

**EDILENE TÂNIA DE FREITAS PEREIRA**

**CUIDADO COM IDOSOS ACAMADOS:  
COMO MELHORAR A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE**

**BELO HORIZONTE-MG**

**2010**

**EDILENE TÂNIA DE FREITAS PEREIRA**

**CUIDADO COM IDOSOS ACAMADOS:  
COMO MELHORAR A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

**BELO HORIZONTE-MG**

**2010**

## RESUMO

O trabalho em questão aborda a importância do cuidado ao idoso acamado. O foco é a possibilidade de melhoria na atuação da equipe de saúde da família para otimização da assistência, qualidade de vida do idoso e incentivo aos cuidados domiciliares. Este apoio à equipe de saúde pode complementar a assistência e promover o convívio diário do paciente com seus familiares. Trata-se de uma revisão bibliográfica que tem por objetivo investigar de que forma pode ser melhorada a atuação da equipe de saúde na assistência domiciliar aos idosos acamados. Os resultados demonstram que, dentre as complicações do envelhecimento patológico, a Síndrome de Imobilidade se destaca por interferir significativamente na qualidade de vida. O acamamento associa-se a intensa fragilidade e dependência. Esta revisão demonstra, no entanto, que suas consequências são suscetíveis à ação da equipe de saúde. O Programa de Saúde da Família pode contribuir para a educação dos cuidadores e para o desenvolvimento de estratégias para viabilizar a atenção aos idosos no domicílio.

Palavras-chave: Envelhecimento. Cuidado. Domicílio. Equipe de saúde.

## **ABSTRACT**

The work in question deals with the importance of caring for elderly bedridden with a focus on opportunities for improvements in the performance of the health team of the family for an optimization of care, quality of life and encouragement to the aged care home with support from the health team, complementing the assistance and promoting the patient's daily contact with their families. Through literature search was developed discussion of the topic that investigated how the performance can be improved health team on home care for the elderly bedridden patients. The results allowed to understand a bit more about aging and its consequences for the quality of life, its characteristic of being because of the weakness of the elderly leading them to become dependent, as well as possible to understand that the health care team can help education of caregivers and the development of strategies to enable attention to the elderly at home.

Keywords: Aging. Care. Home. Health team.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 METODOLOGIA	7
3 REVISÃO DE LITERATURA	8
3.1 O processo de envelhecimento	8
3.2 Epidemiologia do envelhecimento: o cenário brasileiro da terceira idade	13
3.3 O contexto dos idosos acamados	15
3.3.1 Considerações acerca da incapacidade e fragilidade	15
3.3.2 Principais doenças que acarretam a incapacidade e fragilidade	19
3.4 O cuidado no domicílio pela família e/ou cuidadores	21
3.5 A atenção básica ao idoso e o Programa Saúde da Família	27
3.6 A contribuição da equipe de saúde da família na promoção dos cuidados	30
3.6.1 O papel do enfermeiro frente à educação aos cuidadores	31
3.6.2 Desafios da assistência ao idoso	36
4 CONCLUSÃO	40
5 REFERÊNCIAS	42

## 1 INTRODUÇÃO

Já é de conhecimento de muitos que o envelhecimento populacional ocupará posição de grande destaque dentre os acontecimentos do século. O aumento da proporção de idosos é um fenômeno global e reflexo do aumento da expectativa de vida, devido ao avanço no campo da saúde e à redução da taxa de natalidade. Outra característica do envelhecimento populacional é o aumento da proporção de idosos com mais de 80 anos e idosos acamados.

Entende-se importante o enfoque do cuidado do enfermeiro com o idoso no âmbito da atenção básica como forma de promover não somente a qualidade de vida do idoso do ponto de vista da saúde, mas, também, como forma de promover melhoria da qualidade de vida no aspecto psicossocial.

