

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUCIANA GUIMARÃES MARTINS VASCONCELOS COSTA

**PLANO DE AÇÃO DIRECIONADO AO APERFEIÇOAMENTO DO
CUIDADO PRESTADO AO IDOSO NO CONTEXTO DOMICILIAR**

CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS

2013

LUCIANA GUIMARÃES MARTINS VASCONCELOS COSTA

**PLANO DE AÇÃO DIRECIONADO AO APERFEIÇOAMENTO DO
CUIDADO PRESTADO AO IDOSO NO CONTEXTO DOMICILIAR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof^ª Dr^ª Selme Silqueira de Matos

CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS

2013

LUCIANA GUIMARÃES MARTINS VASCONCELOS COSTA

**PLANO DE AÇÃO DIRECIONADO AO APERFEIÇOAMENTO DO
CUIDADO PRESTADO AO IDOSO NO CONTEXTO DOMICILIAR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Profª Drª Selme Silqueira de Matos

Banca Examinadora

Profª Drª Selme Silqueira de Matos - Orientador

Profª Daclé Vilma Carvalho - Examinador

Aprovado em 24/01/2014

RESUMO

O presente estudo trata-se de um plano de intervenção direcionada ao aperfeiçoamento do cuidado prestado ao idoso no contexto domiciliar. Ressalta o processo de envelhecimento bem como as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores informais e a necessidade de preparo dos profissionais de saúde para atender a essa demanda. Justifica-se pela mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, e em especial a da área de abrangência do PSF Iolanda Pereira Reis no Município de Jeceaba, visto que a situação de cronicidade e longevidade atual contribui para o aumento de idosos com limitações funcionais o que implica uma necessidade de cuidados continuados, de longa duração e cada vez mais complexos o que aumenta a necessidade de uma assistência domiciliar qualificada. Para revisão bibliográfica foram utilizados a base de dados do LILACS, MEDLINE, SCIELO e Biblioteca Virtual do NESCON, utilizando-se os seguintes descritores de modo isolado ou em associações: idoso dependente, família, envelhecimento, saúde do idoso, assistência domiciliar. A relevância deste estudo para os profissionais enfermeiros e demais profissionais das equipes de saúde da família está em aproximar-se da realidade do cuidador, reforçar vínculos e ressaltar a importância de se planejar e implementar ações estratégicas para o apoio, orientação e ainda favorecer o cuidar de si mesmo. A educação em saúde é uma estratégia fundamental pois permitir que ele compreenda o processo do envelhecimento, para atuar de forma a prevenir danos e diminuir a necessidade de hospitalizações.

Descritores: Idoso; Assistência Domiciliar; Cuidador de Idosos

ABSTRACT

The present study is in an intervention plan aimed at improving the care provided to the elderly in the home context. Underscores the aging process as well as the difficulties livings by informal caregivers and the need to prepare health professionals to meet that demand. Justified by the change in the demographic and epidemiological profile of the population, and in particular the area of FHP Iolanda Pereira Reis in the Municipality of Jeceaba, as the current situation of chronicity and contributes to the increased longevity of older people with functional limitations This implies a need continuous care, long lasting and more and more complex which increases the need for a qualified home health care. Dependent elderly, family, aging, elderly health, home care: a literature review for the database LILACS, MEDLINE, SCIELO and Virtual Library of NESCON, using the following key words in isolation or in association were used. The relevance of this study for nurses and other professionals in the family health teams is closer to the reality of the caregiver, strengthen ties and emphasize the importance of planning and implementing strategic actions for the support, guidance and even foster care himself. Health education is a key strategy for allowing him to understand the aging process, to act to prevent damage and reduce the need for hospitalizations.

Keywords: Elderly, Home Care, Caregiver Elderly

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida, segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento na área de abrangência do PSF Iolanda Pereira Reis, Jeceaba, 2013.

Figura 1 - Árvore Explicativa – Prevalência de idosos que necessitam de assistência domiciliar.

Quadro 2 – Desenho de operações para os “Nós Críticos” do problema, dificuldade na assistência ao idoso.

Quadro 3 – Recursos críticos para o problema dificuldade para a assistência domiciliar ao idoso.

Quadro 4 – Propostas de ações para a motivação dos atores.

Quadro 5 – Plano operativo.

Quadro 6 – Acompanhamento do plano de ação.

LISTA DE SIGLAS

PSF – Programa Saúde de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina

LILACS – Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem On-line

SCIELO – Scientific Eletronic Library On-line

CRAS – Centro de Referencia de Assistência Social

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

AVD – Atividades de Vida Diária

ESF – Equipe de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. OBJETIVO	11
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	12
4. DESENVOLVIMENTO.....	13
4.1 Diagnóstico o Situacional do Município de Jeceaba	13
4.2 O Processo de Envelhecimento	15
4.3 O Idoso Dependente	15
4.4 O Cuidador Familiar	16
4.5 A Sobrecarga do Cuidador.....	17
4.6 Assistência no Domicílio	19
4.7 Assistência de Enfermagem e o Idoso	20
4.8 Violência Contra o Idoso.....	22
5. PLANO DE AÇÃO	24
5.1 Definição dos Problemas/Priorização dos Problemas.....	24
5.2 Arvore explicativa dos problemas.....	25
5.3 Nós críticos.....	27
5.4 Desenho das Operações.....	27
5.5 Recursos Críticos.....	29
5.6 Motivação dos Atores.....	29
5.7 Plano Operativo.....	30
5.8 Gestão do plano.....	31
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
7. REFERÊNCIAS.....	35

1. INTRODUÇÃO

Frente às modificações demográficas que revelam aumento acentuado e progressivo do número de idosos no mundo, inclusive no Brasil, e ainda diante do perfil da população, torna-se fundamental a atualização e o preparo dos profissionais para prestarem assistência aos pacientes dessa faixa etária que muito necessitam (DIAZ, 2005). Estima-se que em 2025, a população brasileira terá aumentado cinco vezes em relação à de 1950, ao passo que o número de pessoas com idade superior a 60 anos terá aumentado cerca de 15 vezes. Esse aumento colocará o Brasil na condição de ser o portador da sexta maior população de idosos do mundo, em termos absolutos (IBGE, 2004).

O envelhecimento populacional caracteriza-se pela redução da participação relativa de crianças e jovens, acompanhada do aumento do peso proporcional dos adultos e, particularmente, dos idosos. Em 2008, enquanto as crianças de 0 a 14 anos de idade correspondiam a 26,47% da população total, o contingente com 65 anos ou mais de idade representava 6,53%. Em 2050, o primeiro grupo representará 13,15%, ao passo que a população idosa ultrapassará os 22,71% da população total (IBGE, 2008).

Apesar dos esforços despendidos para garantir uma velhice cada vez mais ativa e saudável, a maioria dos idosos experimenta alguma fragilidade nessa fase. A doença traz consigo um fator emocional de regressão, no sentido de acentuar sentimentos de fragilidade, de dependência, de insegurança. O estado de doença acarreta algumas repercussões psíquicas inevitáveis, como preocupações, angústias, medos, alterações na auto-imagem e algum nível de dependência (DIOGO & DUARTE, 2002).

