo importante a expansão de conteúdos gerontológicos nos currículos de cursos especializados. Além disso, critérios para a função de cuidador devem ser estabelecidos como medida de segurança aos idosos, exigindo responsabilidades para seu cuidado.

Não havia avaliação da qualidade de assistência de forma sistemática nas ILPIs, limitando-se mais à observação/verbalização entre a equipe e o agravo ao idoso, mais referida, foi a úlcera por pressão, reforçando a importância de cuidados com a pele.

A falta de estrutura familiar foi a principal causa da institucionalização de idosos apontada pelos cuidadores, mas em seguida foi a rejeição familiar, sendo também um estereótipo manifestado com frequência na questão técnica relacionada. Dificuldades na relação com familiares também foram relatadas tanto pelos coordenadores quanto responsáveis, sendo que a família é um importante agente no cuidado ao idoso.

Apesar de dificuldades quanto à habilidade técnica e psicológica para cuidar do idoso terem sido relatadas com frequência, a capacitação não é percebida como prioridade dentro das necessidades, havendo até mesmo cuidadores que acham desnecessária. Ao considerar a baixa concordância entre responsáveis e coordenadores da mesma instituição, a realização de atividades de educação permanente preconizada pela RDC nº 283/2005 parece não ser priorizada de forma sistematizada embora referida pela maioria.

A promoção de atividades de educação permanente com intermédio de órgãos envolvidos na assistência ao idoso deve ser valorizada nestas instituições. Para isso, a educação em saúde é uma ferramenta importante com envolvimento de uma equipe interdisciplinar, favorecendo tanto os cuidadores por meio de considerações de suas experiências e necessidades de autocuidado quanto os idosos que devem ser estimulados como seres ativos neste processo de cuidado com manutenção de sua independência e autonomia.

Tais medidas devem ser adotadas com urgência, considerando o rápido crescimento da população idosa e a consequente tendência à institucionalização onde se espera que o idoso tenha um atendimento digno e com qualidade.

7- REFERÊNCIAS:

- 1- Organização das Nações Unidas. Assembléia Mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125. Viena: ONU; 1982.
- 2- Brasil. Lei 8842, de 4 de Janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso [Internet]. [15 maio 2009]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/110060/lei-8842-94>
- 3- Paschoal SMP, Franco RP, Salles RFN. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. Tratado de Gerontologia. 2a ed rev ampl. São Paulo: Atheneu; 2007. p.39-56.
- 4- Garcia MAA, Rodrigues MG, Borega RS. O envelhecimento e a saúde. Rev Ciênc Med. 2002;11(3):221-31.
- 5- Godinho RE, Rodrigues EM. Condições de sobrevivência e mortalidade dos idosos no Estado de São Paulo. In: Anais do 12º Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP; 2000 Out 23-27; Caxambu, MG; 2000.
- 6- Carandina L, Almeida MAS, coordenadores. Botucatu em Dados 2008. Botucatu: Departamento de Saúde Pública, Centro de Saúde Escola da FMB/UNESP e Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu; 2008.
- 7- Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública.1997;31(2):184-200.
- 8- Papaléo Netto M. Processo de envelhecimento e longevidade. In: Papaléo Netto M. Tratado de Gerontologia. 2a ed rev ampl. São Paulo: Atheneu; 2007. p.3-14.
- 9- Paschoal SMP. Autonomia e Independência. In: Papaléo Netto M. Tratado de Gerontologia. 2a ed rev ampl. São Paulo: Atheneu; 2007. p.609-21.