O idoso é considerado aquele indivíduo com idade igual e/ou superior a 60 (sessenta) anos, mas por trás dessa classificação percebe-se um misto de fragilidades, discriminação e exclusão da sociedade, uma vez que o idoso sofre muitas perdas que o tornam frágil, dependente, submisso, descrente e muitas vezes depressivo.

O envelhecimento engloba perdas de capacidades e funções com o decorrer do tempo originadas pelos desgastes e ineficácia dos processos desempenhados pelo organismo, o que contribui para uma maior dependência em relação à família e amigos.

O cuidado de enfermagem voltado para esta parte da sociedade requer além dos conhecimentos técnicos e práticos, uma capacidade de compreender o idoso inserido em suas limitações, bem como uma capacidade de saber lidar com paciência, tolerância e carinho.

No âmbito da atenção básica e considerando a figura dos cuidadores e dos familiares, é imprescindível que estes recebam orientações para o desenvolvimento de uma assistência e os cuidados básicos na manutenção da qualidade de vida do idoso, bem como para aprenderem a lidar com a incapacidade e limitações que o afligem.

Minha atuação na equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) revelou que há idosos acamados que necessitam de uma atenção e cuidado especial. E há alguns que não são bem cuidados.

Nota-se, que muitas vezes isso ocorre por falta de intervenções da atenção primária voltadas para acompanhamento e orientação dos cuidadores desses idosos, assim como, por falta de estrutura e organização direcionada para a promoção de uma melhoria no trabalho das equipes de saúde junto à população idosa de uma dada região.

Sabe-se que não é papel apenas da equipe de saúde a otimização das condições nos cuidados prestados aos idosos acamados – tendo em vista a participação dos familiares, cuidadores e a própria iniciativa pública no incentivo às ações e formação do profissional da saúde para tal.

Mesmo assim pretendemos aprofundar neste estudo a discussão acerca de como pode ser melhorado o trabalho da equipe de saúde no sentido de, conseqüentemente, melhorar os cuidados aos idosos acamados.

Nesse sentido, a pergunta que desejamos responder nesta revisão é: **“De que forma pode ser melhorada a atuação da equipe de saúde para uma assistência domiciliar aos idosos acamados?”**

## 2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada nesse estudo foi a pesquisa bibliográfica com revisão de literatura, analisando artigos já publicados sobre o tema.

A escolha acertada de uma metodologia torna-se importante ao passo que permite orientar o estudo e dar ao trabalho um sentido significativo e prático, explorando de forma clara todos os enfoques da temática abordada.

A pesquisa bibliográfica busca na literatura existente, subsídios capazes de atribuir ao tema o entendimento de sua importância para formação de uma opinião, por meio de apontamentos concernentes às possíveis soluções para o problema além de aprofundar outros assuntos que se relacionam com o tema determinando variáveis. (LAKATOS; MARCONI, 1991).

Além de livros e manuais de enfermagem, foram utilizados artigos científicos da base eletrônica *Brazil Scientific Eletronic Library Online* (Scielo). A seleção de tais artigos se deu por meio da indicação de descritores que contribuiriam para a escolha de trabalhos mais relacionados à temática proposta. Os descritores utilizados, então, foram: “envelhecimento”, “idoso acamado”, “idoso debilitado”, “cuidado domiciliar” e “equipe de saúde da família”.

No intuito de se fazer uma leitura crítica da bibliografia e extrair dela um sentido que compactue com os objetivos da pesquisa, utilizou-se o fichamento das obras com a seleção dos trechos que mais se aproximaram do enfoque da pesquisa.

Ao final do fichamento, procedeu-se à elaboração de um texto dissertativo no sentido de desenvolver a revisão de literatura correlacionando os conceitos e opiniões dos diversos autores para uma melhor compreensão do tema.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 O processo de envelhecimento

O envelhecimento é um processo definido de maneiras diferentes, dependendo do campo da pesquisa e do objeto de interesse: um biólogo define-o como um conjunto de alterações experimentadas pelo organismo vivo, do nascimento à morte. Já os sociólogos e psicólogos chamam a atenção para o fato de que, além das alterações biológicas, outras alterações sociais e psicológicas serão observadas, e estas tão importantes quanto as alterações biológicas. Portanto, o processo de envelhecimento abrange aspectos biológicos, psicológicos, sociais e até fisiopatológicos. (SANTOS, 2001).