Para Duca (2009) com o aumento da idade surgem os problemas funcionais e a queda das funções fisiológicas é exponencial. Essas perdas ocorrem principalmente entre os 60 e 70 anos, quando há um acúmulo de alterações nas funções biológicas e cognitivas, uma progressiva queda da memória e um enfraquecimento do sistema imunológico, deixando os idosos mais susceptíveis às patologias agudas ou crônicas.

A perda da capacidade funcional é fator muito preocupante para os familiares, pois requer uma nova organização familiar para enfrentar a situação. A velhice não é sinônima de doença. Entretanto, em idades mais avançadas as limitações visuais, auditivas, motoras e intelectuais, bem como o surgimento de doenças crônico-degenerativas intensificam-se, ocasionando a dependência nas atividades cotidianas (Fiedler, 2008). Quando as condições do

idoso evoluem para um estado de maior dependência física, aumenta a sobrecarga da família, pois além de assumirem os cuidados básicos de higiene e alimentação, assumem os cuidados mais complexos.

A experiência de assumir a responsabilidade por idosos dependentes tem sido colocada pelos cuidadores familiares como uma tarefa exaustiva e estressante, pelo envolvimento afetivo e por ocorrer uma transformação de uma relação anterior de reciprocidade para uma relação de dependência, em que o cuidador, ao desempenhar atividades relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso, passa a ter restrições em relação à sua própria vida. Segundo Caldas (2002), o cuidado que se apresenta de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente é observado em situações nas quais os membros da família não estão disponíveis, estão despreparados ou estão sobrecarregados por essa responsabilidade.

O processo de envelhecimento e a velhice neste país precisam ser objeto de novas propostas profissionais, de novos investimentos sociais e de uma nova postura da nossa sociedade, e traçam o perfil de uma realidade que precisa ser estudada e divulgada.

A falta de preparo dos cuidadores é uma realidade de difícil solução a um curto prazo, tornando importante conhecer o perfil destas pessoas, pois, os problemas vivenciados pelos mesmos são distintos, dependendo das condições socioeconômicas e culturais das famílias.

A atual estrutura familiar que, geralmente é multigeracional e com reduzido número de componentes, deve ser acolhida pela Estratégia de Saúde da Família, uma vez que essa é a porta de entrada da pessoa idosa na atenção básica, devendo criar em conjunto de ações de planejamento do cuidado do idoso e assistir as demais necessidades da família. Para tanto, é necessário avaliar e conhecer a cultura da família, os indivíduos que compõem sua estrutura e como se dá suas relações intra-familiares e sociais (LEITE et al, 2012).

Com o presente estudo, pretende-se fazer emergir a importância educacional dos profissionais de saúde, e em particular dos cuidadores no que diz respeito à assistência familiar ao idoso no domicílio, já que esse assunto, em razão do crescimento acelerado da população idosa, está cada vez mais presente em nossa realidade, buscando assim, a elaboração de um plano de ação para dar subsídios para as famílias, permitindo que estratégias venham a ser traçadas para minimizar as dificuldades encontradas, para proporcionarem uma assistência de qualidade ao idoso.

2. OBJETIVO

Elaborar um plano de ação direcionado ao aperfeiçoamento do cuidado prestado ao idoso no contexto domiciliar.

3. PROCESSO METODOLOGICO

Trata-se de um estudo de intervenção, utilizando a pesquisa descritiva e revisão bibliográfica. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2010).

Será realizada a revisão de literatura através de levantamento bibliográfico de textos, livros, artigos científicos visando ao estudo exploratório-descritivo, publicados nas bases LILACS, MEDLINE, SCIELO e Biblioteca Virtual do NESCON, utilizando-se os seguintes descritores de modo isolado ou em associações: idoso dependente, família, envelhecimento, saúde do idoso, assistência domiciliar e Programa Saúde da Família.

Será realizada leitura detalhada a fim de maiores informações em busca de complementar o trabalho apresentado com objetivo de identificar as necessidades dos cuidadores com vistas a melhoria da assistência ao idoso no domicílio.

4. DESENVOLVIMENTO

4.1 Diagnóstico Situacional do Município de Jeceaba

A partir da realização do Diagnóstico Situacional realizado no Município de Jeceaba, que situa-se na região do Alto Paraopeba, Minas Gerais, possibilitou a visualização da realidade e das necessidades da população e do perfil da comunidade, os pontos mais vulneráveis, por meio do seu perfil epidemiológico, seus aspectos socioeconômicos, culturais e demográficos e fatores de riscos, no qual devemos nos empenhar melhor para proporcionar mudanças. Foi utilizado o método de Estimativa rápida no qual foram examinados registros existentes e observação ativa.

O sistema de saúde do Município é composto de duas Equipes de Saúde da Família com sedes próprias, uma pertencente a Zona Urbana e outra a Zona Rural, no qual é muito extensa, uma Unidade Básica de Saúde e um Hospital de Pequeno Porte. Além dos profissionais médico, enfermeiro e agentes comunitário de saúde conta - se ainda com o apoio de uma equipe multiprofissional no qual fazem parte psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, cirurgião dentista, farmacêutico que fazem o atendimento na Unidade Básica de Saúde e anexos, CRAS, onde também funciona como sede do projeto social desenvolvido pelo município e o Conselho Tutelar. Semanalmente possui atendimento ginecológico e quinzenalmente psiquiatra, cardiologista, dermatologista e ortopedista.

De acordo com os dados do SIAB (2013), o Município de Jeceaba possui uma população de 5777 pessoas, 1772 famílias cadastradas e possui 100% de cobertura do PSF. A população feminina é constituída de 2876 mulheres o qual corresponde a 49,78% e a população masculina de 2901 homens que corresponde a 50,21%. Atualmente possui 34 crianças menores de 1 ano e 925 pessoas idosas acima de 60 anos cadastrados e acompanhados. Em relação ao acompanhamento das doenças crônicas possui 252 diabéticos e 1152 hipertensos dos quais são acompanhados. Possui 1 caso de tuberculose, que se encontra em tratamento supervisionado pela Equipe de Saúde da Família. Não existe nenhum caso de hanseníase registrado no PSF (Programa de Saúde da Família).

Ainda segundo o SIAB (2013), observamos que 974 famílias utilizam a rede pública para o abastecimento de água o que correspondem a 54,96 %, 782 famílias possuem poço/nascente. Não existe tratamento de água no Município e 1673 famílias utilizam a água por meio de filtração, 5 famílias realiza a fervura e 94 famílias utilizam a água sem tratamento

algum que corresponde a 5,30% das famílias. Em algumas das localidades que não existe abastecimento por rede pública, poucas famílias possuem banheiros e o destino das fezes é realizado por fossa. São observados inúmeros atendimentos de crianças e adultos com diarreia e verminoses nessas localidades. Das 1772 famílias, 851 possuem coleta pública do lixo produzido, 674 utilizam a queima e enterro como destino final. Em relação ao destino das fezes/urina, 927 famílias possuem rede de esgoto, 746 possuem fossa e 99 são a céu aberto. As condições de moradia da população local 1765 famílias possuem a casa de tijolo, as outras são de taipa revestida e madeira. Destas famílias, 101 não possuem energia elétrica.