-
- 10- Veras R. Atenção preventiva ao Idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: Papaléo Netto M. Tratado de Gerontologia. 2a ed rev ampl. São Paulo: Atheneu; 2007. p.655-69.
 - 11- Santos FH, Andrade VM, Bueno OFA. Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicol Estud.* 2009;14(1):3-10.
 - 12- Gatto IB. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1999. p.109-13.
 - 13- Papaléo Netto M, Yuaso DR. Interdisciplinaridade em Gerontologia: Aspectos conceituais e objetivos. In: Papaléo Netto M. Tratado de Gerontologia. 2a ed rev ampl. São Paulo: Atheneu; 2007 p. 149-61.
 - 14- Beendendo RS, Gurgel JM. Interdisciplinaridade na assistência domiciliária. In: Papaléo Netto M. Tratado de Gerontologia. 2a ed rev ampl. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 701-09.
 - 15- Carvalho GA, Peixoto NM, Capella PD. Análise comparativa da avaliação funcional do paciente geriátrico institucionalizado por meio dos protocolos de Katz e Tinetti. *Rev Digital [Internet]*. 2007 [acesso 2 jul 2010]; 12 (114): Disponível em: <http://www.efdeportes.com>
 - 16- Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do idoso. [Internet]. Brasília: Dataprev; 2003. [15 maio 2009]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm>
 - 17- Leme LEG. O idoso e a família. In: Papaléo Netto M. Tratado de Gerontologia. 2a ed rev ampl. São Paulo: Atheneu; 2007. p.217-23.
 - 18- Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da Saúde do Idoso. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2007;11(3):520-5.

-
- 19- Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(2): 254-62.
 - 20- Simonetti JP, Ferreira JC. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):19-25.
 - 21- Cerqueira ATR, Oliveira NIL. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicol USP*. 2002;13(1):133-50.
 - 22- Nascimento LC, Moraes ER, Silva JC, Veloso LC, Vale ARMC. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(4):514-7.
 - 23- Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Rev Lat-Am Enferm*. 2007;15(2):337-43.
 - 24- Mazza MMPPR, Lefèvre F. A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. *Saúde Soc*. 2004;13(3):68-77.
 - 25- Perlini NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):229-36.
 - 26- Diogo MJDE. Formação de recursos humanos na área de saúde do idoso. *Rev Lat-Am Enferm*. 2004;12(2):280-2.
 - 27- Gordilho A, Nascimento JS, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espíndola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000.

-
- 28- Wanderley MB. Publicização do papel do cuidador domiciliar. São Paulo: IEE/PUC-SP; Brasília: Secretaria de Assistência Social - MPAS; 1998.
- 29- Carletti SMM, Rejani MI. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: Papaleó Netto M. Gerontologia. São Paulo:Atheneu; 1996. p.415-9.
- 30- Kawasaki K, Diogo MJD. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(3):257-64
- 31- Duarte MJRS. Cuidadores? Por que e para quê? Atenção ao idoso no domicílio. Rev Enferm. 1996;34:126-30.
- 32- Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA. Instituição de Longa Permanência para Idosos: a imagem que permanece. Texto & Contexto Enferm. 2008;17(2):273-9.
- 33- Kemper P, Murtauger DM. Lifetime use of nursing home care. N Engl J Med. 1991;324:595-600.
- 34- Born T. Cuidado com idoso em instituição. In: Papaléo Netto M. Tratado de Gerontologia. 2a ed rev ampl. São Paulo: Atheneu; 2007. p.743-58.
- 35- Espitia AZ, Martins JJ. Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros. Arq Catarin Med. 2006;35(1):52-59.
- 36- Araújo LF, Coutinho, MPL, Carvalho VAML. Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. Psicol Cienc Prof. 2005;25(1):118-31.
- 37- Pestana LC, Santo FHE. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):268-75.
- 38- Martinez SHL, Brêtas ACP. O significado do cuidado para quem cuida do idoso em uma instituição asilar. Acta Paul Enferm. 2004;17(2):181-8.