Dentre os vários conceitos sobre envelhecimento, destaca-se o seguinte, “envelhecimento é a consequência de alterações, que os indivíduos demonstram, de forma característica, com progresso do tempo, da idade adulta até o fim da vida” (GUEDES, 1998, p. 91).

O envelhecimento, enquanto fenômeno biológico, apresenta-se em cada ser humano idoso de um modo singular. Se quantificarmos o envelhecimento através dos decréscimos da capacidade de cada órgão, a velhice poderia ser interpretada como uma etapa de falência e incapacidades na vida. (MARTINS et al., 2007).

O envelhecimento é algo esperado no ciclo de vida do ser humano. Ele é acompanhado por várias alterações físicas e psicossociais. As influências nesse processo podem ser intrínsecas e extrínsecas, originando-se dentro do corpo ou vindas do ambiente externo. As mudanças que o envelhecimento traz são visíveis, podendo se destacar mais em um do que em outros.

Existem teorias biológicas e psicossociais que ajudam a explicar o fenômeno do envelhecimento. As biológicas relacionam o envelhecimento com as alterações nas células e tecidos corporais e como resultado de interações com o meio ambiente. As teorias psicossociais explicam o envelhecimento em termos da inteligência, da memória, das emoções, da capacidade de enfrentamento e das alterações sociais. Neste contexto, Roach (2003) explica cada uma dessas teorias.

<b>Teorias Psicossociais do Envelhecimento</b>	<b>Teorias Biológicas do Envelhecimento</b>
Teoria do desengajamento: o envelhecimento é um processo de afastamento da vida. Há o afastamento social do idoso, e a pessoa idosa isola-se da sociedade. Essa teoria é controversa e a crítica aponta que muitos idosos não se desengajam da vida. Esses idosos permanecem ativos, são membros produtivos da sociedade	Teoria genética: as pessoas herdam os programas genéticos que determina a expectativa de vida
Teoria da atividade: a sociedade deve ter as mesmas expectativas em relação ao idoso que tem com os adultos de meia idade. O envelhecimento deve ser negado até onde for possível. Na ocorrência de perdas associadas ao envelhecimento, elas devem ser substituídas por novos e diferentes papéis, interesses ou pessoas	Teoria dos radicais livres: o envelhecimento é causado pelo acúmulo de produtos chamados radicais livres como resultado do uso de O <sub>2</sub> nas células
Teoria da comunidade: o sucesso do envelhecimento depende da capacidade de cada um para manter-se e continuar os padrões de comportamento anteriores. A perseverança de estilo de vida e os padrões de comportamento, qualquer que seja a base individual dão o prognóstico da resposta ao envelhecimento. Os teóricos dessa corrente relacionam padrões de comportamento e enfrentamento do envelhecimento com padrões semelhantes durante outras fases do ciclo de vida. Essa teoria permite uma ampla variedade de adaptação individual ao envelhecimento, mas algumas autoridades pensam que sua natureza simplista não admite os aspectos mais complexos do envelhecimento	Teoria da ligação cruzada: o envelhecimento resulta da redução na divisão celular causada por um agente de ligação cruzada que prende-se ao filamento do ácido desoxirribonucléico (DNA), o material genético da célula, evitando que o DNA funcione normalmente
	Teoria imunológica: o envelhecimento ocorre como resultado de uma redução na atividade do sistema imune. Com o envelhecimento, o corpo não reconhece sua própria idade celular e ataca as células como se elas fossem antígenas
	Teoria do uso e desgaste: o envelhecimento ocorre como resultado do uso normal do corpo e sistemas corporais. Com a idade, os sistemas exaurem-se e não agem com a totalidade de sua capacidade

Algumas características são peculiares à terceira idade nos âmbitos fisiológico, cognitivo e emocional. Ou seja, com o envelhecimento as funções desempenhadas pelos órgãos do corpo passam a assumir características mais específicas baseadas na fragilidade e declínio de sua eficácia. Dessa, forma, torna-se relevante identificar tais características a fim de se entender como ocorre o processo de envelhecimento. Isto no que tange ao organismo, bem como ao fator cognitivo e emocional que envolve o idoso.