A região Central e algumas localidades Rurais fazem parte do leito do rio Camapuã que deságua no Paraopeba. Nos anos de 1997, 2008 e 2011 essas regiões vem sofrendo por causa das enchentes, que cobrem grande parte das residências e contribui para destruição de algumas, como ocorrido neste ano de 2011, no qual deixou várias famílias desalojadas o que contribui para aumentar o índice de pobreza principalmente das regiões que ficam isoladas no período da enchente, como o Bananal.

Em relação às características gerais da população observou-se que as atividades econômicas prevalentes são comércio, cooperativa de leite, atividades autônoma, pequenos produtores agrícolas e indústria local. A cidade atualmente possui um dos maiores Distrito Industrial do estado e recebe muitos investimentos devido a sua importância da participação na siderurgia, pois abriga usina siderúrgica e fábrica de tubos de aço sem costura, com destaque para as instalações industriais da Vallourec & Sumitomo Tubos do Brasil. Os problemas de saúde permanentes são hipertensão, diabetes, problemas mentais, doenças respiratórias. Os problemas sociais prevalentes são alcoolismo e drogas e a falta de opções de lazer.

Através da observação ativa durante a realização do diagnóstico pôde-se observar que a parcela populacional de idosos constitui-se de um grupo bastante diferenciado, tanto do ponto de vista das condições sociais, quanto no aspecto dos cuidados necessários à sua saúde e ao bem-estar. À medida que as pesquisas atestam o envelhecimento demográfico no País, torna-se necessário maior número de profissionais especializados para o cuidado dessas pessoas que envelhecem, embora, pense-se, que a maior responsabilidade recaia sobre as famílias que convivem com esses idosos.

4.2 O processo de envelhecimento

Papaleo Netto (2006) conceitua o envelhecimento como um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sendo considerado um processo dinâmico e progressivo. O declínio das funções orgânicas, manifestadas durante o envelhecimento, tende a aumentar com o tempo, e pode variar não apenas de um órgão para o outro, mas também é influenciado pelas condições desiguais de vida e de trabalho, a que estiverem submetidas às pessoas idosas, comprometendo sua qualidade de vida.

O processo de envelhecimento muitas vezes é marcado por profundas mudanças no perfil de saúde. Em idosos, a ocorrência das chamadas doenças crônicas, quedas e da incapacidade funcional tendem a aumentar com o avanço da idade, impedindo em muitos casos a total independência e autonomia do indivíduo, fazendo com que necessitem, em alguns casos, de cuidados periódicos em seu domicílio com a supervisão constante de um familiar, ou mesmo de um profissional capacitado.

Existem várias formas de conceituar e construir significados sobre o envelhecer e a velhice, seja embasado em práticas científicas, seja pelo senso comum, porém o que vale no desenvolvimento humano é o respeito a suas peculiaridades e o olhar diferenciado que se deve oferecer a cada grupo (PEREIRA, 2012)

4.3 O Idoso Dependente

Para Caldas (2003) o termo dependência, na prática geriátrica, liga-se a fragilidade e, esta é vista como uma vulnerabilidade que a pessoa apresenta face aos desafios próprios do ambiente. Essa condição é observada, geralmente, em pessoas com uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzem a capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas ou crônicas. Assim, a dependência é um estado no qual se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, necessitam de uma assistência e ou ajuda de outra pessoa para realizar os atos correntes de vida.

Rosa (2003) ressalta que a independência no idoso está relacionada diretamente à sua capacidade em desenvolver as atividades da vida diária sem auxílio, à autonomia e à liberdade em decidir por sua própria vontade, gerenciando sua vida. A pessoa idosa pode ser dependente, requerendo ajuda para o autocuidado, mas, mesmo assim, preservar sua autonomia. Capacidade funcional não significa apenas a capacidade de realização de tarefas

cotidianas, mas a preservação das atividades mentais e a possibilidade de integrar-se socialmente.

Araújo (2011) ainda reforça que há distinção semântica nos termos Independência/Dependência, que não devem ser confundidas com autonomia. Deste modo o conceito de dependência deve desvincular - se do conceito de autonomia. A primeira é funcional, implica a dependência de algo ou de alguém, está circunscrita e relacionada com alteração na saúde que se traduz numa dificuldade ou impossibilidade de realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária. Autonomia tem origem em *autos* (eu próprio) e *nomoi* (lei), designando a capacidade, a liberdade e o direito de estabelecer as próprias leis e capacidades de se autogovernar. Autonomia refere-se à capacidade de decisão de uma pessoa sobre a sua vida, assim, a pessoa idosa pode ser dependente e gozar de total autonomia.

A dependência pode ocorrer em todas as idades mas aumenta a prevalência quando a idade aumenta pelo aparecimento e desenvolvimento de doenças crônicas que podem conduzir a diferentes tipos e níveis de dependência: física, psíquica, econômica, social, sendo que cada uma delas inter- relacionam-se e constitui-se como um todo. A dependência não é um fenômeno novo, sempre existiram pessoas dependentes, contudo hoje é um problema com implicações sociais, psicológicas, econômicas, políticas e financeiras, não só para a pessoa dependente, mas também para quem tem que dispor do seu tempo para ajudar a cuidar da pessoa dependente.

Dessa forma, a promoção da saúde do idoso e o suporte aos familiares e/ou cuidadores representam novos desafios para o sistema de saúde, sendo imperativa a implementação de ações para a atenção das necessidades desta estrutura etária emergente. Existe, na Gerontologia, o consenso de que o cuidado voltado para o idoso pode ser realizado pela família, profissionais e instituições de saúde. Neste contexto, o cuidador informal (familiar, amigos) surge como um parceiro fundamental no cuidado (AGUIAR, 2011).

4.4 O Cuidador Familiar

De acordo com Neves et al (2010) o cuidador é o indivíduo, da família ou não, que assume os cuidados prestados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menor grau) no contexto domiciliar e, nesta função, representa o elo entre paciente/família e equipe interprofissional. Face à insegurança para o enfrentamento da situação, a família que tem certo poder aquisitivo busca ajuda de um cuidador externo, no entanto, aquela com poucas

condições financeiras elege um de seus membros para essa atividade de cuidador (BARBOSA *et al*, 2012). Suas tarefas envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina entre outros; auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa.

Como observado por Neri e Carvalho (2002) o cuidador familiar brasileiro assemelha-se ao perfil dos cuidadores de outros países, especialmente no tocante às suas características sócio-demográficas. Visto que os cuidados são executados pelos cônjuges e filhos, especificamente as filhas, na faixa etária de 45 a 50 anos, solteiras, casadas ou viúvas e, no geral, aposentadas. Quando o cuidador familiar assume a responsabilidade total do cuidado, este é chamado de cuidador primário.

O cuidado domiciliar adequado pode prevenir ou retardar complicações, diminuindo o número de reinternações hospitalares. Por isso, torna-se essencial considerar que, no contexto domiciliar, a presença e atuação qualificada de um familiar é condição fundamental para a implementação de um serviço/cuidado efetivo (PINTO *et al*, 2012). No contexto domiciliar o cuidador informal do idoso vivencia situações a quais ele não se sente preparado para realizar demandando do profissional de saúde a necessidade de orientá-lo, proporcionando apoio e suporte que podem tanto contribuir para melhorar as condições de saúde do idoso, quanto para o próprio familiar que precisa readaptar sua rotina de vida para suprir as necessidades do idoso.