-
- 39- Ribeiro MTF, Ferreira RC, Ferreira EF, Magalhães CS, Moreira AN. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. *Ciênc Saúde Colet*. 2008;13(4):1285-92.
- 40- Rodrigues RA.P, Andrade OG, Marques S. Representaciones sociales del cuidado del anciano em trabajadores de salud em um ancianato. *Rev Latino-am Enferm*. 2001;9(1):7-12.
- 41- Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Santos BRL. A comunicação entre a família e a Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2007;10(2):147-60.
- 42- Maffioletti VLF, Loyola CMD, Nigri F. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. *Ciênc Saúde Colet*. 2006;11(4):1085-92.
- 43- Resolução da Diretoria Colegiada. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. [Internet]. [15 maio 2009]. Disponível em: http://www.portal.saude.al.gov.br/suvisa/files/rdc_283.pdf
- 44-- Souza JAV, Freitas MC, Queiroz TA. Violência contra os idosos: análise documental. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(3):268-72.
- 45- Ribeiro MTF, Ferreira RC, Magalhães CS, Moreira NA, Ferreira EF. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(6):870-5.
- 46- Veiga KCG, Menezes TMO. Produção do conhecimento em enfermagem: a (in) visibilidade da atenção à saúde do idoso. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4):761-8.
- 47- Hargrove-Huttel RA. Enfermagem Gerontológica. In: Hargrove-Huttel RA. *Enfermagem Médico-Cirúrgica: série de estudos de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. cap. 22. p.502-22.

-
- 48- Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
- 49- Duarte YAO. O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso. In: Ministério da Saúde, organizador. Manual de enfermagem Programa de Saúde da Família. Brasília: O Ministério; 2002.
- 50- Isosaki M, Cardoso E. Manual de dietoterapia e avaliação nutricional: serviço de nutrição e dietética do Instituto do Coração - HCFMUSP. São Paulo: Atheneu; 2004.
- 51- Leão LSCS, Gomes MCR. Manual de nutrição clínica: para atendimento ambulatorial do adulto. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
- 52- Duarte YAO, Andrade C L, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(2):317-25.
- 53- Dumazedier J. Valores e conteúdos culturais do lazer. São Paulo: SESC; 1980.
- 54- Marcelino N.C. Lazer e humanização. Campinas: Papirus; 1995.
- 55- Kotz S, Johnson NL. Encyclopedia of statistical sciences. New York: John Wiley & Sons; 1983. v.4, p.352-4.
- 56- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics.1977;33:159-75.
- 57- Silva IF. As relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras. In: Karsch UMS. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998. p.147-70.
- 58- Schneider RH, Irigaray TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estud Psicol. 2008;25(4):585-93.

-
- 59- Montanholi LL, Tavares DM S, Oliveira GR, Simões ALA. Ensino sobre idoso e gerontologia: visão do discente de enfermagem no estado de Minas Gerais. *Texto & Contexto Enferm.* 2006;15(4):663-71.
- 60- Diogo MJDE, Ceolim MF, Cintra FA. Implantação do grupo de Atenção à Saúde do Idoso (GRASI) no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): Relato de experiência. *Rev Latino-am Enferm.* 2000;8(5):85-90.
- 61- Reis RS. *Segurança e Medicina do Trabalho: normas regulamentadoras.* São Caetano do Sul: YENDIF Editora; 2006.
- 62- Ministério do Trabalho e Emprego. Instruções - Preenchimento da CTPS. [Internet]. Brasília: MTE; 2010 [20 jun 2010]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/trab_domestico/trab_domestico_ctps.asp
- 63- Conselho Regional de Enfermagem. Decisão COREN-SP-DIR/010/1999 [Internet]. São Paulo: COREN; 1999 [20 jun 2010]. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/node/3856>
- 64- Dicionariodoaurelio [Internet]. Necessidade [28 jun 2010]. Disponível em: www.dicionariodoaurelio.com
- 65- Dicionariodoaurelio [Internet]. Dificuldade [28 jun 2010]. Disponível em: www.dicionariodoaurelio.com.
- 66- Almeida MMG, Moreira RF, Araújo TM, Pinho PS. Atividades de lazer entre idosos, Feira de Santana, Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2005;29(2):339-52.
- 67- Tavares L, Takase E, Chaves AA, Schmidt B, Guidoni BC. Programas de estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas. *Rev Digital [Internet].* 2009 feb [20 jun 2010]; 13 (129). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>