No que diz respeito às características relacionadas à fisiologia, cabe abordar o sistema muscular, sistema nervoso, sistema respiratório, sistema cardiovascular, estrutura óssea e em relação à composição corporal.

Em relação ao sistema muscular do idoso a perda de fibras musculares torna-se mais evidente com a idade aproximada de 60 anos. “A desenervação das fibras musculares ocorre devido à degeneração da placa motora” (CARBINATTO, 2002).

Observa-se também “uma menor massa muscular, principalmente das fibras tipo II; menor força muscular; menores níveis de CP e glicogênio; menor atividade das enzimas da via oxidativa; e menor flexibilidade” (CARBINATTO, 2002).

A perda de forças entre os idosos está relacionada com sua mobilidade e desempenho físico que passam a ficar mais limitados. Outro fator que está ligado à perda da força muscular refere-se aos aumentos na incidência de acidentes sofridos por aqueles com fraqueza muscular e um equilíbrio precário.

Quanto ao sistema nervoso, os efeitos do envelhecimento sobre a sua função ocorrem devido ao declínio de “37% no número de axônios medulares e por declínio de 10% na velocidade de condução nervosa” (MCARDLE; KATCH; KATCH, 1998, p. 609). Tais modificações podem contribuir para a queda no desempenho neuromuscular em relação aos tempos de reação e movimento, tanto simples quanto complexos.

Outras características em relação ao sistema nervoso na terceira idade, além do maior tempo para a reação e o movimento, são as alterações do controle postural, menor coordenação, menor equilíbrio, menor agilidade e menor desempenho motor.

Com relação ao sistema respiratório “as medidas tanto estáticas quanto dinâmicas da função pulmonar em geral sofrem uma deterioração com a idade” (MCARDLE; KATCH; KATCH, 1998, p. 611). Podem ser observadas ainda uma perda da elasticidade do tecido pulmonar; rigidez da parede do peito; menor força dos músculos respiratórios; menor densidade dos capilares pulmonares; menor capacidade de perfusão; e menor nível de oxigênio transferido do pulmão para o sangue que implica na menor resistência cardiopulmonar (CARBINATTO, 2002).

Quanto à função cardiovascular, no que diz respeito a frequência cardíaca, não ocorrem modificações significativas quando o organismo encontra-se em estado de repouso com o envelhecimento. Entretanto, quando o indivíduo é exposto a uma atividade que requer esforço máximo, ocorrem modificações na frequência cardíaca, e, essas modificações tendem a progredir com o passar dos anos. Então, o idoso dispõe de menor frequência cardíaca para exercício de atividades cujo esforço é considerado alto e intenso.

Outras fragilidades observadas com o envelhecimento em relação ao sistema cardiovascular referem-se à maior espessura da parede do ventrículo esquerdo; maior pressão arterial sangüínea; atrofia das fibras miocárdicas; menor capacidade de perfusão sangüínea; maiores níveis lipídicos; maior risco de aterosclerose; e fragilidade no metabolismo de glicose (CARBINATTO, 2002).

Quanto à estrutura óssea em relação ao envelhecimento, observa-se um “desgaste progressivo das cartilagens; menor superfície articular; menor elasticidade e menor lubrificação das superfícies articulares; e menor peso do esqueleto” (CARBINATTO, 2002).