4.5 Sobrecarga do Cuidador

Pinto *et al* (2012) observou que o suporte ao cuidador informal é relevante visto terem papel preponderante no cuidado ao acamado. O estado e as solicitações do doente podem absorver todo o tempo do cuidador, diminuindo os contatos sociais e conseqüentemente conduzindo-o ao isolamento. Essa carga emocional pode estar relacionada à sobrecarga de cuidados dispensada por um único cuidador, exaltando-se as necessidades relacionadas a dividir o cuidado com outra pessoa.

O cuidar de um idoso em ambiente domiciliar é uma tarefa difícil. O cuidado é geralmente delegado a uma pessoa que não possui apenas essa tarefa e acaba conciliando-a com outras atividades, além de não possuir outra pessoa para dividi-las, o que leva a um acúmulo de atividades. É comum o cuidador não ter tempo para lazer ou mesmo para cuidar

de si próprio, tendo, muitas vezes, que abrir mão de seus ideais e ambições para dedicar-se ao doente. O acúmulo de atividades resulta em exaustão e pode levar o cuidador do domicílio ao adoecimento (FERNANDES, 2009). Cuidadores que estão nesse papel desde que o idoso adoeceu, assumindo o cuidado que dificilmente é transferido para outros familiares, remete mais uma vez às dificuldades enfrentadas pelo cuidador que dedica grande parte de sua vida ao cuidado do idoso, o que pode estar comprometendo seu relacionamento familiar e social (VIEIRA, 2010)

O encargo relacionado ao cuidado de idosos dependentes faz com que o cuidador familiar deva ser visto como um cliente que merece enfoque criterioso, no entanto, essa atividade ainda é incipiente nos serviços de saúde. O ato de cuidar é voluntário e complexo, tomado por sentimentos diversos e contraditórios como raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação e choro, culpa pela enfermidade e impaciência por ter que lhe oferecer cuidado e suporte. Esses sentimentos podem ser simultâneos e devem ser compreendidos, fazendo parte da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada. Assim, os cuidadores, se comparados a pessoas da mesma faixa etária que não exercem a função de cuidador, possuem maiores chances de apresentar sintomas psiquiátricos, hipertensão arterial, desordens digestivas, conflitos familiares e problemas no trabalho (ENGELHARDT, 2005). É importante avaliar a presença de estresse entre os cuidadores, sendo um fator de risco da ocorrência de situações de violência contra os idosos ou de adoecimento do próprio cuidador.

Entender que a família possa dar conta de assumir o cuidado da pessoa idosa é uma postura que pode ser considerada um tanto idealista, visto que a família vem sofrendo diversas modificações na sociedade atual e nem sempre tem condições de adotar responsabilidades complexas como, por exemplo, o cuidado do idoso que para isso, muitas vezes, exige que um membro da família deixe de trabalhar (LACERDA, 2002). Por isso, a instituição familiar deve ser inserida no planejamento do cuidado do idoso. Esse cuidado deve assistir tanto as necessidades do idoso, quanto da família, afinal para a família manter um cuidado efetivo, ela deve estar saudável em sua organização.

4.6 Assistência no Domicílio

O cuidado no domicílio ganha destaque com a mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, com o aumento da sobrevida humana e a maior ocorrência de doenças crônico-degenerativas. Tal fato implica na existência cada vez maior de idosos dependentes de suas famílias e dos serviços de saúde (KLOCK, 2011). Há uma estimativa que 10% da população acima de 65 anos necessite de auxílio para realizar tarefas como vestir-se, alimentar-se, tomar banho, ou seja, Atividades de Vida Diárias (AVDs). Dessa forma, a família reassume um papel que há tempos detém, porém há pouco vem sendo preparada pelos serviços de saúde para exercer, o de ser cuidadora, necessitando de apoio emocional e técnico na execução das atividades desenvolvidas no contexto domiciliar.

Para o cuidado desenvolvido no domicílio, encontra-se na literatura alguns conceitos, dentre eles, o de cuidado formal, descrito como aquele promovido por profissionais e o de cuidado informal, como aquele proporcionado pela família, pelos amigos, vizinhos ou parentes (BENJUMEA, 2004). Há ainda a definição dos cuidados para a promoção ou reparação da vida, que são aqueles que necessitam de vigilância direta e contínua do profissional de saúde, e os cuidados de manutenção da vida, que são os realizados pelo cliente ou sua família, sob as orientações de uma equipe multiprofissional de saúde.

A assistência domiciliar ao idoso é complexa por si só; além de requerer cuidados tanto assistenciais quanto sociais; as patologias são diversas, isto é, não são específicas; necessita de uma rede de apoio constituída pela família. Acresce a esta observação que, a família é essencial para o cuidado em gerontologia. Hoje, não se pode cuidar do idoso sem cuidar também de sua família. O profissional deve conhecer os diversos tipos de família e buscar estar instrumentalizado para trabalhar com as diferenças e especificidades de cada uma.

A Visita Domiciliar pode ser entendido como método, técnica e instrumento, onde deve ser desenvolvida a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo que as famílias possam desenvolver condições de independência na sua própria condição de saúde. O conceito de assistência domiciliar e o nível de assistência que será prestada no lar precisam ser esclarecido e apresenta uma complexidade para os serviços de saúde de um modo geral. A assistência domiciliar pode ser entendida como “a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna” (BRASIL, 2003).

Com a amplitude e a complexidade que é a assistência domiciliar, é necessário preparação, qualificação e capacitação dos profissionais para atuar tal modelo de assistência.

Esta necessidade decorre da especificidade que é cuidar de um idoso, ademais em seu domicílio, lugar de intimidade, de convívio familiar, onde muitos aspectos objetivos e subjetivos existem como os decorrentes das relações familiares do idoso e que, podem ser imperceptíveis para os profissionais quando atendem em seus consultórios (NEVES *et al*, 2010).

Nesse contexto, a estratégia saúde da família (ESF) constitui-se em espaço privilegiado para atenção integral ao idoso, destacando-se o enfermeiro no cuidado e no planejamento de atividades educativas e ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Esse profissional tem papel relevante, pois busca desde a preservação e manutenção da capacidade funcional, perpassando pelas orientações de cuidado à família nas condições de adoecimento do idoso durante as visitas domiciliares.

4.7 Assistência de Enfermagem e o Idoso

Sabe-se que o preparo das famílias, em especial dos cuidadores familiares, pelos profissionais de saúde contribui para o sucesso no seguimento de tratamentos e, conseqüentemente, para uma breve recuperação dos indivíduos. Nesse contexto, a enfermagem apresenta-se como profissão que participa da capacitação da família para o cuidado, visto que possui formação voltada à educação da clientela que assiste. O cuidado da Enfermagem no domicílio traz à tona além de um cuidado terapêutico, aspectos afetivos e de relação de ajuda (LACERDA, 2002). Dessa forma, uma vez que esteja preparada para exercer esse cuidado, certamente trará valiosas contribuições para uma reestruturação no cenário de doenças crônico-degenerativas que hoje se apresenta (ROCHA, 2008).