-
- 68- Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Ojeda BS. A instituição de longa permanência para idosos e o sistema de saúde. *Rev Latino-am Enferm.* 2007;15(6):273-9.
- 69- Conceição LFS. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. *Rev Med Minas Gerais.* 2010;20(1):81-91
- 70- Nardi EFR, Oliveira MLF. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008;29(1):47-53.
- 71- Born T, Boechat SN. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2006. p. 1131-41.
- 72- Ribeiro RC, Marin HE. Proposta de um instrumento de avaliação da saúde do idoso institucionalizado baseado no conceito do Conjunto de Dados Essenciais em Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(2):204-12.
- 73- Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Estud Popul.* 2010;27(1):233-5.
- 74- Organización Mundial de la Salud. *La salud de las personas de edad.* Ginebra: OMS; 1989.
- 75- Pavarini SCL, Mendiando MSZ, Barbam E, Varoto VAG, Filizola CLAI. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? / The art of caring for the elderly: gerontology as a profession? *Texto & Contexto Enferm.* 2005;14(3):398-402.
- 76- Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev Saude Publica.* 1997;1(2):209-13.

-
- 77- Ferraz F, Silva LWS, Silva LAA, Reibnitz KS, Backes VMS. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. Rev Bras Enferm. 2005;58(5):607-10.

ANEXO 1

Comprovante de aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 05 de outubro de 2.009

OF. 382/2009-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof^a. Dr^a. Ilda de Godoy
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu,

Prezada Prof^a Ilda,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa, (Protocolo CEP 3345-2009) "**Caracterização da necessidade de educação em saúde dos cuidadores de idosos em instituições não hospitalares de Botucatu-SP**", que será conduzido por Graziela Félix Cornélio, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer **favorável**, aprovado em reunião de 05/10/09.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "**Relatório Final de Atividades**".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.

Justificativa de alteração no título do projeto de pesquisa



Declaramos que o Projeto de Pesquisa “Caracterização da necessidade de educação em saúde dos cuidadores de idosos em instituições não hospitalares de Botucatu-SP” aprovado pelo CEP em 05/10/09, teve seu título alterado para ““Caracterização da educação em saúde dos cuidadores formais em Instituições de Longa Permanência para Idosos de Botucatu-SP”, sem nenhuma alteração no seu conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

A presente alteração foi efetuada somente para adequação do título da Dissertação de Mestrado.

Botucatu, 02/08/2010

Nome/Assinatura do(a) aluno(a) Graziela Félix Cornélio

Nome/Assinatura do(a) orientador (a) *Profa Dra Ilda de Godoy*

Programa de Pós Graduação em Enfermagem –Mestrado Profissional

RESOLUÇÃO Nº 8 - UNESP DE 11/04/2010

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO 1 (Ao responsável técnico e/ou coordenador)

Data: ____/____/____

1) Data de Nascimento: ____/____/____.

2) Sexo: () F () M

3) Grau de escolaridade: _____

4) Formação: _____

5) N° de idosos abrigados: Total: _____. (_____ independentes, _____ dependentes parcialmente, _____ dependentes totalmente). Outros abrigados: _____.

*Para classificação, utilizar a **Escala de Katz** ⁽⁵²⁾ abaixo como sugestão:

Atividade	Avaliação	Pontuação
Banho	- Não necessita assistência (1 pt) - Recebe assistência para lavar uma parte do corpo (1 pt) - Recebe assistência total ou para lavar mais que uma parte (0 pt)	
Vestuário	- Veste-se sem assistência (1 pt) - Auxílio somente para calçar sapatos (1 pt) - Recebe assistência para vestir-se e despir-se (0 pt)	
Higiene pessoal	- Vai ao banheiro sem assistência (Exceto à noite) 1 pt) - Recebe assistência para ir ao banheiro ou limpar-se (0 pt) - Não realiza o ato de eliminação fisiológica no banheiro (0 pt)	
Transferência	- Move-se dentro e fora da cama sem assistência (1 pt) - Move-se dentro e fora da cama com assistência (0 pt) - Não levanta-se da cama (0 pt)	
Alimentação	- Alimenta-se sem assistência (1 pt) - Auxílio para corte de carne (1 pt) - Alimenta-se com assistência parcial ou total (0 pt)	
Continência	- Continente (1 pt) - Incontinência ocasional (0 pt) - Incontinente (0 pt)	
Total		

Capacidade funcional – Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD): conjunto de tarefas que a pessoa necessita para cuidar de si (auto-cuidado). Pontuação: 6 = independente, 4 = dependência parcial, 2 ou menos = dependência total.