Além disso, a osteoporose constitui um dos principais problemas do envelhecimento, particularmente entre as mulheres pós-menopáusicas. Essa condição resulta em uma perda de massa óssea à medida que o esqueleto passa pelo processo de envelhecimento, acarretando em muitas quedas para os idosos devido à falta de força para sustentação e equilíbrio.

Por todas as conseqüências oriundas do processo de envelhecimento relatadas é que é possível entender a necessidade de cuidados mais específicos e adequados a cada situação pela qual passam os idosos.

Atrelado a isso, outra preocupação que se tem é que envelhecer com saúde depende não só de fatores genético-biológicos, mas, em parte, do contexto social, cujos fatores não se têm controle, a exemplo disto tem-se as doenças típicas da velhice, da pobreza, do pouco acesso aos serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças. (FIGUEIREDO et al., 2008).

Nesse sentido é que torna-se interessante e pertinente abordar o envelhecimento e suas implicações com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade das práticas de saúde dirigidas aos idosos, especialmente nesse momento histórico em que o percentual dessa população cresce em ritmo acelerado em nosso país. (FIGUEIREDO et al., 2008).

### 3.2 Epidemiologia do envelhecimento: o cenário brasileiro da terceira idade

O processo de envelhecimento humano tem sido tema de discussão em quase todos os países do mundo, e, no Brasil, toma proporções alarmantes visto que a estimativa de vida da população tem aumentado significativamente. (MARQUES; FREITAS, 2009).

A proporção de indivíduos com mais de 60 anos, quer pela tendência de diminuição da mortalidade em todas as faixas etárias, quer pela tendência de diminuição da taxa de fecundidade, será crescente. Atualmente, chega a aproximadamente 20% nas regiões mais desenvolvidas do mundo, 7,5% nas menos desenvolvidas, com uma média de cerca de 10% no mundo.

A perspectiva, entretanto, é que essa relação venha a se tornar cada vez maior e, no caso brasileiro, esse número crescerá mais que a média mundial. (MENDES, 2001).

Segundo Organização Mundial da Saúde (OMS) (*apud* Matsudo 2001), a população de idosos no Brasil em 1996 era de 7,8 milhões. No intervalo de 1950 a 2020 a estimativa é que haja um crescimento correspondente a 16 vezes no número de pessoas acima de 60 anos de idade na população brasileira.

Vê-se a partir destes dados que até 2020 a estimativa produz uma preocupação que não deve ser desconsiderada pelos profissionais da saúde. A população idosa demanda maiores cuidados e requer atualmente prevenção de doenças, bem como medidas capazes de orientar os idosos nos cuidados à sua saúde.

Nos países em desenvolvimento, observa-se um envelhecimento populacional acelerado, com um incremento da população idosa maior do que nos países desenvolvidos. Atualmente, no Brasil, os idosos representam cerca de 10% da população geral. O censo de 2000 informou que, dos 169,5 milhões de brasileiros, 15,5 milhões têm 60 anos ou mais, sendo que projeções apontam um crescimento desse grupo populacional para 18 milhões até 2010 e 25 milhões até 2025. (PEREIRA et al., 2006).

Segundo Pires (2002), a população idosa no Brasil cresce a cada dia e com ela as dificuldades e as necessidades de adequar soluções eficientes, junto aos órgãos públicos, com o objetivo de tornar digna a vida dos idosos.

Em conseqüência da crescente demanda desta população os idosos constituem grande parte dos pacientes atendidos nos serviços de saúde. (SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008).

Tanto Pereira et al. (2006) quanto Pires (2002) vêm confirmar, então, a necessidade de uma mudança nos paradigmas da atenção à saúde, principalmente se considerar as condições precárias de saúde de muitos idosos no Brasil, bem como a aposentadoria que frente à falta e/ou incapacidade de trabalho é a que tenta suprir as necessidades dos mesmos.