A enfermagem em geriatria enfatiza as necessidades dos cuidados prestados a pessoa idosa; assinala a importância ativa do enfermeiro no planejamento, implementação e avaliação das medidas adotadas, visando o bem estar do paciente, tendo sempre presente as limitações impostas pelo processo de envelhecimento. Por outro lado, a enfermagem gerontológica preocupa-se com os cuidados que devem ser prestados pelo profissional ao idoso, além de acentuar a necessidade de conhecimentos sobre o processo de envelhecimento, para o planejamento da assistência de enfermagem e dos serviços que atendam a promoção da saúde, a longevidade, a independência até idades mais avançadas da vida (DIAZ, 2005).

Neste contexto, observamos a atuação efetiva de profissionais de enfermagem na área da gerontologia, buscando firmar estratégia de destaque na prática social do enfermeiro e equipe de enfermagem, bem como no planejamento do cuidado a velhice e com o ser que envelhece. A Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 1993) considera a Enfermagem Gerontológica o estudo científico do cuidado de enfermagem ao idoso, caracterizada como ciência aplicada com o propósito de utilizar os conhecimentos do processo de envelhecimento para o planejamento da assistência de enfermagem e dos serviços que melhor atendam a promoção da saúde, longevidade, a independência e manutenção da funcionalidade da pessoa.

Papaleo Netto (2005) afirma que o estudo científico do cuidado de enfermagem ao idoso, caracteriza-se como ciência aplicada com o objetivo de utilizar os conhecimentos do processo do envelhecimento para o planejamento da assistência de enfermagem buscando promover o mais alto nível de independência no idoso.

Papaleo Netto (2005, p.224) ainda aponta importantes objetivos da enfermagem em gerontologia:

- Prestar assistência integral ao idoso, a sua família e à comunidade na qual ele estiver inserido, favorecendo a compreensão das mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e facilitando as adaptações necessárias ao viver diário.
- Promover educação para a vida e saúde, nos níveis primários, secundários e terciários, junto à clientela idosa e a sua respectiva familiar.
- Favorecer a participação ativa do idoso e de seus familiares, propiciando condições para que funcionem em bom nível de autocuidado e que sejam eles próprios os detentores do poder pessoal para se decidirem pelo melhor em suas vidas, para o bem estar e a qualidade de vida.

Por fim percebe-se que o papel da enfermagem na atuação junto à família é o de reforçar a capacidade que esta tem de atender e suprir as necessidades e cuidados da pessoa idosa mais velha, sendo na verdade uma fonte de apoio à família e não a demovendo da capacidade e competência para desempenhar o papel de principal cuidador.

4.8 Violência contra o Idoso

De acordo com Mascarenhas *et al* (2012), além dos fenômenos inerentes ao processo de envelhecimento, como as modificações fisiológicas e patologias consideradas típicas da terceira idade, a pessoa idosa também está susceptível ao fenômeno da violência. Trata-se de

um problema com conseqüências devastadoras para os idosos, pois acarreta baixa qualidade de vida, estresse psicológico, falta de segurança, lesões e traumas, bem como o aumento da morbidade e mortalidade. A violência contra o idoso é um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e resulta, na maioria das vezes, em sofrimento, lesão, dor, omissão ou perda dos direitos humanos e redução da qualidade de vida do idoso.

Observada particularmente nas culturas ocidentais, a violência contra o idoso é uma manifestação independente do nível socioeconômico e se justifica pela concepção socialmente aceita de que o idoso é considerado como algo descartável ou um peso social. Trata-se de um segmento da população pelo qual se nutre um “desejo social de morte”, que se expressa, sobretudo, nos conflitos intergeracionais, maus-tratos e negligências nas esferas político-institucionais e, marcadamente, no âmbito do domicílio (MINAYO, 2003).

A Organização Mundial de Saúde, mediante o consenso internacional envolvendo todos os países participantes da Rede Internacional de Prevenção contra Maus-Tratos em Idosos, elencou sete tipos de violências: abuso físico ou maus-tratos físicos (reporta-se ao uso de força física); abuso ou maus-tratos psicológicos (envolve agressões verbais ou gestuais); a negligencia (recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima); a auto-negligencia (negação ou fracasso de prover assim mesma de cuidado adequado); o abandono (ausência, por parte do responsável, de assistência necessária ao idoso, a quem caberia prover custódia física e cuidado); abuso financeiro (exploração imprópria ou ilegal e/ou uso não consentido dos recursos financeiros de um idoso), e o abuso sexual (ato ou jogo sexual, destinado a estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e praticas erótico - sexuais) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002) .

Diante das possíveis dificuldades enfrentadas pelos idosos frente ao processo de envelhecer, a violência tem se mantido no quadro de preocupação mundial como um dos principais alertas a saúde pública, apontados em estudos que indicaram uma elevada prevalência da violência contra os idosos, se comparado a outros problemas de saúde com destaque epidemiológico (BRASIL, 2000).

Os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária. Uma situação de elevado risco é aquela em que o agressor é seu dependente econômico. Aliam-se a esses outros fatores de risco: quando o cuidador consome abusivamente álcool ou drogas, apresenta problemas de saúde mental ou se encontra em estado de elevado estresse na

vida cotidiana (BRASIL, 2000). Os profissionais de saúde e em especial as equipes de saúde da família deverão ser capacitados a identificar maus-tratos, acionar os serviços existentes visando a proteção das vítimas e acompanhar os casos identificados.

5. PLANO DE AÇÃO

O plano de ação direcionado ao aperfeiçoamento no cuidado prestado ao idoso no contexto domiciliar pretende estabelecer as estratégias sistêmicas de ação, revelando, assim, sua importância, tendo em vista o resultado do planejamento, organização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação de todas as etapas da execução das ações de prevenção e enfrentamento das dificuldades encontradas no domicílio.

5.1 Definições dos Problemas/Priorização dos Problemas

A partir da elaboração do diagnóstico situacional pode-se identificar e priorizar os problemas enfrentados por parte da população do município de Jeceaba. Percebeu-se que o problema com alcoolismo, saneamento básico, água sem tratamento, prevalência de idosos que necessitam de assistência domiciliar e enchente causam grandes transtornos nas comunidades que fazem parte da área de abrangência.

Após a identificação tornou-se necessária a priorização e seleção daqueles problemas que seriam enfrentados, uma vez que, dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela disponibilidade de alguns recursos. Foram atribuídos os valores de "alto, médio e baixo" para julgar a importância do problema e notas de 0 a 10 para classificar o grau de urgência e a capacidade de enfrentamento levando em conta a governabilidade sobre determinada ação como pode ser observado no Quadro 1. A seleção dos problemas foi numerada por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios anteriores.

Quadro 1- Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida, segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, na área de abrangência do PSF Iolanda Pereira Reis, Jeceaba, 2013.