6) Nº de funcionários: _____ cuidadores. _____ médicos/ _____ enfermeiros/ _____ técnicos de enfermagem/ _____ auxiliares de Enfermagem / _____ psicólogos/ _____ fisioterapeutas/ _____ assistentes sociais/ _____ terapeutas ocupacionais/ _____ fonoaudiólogos/ _____ outros (especificar): _____.

7) No processo de contratação, qual(is) o(s) critério(s) de seleção: () currículo
() experiência anterior na área () curso na área
() entrevista () outros (especificar): _____

8) Você ou outro profissional desenvolve treinamentos nesta instituição para a assistência ao idoso? () Não (especificar motivo): _____.
() Sim (frequência): () semanal () mensal () semestral () anual
() esporádica () outra: _____.
Quais: () curativo () dieta () legislação () locomoção () higiene
() psicologia () 1^{os} socorros () outros: _____.

9) É realizado confraternizações, atividades de relaxamento, momentos de interação entre os funcionários? () Não (especificar motivo): _____.
() Sim (frequência): () semanal () mensal () semestral () anual
() esporádica () outra: _____.
Quais: _____

10) A respeito de cursos da área promovidos externamente, você:
() procura informar os profissionais, estimulando a realização.
() somente informa se não “atrapalhar” o horário de serviço.
() não fica sabendo de muitos que ocorrem, passando despercebido.

11) Você avalia a qualidade da assistência ao idoso prestada nesta instituição? Se sim, como? Existe algum instrumento (se possível cópia)? _____

12) Qual foi o nº de idosos residentes por dia nos últimos 30 dias?

Na tabela abaixo, especificar o número de casos:

Ocorrência de casos de:	Nos últimos 30 dias	No momento
a) Diarréia:		
b) Desidratação:		
c) Escabiose:		
d) Pneumonia:		
e) Quedas/acidentes		-----

No momento, há casos de: Desnutrição: () Não () Sim (quantos e baseado em que parâmetro – peso, altura(IMC)?): _____.

Úlceras por pressão/ escaras: () Não () Sim (quantos?): ____.

13) Nesta instituição, são desenvolvidas atividades de lazer com os idosos (atividades físicas, recreativas, culturais)? () Não () Sim (quais?): _____

() diariamente () semanalmente () mensalmente () esporadicamente

14) Quais as dificuldades e necessidades quanto ao gerenciamento da instituição quanto a:

a) Recursos humanos: _____.

b) Recursos materiais*: _____.

c) Espaço físico: _____.

d) Clientela: _____

* A disponibilidade de fraldas, medicamentos depende de qual fonte? () doações () recursos próprios () recursos públicos () outra: _____

15) Você nota momentos de estresse nos cuidadores? () Não () Sim. Relacionados a quais fatores? _____

16) Quais as dificuldades e facilidades ao cuidar do idoso?

Dificuldades	Facilidades

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO 2 (Aos cuidadores)

Data: ____/____/____

- 1) Grau de escolaridade: () analfabeto () 1º grau incompleto
() 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo
() curso profissionalizante: _____.
() outros: _____.

2) Data de nascimento: ____/____/____.

3) Sexo: () F () M.

4) Qual a sua carga horária semanal e seu horário de serviço? _____

5) Formação quanto à área de Saúde do Idoso: () nenhuma.

() curso de cuidador com carga horária total de até 8 horas.

() curso de cuidador com carga horária total de 9 a 20 horas.

() curso de cuidador com carga horária total de 21 a 31 horas.

() curso de cuidador com carga horária total de 32 horas ou mais.

() outro curso (especificar): _____.

Estes cursos específicos abordaram temas referentes a: () curativo () dieta

() legislação () locomoção () higiene () psicologia () 1º socorros

() recreação () biossegurança () ética () outros: _____.