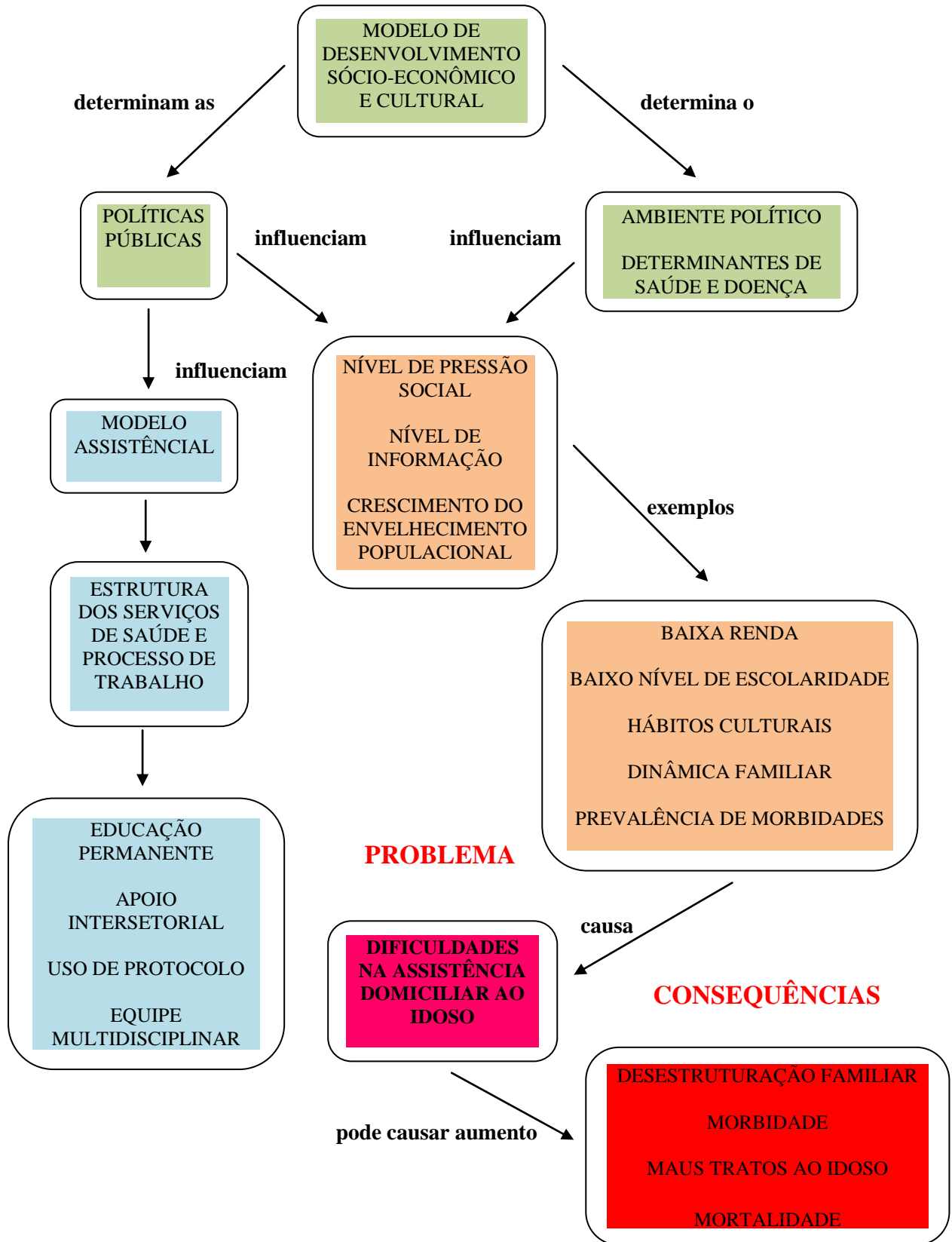
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Prevalência de idosos que necessitam de assistência domiciliar	Alta	10	Parcial	1
Alcoolismo	Alta	5	Parcial	2
Saneamento básico	Alta	5	Fora	3
Tratamento da água	Alta	5	Parcial	4
Baixa Renda	Alta	3	Parcial	5
Enchente	Alta	3	Fora	6

Assim, o problema selecionado como prioritário para elaboração do plano de ação foi prevalência de idosos que necessitam de assistência domiciliar. A descrição dos problemas com baixa renda, baixo nível de escolaridade, prevalência de morbidades, estrutura familiar, teve como fonte a Vigilância Epidemiológica e SIAB.

5.2 Árvore explicativa do problema

Para a explicação do problema foi realizado um esquema explicativo (árvore explicativa) no qual contemplou as causas e conseqüências.

Figura 1 - Árvore Explicativa: Prevalência de Idosos que Necessitam de Assistência Domiciliar



5.3 Nós Críticos

A partir da análise do esquema explicativo, realizado anteriormente, foram apontados os “nós” críticos, que são a causa de um problema que pode estar dentro do campo de governabilidade ou não, no qual sofrendo uma intervenção eficaz, possa impactar o problema principal, transformando-o. Os nós críticos selecionados foram: **Educação ; Baixo nível de informação; processo de trabalho.**

5.4 Desenho das Operações

Para a descrição das operações o *Quadro 2*, descreve as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos, identificação dos produtos resultados esperados para cada operação e identificação dos recursos necessários para a concretização das operações.

Quadro 2 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema dificuldades na assistência domiciliar ao idoso

Nó Crítico	Operação /Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
O Cuidado Familiar	Saúde com Qualidade/ Acolhimento das famílias que cuidam de idosos; instituição de novas formas de ensino de acordo com o grau de instrução	Estabelecimentos de vínculos; Criação de parcerias no cuidado ao idoso	O cuidado com qualidade	Organizacional – organização das atividades da equipe junto aos cuidadores Cognitivo - informação sobre o tema e estratégias de comunicação.
Baixo nível de informação	Conhecer Saúde/ Aumentar nível de informação sobre os processos de envelhecimento e promoção de saúde	Família informada sobre o processo de envelhecer e prevenção de agravos	Aprendizagem mútua, família-profissional de saúde. Corresponsabilização. Qualidade de vida para família e o idoso	Organizacional – organização da agenda Cognitivo- desenvolver estratégias pedagógicas e comunicação eficaz Político- articulação intersetorial
Processo de trabalho	Aprender educar/ Capacitação pedagógica Educação permanente para equipe	Orientação conforme o nível de informação e determinantes sociais Aumentar vínculo profissional e usuário. Acolhimento humanizado	Profissional Capacitado Elaboração e desenvolvimento de projetos junto a comunidade	Organizacional – organização da agenda da equipe. Financeiros - Aquisição de recursos didáticos Político - articulação entre os setores de saúde adesão dos profissionais

5.5 Recursos Críticos

Para as operações e projetos são necessários recursos indispensáveis para viabilidade de um plano que são considerados recursos críticos, observados no **Quadro 3**.

Quadro 3 – Recursos Críticos para o problema dificuldade para a assistência domiciliar ao idoso

Operação/Projeto	Recursos Críticos
Saúde com qualidade	Financeiro – recursos para aquisição de materiais didáticos (cartilhas, apostilas) Político - conseguir o local adequado e articulação intersetorial
Conhecer saúde	Político – articulação intersetorial
Aprender educar	Financeiros – recursos para aquisição de materiais didáticos

5.6 Motivação dos Atores

O passo seguinte foi a análise da viabilidade do plano, quando foram identificados os atores que controlam os recursos críticos, uma vez que o ator que esta planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do plano. Os objetivos principais desse passo foram: identificar os atores que controlam os recursos críticos, fazer a análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano e descrever ações estratégicas capazes de motivar esses atores, como será observado no **Quadro 4**.

Quadro 4 - Propostas de ações para a motivação dos atores

Operação/Projeto	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ações Estratégicas
Saúde com qualidade	Financeiro – recursos para aquisição de materiais para realização das oficinas Político - conseguir o local adequado e articulação intersetorial	Coordenador Atenção Primária	Secretária de Saúde	Indiferente Favorável	Análise do diagnóstico situacional e plano de ação
Conhecer saúde	Político – articulação intersetorial	Coordenador Atenção Primária		Favorável	Apresentar o projeto e apoio intersetorial
Aprender educar	Financeiros – recursos para aquisição de materiais didáticos	Secretária de Saúde		Favorável	Análise do diagnóstico situacional e plano de ação

5.7 Plano Operativo

Com o objetivo de designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para execução das operações foi elaborado o plano operativo. O prazo para implementação do projeto será de 1 ano, a começar da data de publicação do mesmo, como demonstrado no *Quadro 5*.

Quadro 5 – Plano Operativo

Operação /Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Operações Estratégicas	Responsável	Prazo
Saúde com Qualidade/ Acolhimento das famílias que cuidam de idosos; instituição de novas formas de ensino de acordo com o grau de instrução	Estabelecimentos de vínculos; Criação de parcerias no cuidado ao idoso	O cuidado com qualidade	Apresentar o projeto ao gestor municipal de saúde e gestor municipal		
Conhecer Saúde/ Aumentar nível de informação sobre os processos de envelhecimento e promoção de saúde	Família informada sobre o processo de envelhecer e prevenção de agravos	Aprendizagem mútua, família-profissional de saúde. Corresponsabilização. Qualidade de vida para família e o idoso	Mobilização da Equipe e cuidador		
Aprender educar/ Capacitação pedagógica Educação permanente para equipe	Orientação conforme o nível de informação e determinantes sociais Aumentar vínculo profissional e usuário. Acolhimento humanizado	Profissional Capacitado Elaboração e desenvolvimento de projetos junto a comunidade	Apresentar o projeto		

5.8 Gestão do Plano

No **Quadro 6**, será desenhado um modelo de gestão do plano de ação, discutido e definido o processo de acompanhamento e seus respectivos instrumentos. É um momento crucial, visto que não basta elaborar um plano com viabilidade. Torna-se fundamental gerir o plano, coordenando, acompanhando, indicando correções de rumo que se fizerem necessárias.

Após a implementação da proposta de intervenção serão realizadas avaliações trimestrais do projeto.

Quadro 6 – *Acompanhamento do plano de ação*

Operação /Projeto	Produtos Esperados	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Saúde com Qualidade	Oficinas de reeducação em parceria com a Escola					
Conhecer Saúde/	Campanha educativa nas comunidades e na rede escolar. Capacitação dos ACS					
Aprender educar	Profissional Capacitado Elaboração e desenvolvimento de projetos junto a comunidade					

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema envolvendo as dificuldades da família na assistência ao idoso no domicílio no Município de Jeceaba é uma realidade vivenciada em todo país, pois o aumento da longevidade e a redução das taxas de mortalidade, nas últimas décadas do século passado, mudaram o perfil demográfico do Brasil. Rapidamente, deixamos de ser um país de jovens e o envelhecimento tornou-se questão fundamental para as políticas públicas. Observou-se que a situação de cronicidade e longevidade atual contribui para o aumento de idosos com limitações funcionais o que implica uma necessidade de cuidados continuados, de longa duração, cada vez mais cuidados e mais complexos. Também se sabe que estes cuidados, geralmente, são prestados pelas famílias com ou sem apoio.

O despreparo do cuidador para atender às necessidades dos idosos pode gerar ansiedade, maior desgaste físico e adoecimento, ocasionando situações de risco para ambos. Portanto, esta realidade exige atenção especial da enfermagem para traçar estratégias que proporcionem um cuidar saudável e com equilíbrio para a tríade desse processo de cuidar: equipe de saúde – idoso – cuidador familiar.

A relevância deste estudo para os profissionais enfermeiros e demais profissionais das equipes de saúde da família está em aproximar-se da realidade do cuidador familiar de pessoa idosa, reforçar vínculos, e ressaltar a importância de se planejar e implementar ações estratégicas para o apoio e orientação aos cuidadores, para o enfrentamento das dificuldades encontradas no processo de cuidar em casa e, ainda, favorecer aos cuidadores o cuidar de si mesmos para que possam manter qualidade de vida.

A educação em saúde é uma estratégia fundamental para o preparo do cuidador, de forma a permitir que ele compreenda o processo do envelhecimento, para atuar de forma a prevenir danos à sua saúde e a do idoso, que possam atuar de forma adequada para interferir positivamente na qualidade de vida do idoso e inclusive diminuir a necessidade de hospitalizações.

Objetivou-se com este trabalho a elaboração de um plano de ação que possa impactar sobre a comunidade das Equipes de Saúde da Família de Jeceaba, conhecer a prevalência dessas dificuldades vivenciadas pelas famílias do município e sua relação a aspecto sócio cultural e avaliar uma intervenção eficaz e com apoio intersetorial e comunidade.

7. REFERÊNCIAS

AGUIAR, Elizabeth Souza Silva de; GOMES, Isabelle Pimentel; FERNANDES, Maria das Graças Melo; SILVA, Antonia Oliveira. Representações Sociais do Cuidar de Idosos Paracaidadores: Revisão Integrativa. **Rev. enferm.** UERJ: Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 485. Jul/Set 2011.

ANDRADE, Luciene Miranda de et al. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2009, vol.43, n.1, pp. 37-43. ISSN 0080-6234. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100005&script=sci_arttext > Acesso em: 08 de novembro de 2013.

ARAUJO, Isabel; PAUL, Constança and MARTINS, Manuela. **Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011, vol.45, n.4, pp. 869-875. ISSN 0080-6234. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400011&script=sci_arttext >. Acesso em : 09 de novembro de 2013.

BARBOSA, Rafaelle Lins; MORAIS, Jurandir Miranda de; RESCK, Zélia Marilda Rodrigues Resck; DÁZIO, Eliza Maria Rezende. O Cuidador Domiciliar de Paciente Idoso com Mal de Alzheimer. **Rev Rene.**: v.13, n.5, 2012. Disponível em: < <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1169> > Acesso em: 09 de novembro de 2013.

BENJUMEA, Carmen de Cuesta la. "Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura". **Texto & Contexto Enfermagem.** Vol. 13, n. 1 (jan.-mar. 2004, p. 137-146.

BRASIL. Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003. Dispões sobre o Estatuto do Idoso.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB: Sistemas de informação da atenção básica.** Brasília: MS; 2000. Acesso em 01/07/13 no Município de Jeceaba.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2000, vol.34, n.4, pp. 427-430.

BRONDANI, Cecília Maria; BEUTER, Margrid. A vivência do cuidado no contexto da internação domiciliar. **Rev Gaúcha Enferm**: v. 30, n. 2, p. 206-13, Jun. 2009. Disponível em : < <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7435> > Acesso em : 07 de novembro de 2013.

CALDAS, C.P. “O idoso em seu processo demencial: o impacto na família.” In: MINAYO, M.C.S & COIMBRA JR., C. (org.). **Antropologia: Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2003, vol.19, n.3, pp. 733-781. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300009 > Acesso em : 09 de novembro de 2013.