6) Há quanto tempo você trabalha nesta instituição e qual o motivo que o levou a procurar este serviço? _____

_____.

7) Você, no seu serviço: () nunca se estressa () raramente se estressa
() sente-se a maior parte do tempo estressado. Quando se estressa, o que normalmente causa o estresse: _____

8) Na sua opinião, por que os idosos são institucionalizados?

9) Como um idoso deve ser tratado? _____

10) Suas vacinas estão em dia? () Não. () Sim: () Hep. B () dT () Gripe
Apresentação de carteira de vacinação: () Sim () Não

Você utiliza: Luvas: () nunca () raramente () sempre.

Jaleco: () sempre () raramente () nunca.

Máscaras: () sempre () raramente () nunca.

Já sofreu algum acidente de trabalho nesta instituição? () Não () Sim: foi
notificado? _____

Quando você fez os últimos exames de rotina e quais foram? _____

11) Quais as dificuldades e necessidades para o desempenho das suas funções?

Dificuldades	Necessidades

12) Que tipos de treinamentos (cursos) você acharia importante para melhor cuidado ao idoso? _____

QUESTÕES TÉCNICAS (Aos cuidadores):

Para cada questão, assinale V (verdadeiro) ou F (falso):

1) Dentre os cuidados com a pele de um idoso:

- () O banho deve ser com água bem quente.
- () Deve-se manter bem limpa e seca a região íntima com troca de fraldas frequente.
- () A exposição solar desde que antes das 10 horas e após às 16 horas evita a osteoporose.
- () A limpeza deve ser com água morna e sabonete neutro.
- () Durante a limpeza, deve-se esfregar bastante, massageando as áreas avermelhadas.
- () O idoso acamado deve ser mudado de posição a cada 2 horas.
- () Ao movimentar um idoso acamado, deve-se arrastá-lo na cama.
- () Deve-se usar cremes hidratantes neutros.
- () Para fixação, deve-se utilizar somente micropores sobre a pele.
- () Nos curativos, quanto mais secas ficarem as feridas, melhor será a cicatrização.

2) Sobre um idoso lúcido que anda com dificuldade e já teve 2 quedas sem fraturas:

- () Deve somente ser carregado através de cadeira de rodas para não ter riscos, proibindo-o de andar sozinho.
- () Você deve deixá-lo andar sozinho e ficar observando por perto.
- () Você deve apoiar-se ao lado que apresenta maiores dificuldades, colocando uma mão sua embaixo do braço ou axila dele e segurando a mão dele com sua outra.
- () Você sempre deve solicitar auxílio de outra pessoa para locomovê-lo.

3) Se um idoso está com dificuldade para engolir e facilmente se engasga, são ideais os tipos de alimentos:

- () mingau, gelatinas e purês () feijão e farofa () sopas cremosas
- () maçã e banana amassadas, sucos e carne moída. () pão francês e chá
- () torradas e leite () vitaminas de frutas, pudins e polenta.

4) Se um idoso está com dificuldades para evacuar há 3 dias, você deve:

- ☐) aplicar diretamente um supositório/ vaselina com o dedo no ânus.
- ☐) fazer massagens na barriga em movimentos circulares
- ☐) estimular exercícios.
- ☐) dar um laxante de costume.
- ☐) dar mais sucos de caju.
- ☐) dar mais verduras e legumes.

5) Um idoso ficou horas da noite agitado e somente conseguiu dormir às 22:30h. Está tomando antibiótico (1 comprimido de 8 em 8 horas por 7 dias), sendo que o último comprimido foi dado às 15:00h e só falta mais um. Você:

- ☐) deve deixá-lo dormir tranquilo, pois o próximo horário é somente no outro dia.
- ☐) deve deixá-lo dormir e só dar quando ele acordar, pois estava muito agitado.
- ☐) o acorda no horário e dá a medicação com cautela.
- ☐) deve tentar dar em silêncio, introduzindo a medicação diluída na boca com uma seringa.
- ☐) embora falte apenas o último comprimido, é importante que ele tome.