CORREA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia científica: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: < <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3920.pdf>>. Acesso em: 02 de Julho de 2013

CRUZ, Rosana Cancelo da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Um certo jeito de ser velho: representações sociais da velhice por familiares de idosos. **Texto contexto - enferm.**[online]. 2011, vol.20, n.1, pp. 144-151. ISSN 0104-0707. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000100017&script=sci_arttext >. Acesso em: 10 de novembro de 2013.

CRUZ, Rosana Cancelo da. Representações sociais da velhice por familiares de idosos hospitalizados [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; Dez. 2007. 229 p.

DEL DUCA, Giovâni Firpo; SILVA, Marcelo Cozzensa da; HALLAL, Pedro Curi. **Rev. Saúde Pública**: São Paulo, v. 43, n. 5, Oct. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S00349102009000500008&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em : 02 de julho de 2013.

DIAZ, Rosana Burguez. Adesão ao tratamento medicamentoso em paciente idoso. In: PAPALETTO NETTO, Matheus. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005. Cap. 21, p. 230 – 241.

DIOGO, M. J. D' E.; DUARTE, Y. A. O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ENGELHARDT, E. ; DOURADO, M.; LACKS, J. A doença de Alzheimer e o impacto nos cuidadores. *Rev Bras Neurol.*; v. 41, n. 2, p. 5-11, 2005.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; GARCIA, Telma Ribeiro. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2009, vol.62, n.1, pp. 57-63. ISSN 0034-7167. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000100009&script=sci_arttext >
Acesso em: 08 de novembro de 2013.

FIEDLER, Mariarosa Mendes; PERES, Karen Glazer. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, Feb. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000200020&script=sci_arttext>
Acesso em: 02 de julho de 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 42

IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatística. **Projeção da população**. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf
>. Acesso em: 02 de julho de 2013.

IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatística. **Projeção da população**. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf
>. Acesso em: 02 de julho de 2013.

KLOCK, Adriana Damke, HECK, Rita Maria, CASARIM, Sidneia Tesmer. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/ UFPEL-MS/BID. **Rev. Texto Contexto Enferm**: Santa Catarina, v. 14, n. 2, p. 237-245, Abr/Jun 2005.

LACERDA, M. R. Tornando-se profissional no contexto domiciliar – vivência do cuidado da enfermeira [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 2002.

LEITE, Marinês Tambara; FLORES, Julia Sperotto; HILDEBRANDT, Leila Mariza; PERLINI, Nara Marilene Girardon; LINCK, Caroline de Leon. Idosos Mais Velhos no Domicílio: A Família como Unidade de Cuidado. **Rev. Pesq.: Cuid. fundam.** Online: v. 4, n. 4, Out./Dez 2012.

MARCON, Sonia Silva; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; SALCI, Maria Aparecida; CARREIRA, Ligia; HADDAD, Mariana Lourenço; FAQUINELLO, Paula. Estratégias de Cuidado a Famílias que Convivem com a Doença Crônica em um de Seus Membros. **Rev. Cienc Cuid Saude:** v. 8, p. 70-78, 2009.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.9, pp. 2331-2341. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900014> Acesso em: 11 de novembro de 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2003, vol.19, n.3, pp. 783-791. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300010&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 de novembro de 2013.

MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2000, vol.34, n.4, pp. 427-430. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000400020&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 de novembro de 2013.

MENDONCA, Fernanda de Freitas; GARANHANI, Mara Lúcia; MARTINS, Vera Lúcia. Cuidador familiar de seqüelados de acidente vascular cerebral: significado e implicações. **Physis** [online]. 2008, vol.18, n.1, pp. 143-158. ISSN 0103-7331. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000100009&script=sci_abstract&tlng=pt>.

NERI, A. L., CARVALHO, V. A. M. L. O bem estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara; 2002. p. 778-80.

NEVES, Danusa, PETRA, Ingrid, AZEVEDO, Rosangela, PETRA, Selma. Atenção Domiciliar: Uma Reflexão Sobre a Capacitação Profissional na Perspectiva das Políticas Voltadas para o Idoso. *Rev. Pesq.: Cuid. Fundam. Online*: v. 2, n. 3, p 1165-1180, Jul./Set. 2010. Disponível em: < http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/644/pdf_56 > Acesso em: 08 de novembro de 2013.

OLIVEIRA, Anelissa Andrade Virgínio de; TRIGUEIRO, Debora Raquel Soares Guedes; FERNANDES, Maria das Graças Melo and SILVA, Antonia Oliveira. **Maus-tratos a idosos:revisão integrativa da literatura**. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2013, vol.66, n.1, pp. 128-133. ISSN 0034-7167. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000100020&script=sci_arttext >. Acesso em: 11 de novembro de 2013.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OPAS. Enfermería gerontologica: conceptos para La práctica. Washington: OPS, 1993.p; 57

PAPALEO NETTO, Matheus. **Gerontologia**: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005.

PEREIRA, Rafaelly Fernandes. Representações Sociais de Adolescentes Escolares Sobre Idoso E Velhice: Subsídios Para O Cuidado Clínico De Enfermagem. [Dissertação de Mestrado]. Ceará: Universidade Estadual do Ceará; Nov. 2012

PINTO, Eduardo Araújo; SILVA, Dannyelly Dayane Alves da; SANTOS, Regina Maria dos; TREZZA, Maria Cristina Soares Figueiredo. Necessidades de cuidados expressas pela família que possui um acamado no domicílio. **Rev. Enfermagem em Foco**: v. 3, n. 4, p. 194-197, 2012. Disponível em : < <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/383>> Acesso em : 07 de novembro de 2013.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa; BENICIO, Maria Helena D'Aquino; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira and RAMOS, Luiz Roberto. **Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.37, n.1, pp. 40-48. ISSN 0034-8910. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000100008&script=sci_arttext > . Acesso em: 09 de novembro de 2013.

ROCHA, Edilma Gomes; MACHADO, Ana Larissa Gomes; FIALHO, Ana Virgínia de Melo and MOREIRA, Thereza Magalhães. Análise da produção científica da enfermagem acerca do cuidado familiar no domicílio (2000-2005). **Rev. bras. enferm.** [online]. 2008,

vol.61, n.3, pp. 361-365. ISSN 0034-7167. Disponível em : <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300014&script=sci_arttext> Acesso
em: 10 de novembro de 2013.

SILVEIRA, Celso Leonel; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; SILVA, Fernanda Machado da; BEUTER, Margrid; SCHIMITH, Maria Denise. Rede Social das Cuidadoras de Familiares com Doença Crônica Incapacitante no Domicílio: Implicações para a Enfermagem. **Rev. Cienc Cuid Saude**: v.8, n. 4, p 667-674, Out/Dez 2009.

VIEIRA, Chrystiany Plácido de Brito.; FIALHO, Ana Virgínia de Melo. Perfil de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico. **Rev. Rene.** : Fortaleza, v. 11, n. 2, Abr/Jun. 2010. Disponível em: <
http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a18v11n2.htm > Acesso em: 08 de novembro de 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Missing voices: views o folder persons on elder abuse. Geneva: World Health Organization; 2002.