6) Sobre idoso e envelhecimento:

- ☐) Todo idoso é doente.
- ☐) No envelhecimento, o corpo vai sendo deteriorado com diminuição da capacidade de adaptação, sendo um processo normal.
- ☐) Muitos idosos são inativos, improdutivos e não têm vida sexual.
- ☐) Nos idosos, há uma diminuição da massa óssea e da força muscular.
- ☐) Muitos idosos são rígidos e inflexíveis.
- ☐) Doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes, derrame, insuficiência cardíaca, osteoporose e demências são comuns nos idosos.
- ☐) Muitos idosos são abandonados por suas famílias.
- ☐) Quase todo idoso tem incontinência urinária.
- ☐) As atividades importantes para o idoso não são somente as religiosas, mas também as atividades sociais, recreativas e intelectuais.
- ☐) Nos idosos, há uma diminuição da velocidade dos reflexos.
- ☐) Ao conversar com um idoso, é necessário posicionar-se frente a ele e falar em tom alto e devagar, olhando para ele.

APÊNDICE 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(RESPONSÁVEL E/OU COORDENADOR)

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário da pesquisa: **Caracterização da necessidade de educação em saúde dos cuidadores de idosos em instituições não hospitalares de Botucatu-SP**", de autoria da enfermeira Graziela Félix Cornélio, domiciliada na rua Dr. Antônio Amaral César, 30, Vila Maria, telefone 38157164, orientada pela prof(a) Dra Ilda de Godoy.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

Objetivo da Pesquisa: Esta pesquisa tem por objetivo caracterizar a necessidade de educação em saúde dos cuidadores de idosos em instituições não hospitalares de Botucatu-SP cadastradas na Vigilância Sanitária Municipal, verificando o perfil dos cuidadores destas instituições e as atividades desenvolvidas para assistência ao idoso com reconhecimento das dificuldades e necessidades para o desempenho das funções.

Procedimento de estudo: se concordar em participar da pesquisa, você terá que responder a um questionário aplicado pela própria pesquisadora sobre dados sócio demográficos (idade, sexo, escolaridade, formação), número e grau de dependência dos idosos abrigados, número de funcionários e critérios para processo de contratação, desenvolvimento de atividades de educação em saúde com idosos e funcionários (treinamentos, atividades de lazer, etc), instrumentos de avaliação da assistência ao idoso, dificuldades e necessidades no processo de gerenciamento e no cuidado ao idoso.

Riscos e desconfortos: Esta pesquisa poderá acarretar algum desconforto devido ao tempo dispensado para responder as questões.

Benefícios: Com a análise dos resultados, pretendemos identificar as dificuldades e necessidades quanto à assistência ao idoso, caracterizando a necessidade de educação em saúde nestas instituições para que, posteriormente, sejam propostas medidas preventivas com o intuito de reduzir os agravos à saúde dos idosos, através de uma melhor integração entre os serviços de saúde e as instituições. Além disso, este trabalho poderá contribuir com a capacitação permanente dos profissionais, sobretudo cuidadores, através do planejamento de cursos com parcerias de diversos órgãos envolvidos na assistência ao idoso.

Asseguramos que a Prof(a). Dra. Ilda de Godoy, e eu, Graziela Félix Cornélio, enfermeira, responsáveis por esta pesquisa em Botucatu, estaremos à disposição para qualquer esclarecimento, e que, em qualquer momento o(a) senhor(a) poderá retirar a sua aceitação para participar desta pesquisa e que isto não prejudicará em nada seu atendimento na Policlínica Central. Também garantimos o sigilo absoluto das respostas tanto com relação aos sujeitos quanto às instituições.

Assinatura do Pesquisador Responsável:

Graziela Félix Cornélio

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____ RG/CPF _____, declaro que li ou foi me lido as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pela pesquisadora - (Graziela Félix Cornélio) – os objetivos, procedimentos do estudo que serão utilizados, os riscos e desconfortos, os benefícios, que não haverá custos/reembolsos aos participantes, da confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

LOCAL E DATA:

Assinatura

Graziela Félix Cornélio: R. Dr. Antônio Amaral César, nº 30. Vila Maria. Botucatu-SP. CEP: 18611-210. Fones: 38157164, 91160950. graziela.felix@itelefonica.com.br
Ilda de Godoy: R. Alameda das Sibipirunas, 231. Parque das Cascatas. Botucatu-SP. CEP: 18607-330
Fone: 9784-6104. degodoy@fmb.unesp.br

APÊNDICE 4- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (CUIDADOR)

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário da pesquisa: **Caracterização da necessidade de educação em saúde dos cuidadores de idosos em instituições não hospitalares de Botucatu-SP**", de autoria da enfermeira Graziela Félix Cornélio, domiciliada na rua Dr. Antônio Amaral César, 30, Vila Maria, telefone 38157164, orientada pela prof(a) Dra Ilda de Godoy. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

Objetivo da Pesquisa: Esta pesquisa tem por objetivo caracterizar a necessidade de educação em saúde dos cuidadores de idosos em instituições não hospitalares de Botucatu-SP cadastradas na Vigilância Sanitária Municipal, verificando o perfil dos cuidadores destas instituições e as atividades desenvolvidas nelas para assistência ao idoso com reconhecimento das dificuldades e necessidades para o desempenho das funções.

Procedimento de estudo: se concordar em participar da pesquisa, você terá que responder a um questionário aplicado pela própria pesquisadora sobre dados sócio demográficos (idade, sexo, escolaridade); carga horária e tempo de serviço; motivo da opção pelo serviço; conhecimento, realização de cursos e participação em treinamentos na área de Saúde do Idoso; autocuidado; presença de estresse; visão sobre as necessidades dos idosos institucionalizados; dificuldades e necessidades na assistência ao idoso. Além disso, será aplicado um teste de conhecimento com questões técnicas relacionadas a cuidados básicos com idosos, devendo assinalar se V (verdadeiro) ou F (falso) as afirmações.

Riscos e desconfortos: Esta pesquisa poderá acarretar desconforto devido ao tempo dispensado para responder as questões.

Benefícios Com a análise dos resultados pretendemos identificar as dificuldades e necessidades quanto à assistência ao idoso, caracterizando a necessidade de educação em saúde nestas instituições para que, posteriormente, sejam propostas medidas preventivas com o intuito de reduzir os agravos à saúde dos idosos, através de uma melhor integração entre os serviços de saúde e as instituições. Além disso, este trabalho poderá contribuir com a capacitação permanente dos profissionais, sobretudo cuidadores, através do planejamento de cursos com parcerias de diversos órgãos envolvidos na assistência ao idoso.

Asseguramos que a Prof(a). Dra. Ilda de Godoy, e eu, Graziela Félix Cornélio, enfermeira, responsáveis por esta pesquisa em Botucatu, estaremos à disposição para qualquer esclarecimento, e que, em qualquer momento o(a) senhor(a) poderá retirar a sua aceitação para participar desta pesquisa e que isto não prejudicará em nada seu atendimento na Policlínica Central. Também garantimos o sigilo absoluto das respostas tanto com relação aos sujeitos quanto às instituições.

Assinatura do Pesquisador Responsável:

Graziela Félix Cornélio

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF _____, declaro que li ou foi me lido as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pela pesquisadora - (Graziela Félix Cornélio) – os objetivos, procedimentos do estudo que serão utilizados, os riscos e desconfortos, os benefícios, que não haverá custos/reembolsos aos participantes, da confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

LOCAL E DATA:

Assinatura

Graziela Félix Cornélio: R. Dr. Antônio Amaral César, nº 30. Vila Maria.
Botucatu-SP.

CEP: 18611-210. Fones: 38157164, 91160950.

graziela.felix@itelefonica.com.br

Ilda de Godoy: R. Alameda das Sibipirunas, 231. Parque das Cascatas. Botucatu-SP. CEP: 18607-330

Fone: 9784-6104. degodoy@fmb.unesp.br