### 3.3 O contexto dos idosos acamados

#### 3.3.1 Considerações acerca da incapacidade e fragilidade

O significado de saúde está fortemente ligado às atividades de vida diária levando a crer que qualquer evento que interfira direta ou indiretamente na rotina, nos afazeres domésticos, no trabalho e até no lazer, estão ligados a problemas de saúde. Aliada a isto, está a idéia de que estar saudável é fazer coisas, ou seja, conseguir desempenhar os papéis e funções do dia a dia e as atividades pessoais ou de auto-cuidado.

A autonomia da pessoa idosa está ligada à sua capacidade funcional, principalmente no que se refere ao desempenho das atividades da vida diária, à manutenção da capacidade funcional e à autonomia, que conferem ao idoso a sensação de bem estar ou uma boa qualidade de vida, independente de sua idade. (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006).

As atividades que exigem movimentação e deslocamento (banhar-se, vestir-se, usar vaso sanitário e transferências) são as que indicam maior dependência dos idosos. Essas dependências geram maiores demandas de cuidados e exigem do cuidador esforço físico e atenção constante. A dependência gradual leva um tempo para ser compreendida pelo familiar implicando em tomadas de decisões em relação ao cuidado e a eleição de um cuidador. Depois de identificada pelo profissional a dependência precisa ser trabalhada com a família. (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

A dependência é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde. A existência de uma incapacidade funcional determina a necessidade de um cuidador. (GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA, 2005).

A percepção da saúde, o comprometimento das atividades cotidianas por problemas de saúde, estar acamado e o nível funcional são indicadores mais proeminentes da qualidade de vida do que doenças específicas (BERKMAN; GURLAND, 1998 *apud* LIMA-COSTA et al., 2003).



Embora o envelhecimento não seja uma enfermidade, as mudanças de estruturas e funções corporais que ocorrem no organismo, principalmente nos sistemas músculo-esquelético, ósseo e nervoso, levam os indivíduos a perder sua capacidade funcional para exercer suas atividades de vida diária. Dessa forma, este discurso ressalta a importância da manutenção da capacidade funcional para não depender de outrem. (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006).

A capacidade funcional é um indicador de saúde dos idosos e a incapacidade funcional, um sinal de falência da habilidade em realizar as atividades cotidianas, seja pela presença de déficits físicos ou cognitivos, seja, mesmo, pelo processo contínuo do envelhecimento. (GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA, 2005).

A maioria dos idosos acamados, ou seja, restritos ao leito devido uma deficiência física, enfrentam muitas vezes, uma série de obstáculos físicos e interpessoais, na realização das atividades da vida diária. Esta perda de controle sobre suas ações pode levar à insegurança, que por sua vez, influencia negativamente na auto-estima. (MENDES, 2009).

De acordo com os conceitos gerontológicos o idoso que mantém a sua autodeterminação, sem necessitar de nenhum tipo de ajuda ou supervisão para realizar seus afazeres diários, é considerado um idoso saudável, ainda que possua uma ou mais doenças crônicas. Daí decorre o conceito de capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Este é um conceito que, do ponto de vista da saúde pública, é mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. A determinação da capacidade funcional do idoso é um indicador imprescindível para adequar os cuidados de enfermagem tanto ao paciente como ao familiar. (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

Dessa maneira, o envelhecimento com dependência toma significados particulares que, dentro de um contexto histórico, social, político, econômico e cultural, precisa ser analisado e esclarecido. (KARSCH, 2003).

Nessa etapa da vida ocorrem alterações funcionais que, embora variem de um indivíduo a outro, são encontradas em todos os idosos e são próprias do processo de envelhecimento natural, acarretando, portanto, em maior predisposição do indivíduo ao surgimento de condições crônicas de saúde e suas possíveis

seqüelas debilitantes. Assim, também é de se esperar que aumente o número de idosos dependentes inseridos nos meios social e familiar. (SILVA; GALERA; MORENO, 2007).

Dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) do ano de 1998 citados por Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005), conduzida em uma amostra representativa da população idosa brasileira (exceto região Norte), mostraram que 13,9% dos idosos tiveram suas atividades rotineiras interrompidas por problemas de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista. Essa necessidade de cuidado não vem sendo considerada, de maneira explícita, pelo sistema de saúde brasileiro.

Estudos revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas, segundo Medina (1998). Estes dados remetem à preocupação por mais de 6 milhões de pessoas e famílias, e a um e meio milhão de idosos gravemente fragilizados no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2001 citada por Karsch (2003).

Em pesquisa realizada junto aos idosos por Lima-Costa et al. (2003), com relação aos indicadores da condição de saúde e função física, os idosos com menor renda domiciliar, em comparação aos demais, com mais freqüência perceberam a sua saúde como pior, tiveram alguma das suas atividades cotidianas comprometida por problemas de saúde e estiveram acamados em tempos recentes. Além disso, eles se queixaram com mais freqüência de dificuldades para realizar todas as atividades indicadoras de função física.

Observando com atenção o rápido crescimento que a população idosa do Brasil teve nos últimos anos, visualiza-se também o aumento do número de idosos com doenças crônicas e múltiplas, que apresentam alguma forma de dependência e que demandam internações prolongadas e freqüentes. Esta mudança de perfil de saúde da população idosa trouxe a necessidade de alterações nas formas de cuidado dessa população, e uma delas foi o retorno ao modelo de cuidados domiciliares. (RESENDE; DIAS, 2008).

No Brasil, a velhice sem independência e autonomia ainda faz parte de uma face oculta da opinião pública, porque vem sendo mantida no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições asilares, impedindo qualquer visibilidade e, conseqüentemente, qualquer preocupação política de proteção social. (KARSCH, 2003).

Ademais, o envelhecimento da população brasileira está se dando num momento de profunda desordem econômica, deixando, com certeza, a população de baixa renda mais desamparada e carente, demandando posturas de apoios compensatórios a essa realidade. Está se configurando um severo e crítico quadro de exclusão social do idoso, tanto mais grave, quando esse idoso perder a sua capacidade funcional. (KARSCH, 2003).

Assim, com o acelerado envelhecimento da população, certamente crescerá o número de idosos acamados, fragilizados e com elevado grau de dependência e com várias necessidades básicas afetadas, portanto, se faz necessário e urgente a produção de conhecimentos que vise apontar os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes dentre esses idosos, para que a partir deles seja possível à elaboração de um plano de intervenção e desenvolvimento de cuidados efetivos, capaz de promover o conforto, bem-estar e a melhoria na qualidade de vida dos idosos. (FIGUEIREDO et al., 2008).

### 3.3.2 Principais doenças que acarretam a incapacidade e fragilidade

A freqüência das doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades.

A prevenção das doenças crônicas e degenerativas, a assistência à saúde dos idosos dependentes e o suporte aos cuidadores familiares representam novos desafios para o sistema de saúde instalado no Brasil. (KARSCH, 2003).

É notório que a medida na qual se envelhece aumenta a vulnerabilidade, os riscos de agravos e a prevalência de doenças crônicas, que levam à maior parte da ocorrência de incapacidade nos idosos.

É comum que o ser humano tenha pelo menos uma patologia crônico-degenerativa após os 60 anos de idade, sendo que pelo menos 15% destas pessoas apresentam duas ou mais doenças, que por sua vez, podem provocar algum tipo de incapacidade e/ou dependência. (FIGUEIREDO et al., 2008).

A presença de doenças crônicas como artrose, hipertensão, visão diminuída e insuficiência cardíaca estão diretamente ligadas à perda da capacidade funcional para as atividades de vida diárias e para auto-cuidado. (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006).

Segundo Fonseca, Penna e Soares (2008), o acidente vascular encefálico (AVE) é a principal causa de internações, mortalidade e deficiências na população brasileira, superando as doenças cardíacas e o câncer, que são as duas primeiras causas de morte nos países industrializados.

Para Figueiredo et al. (2008), considerado-se o idoso acamado, destaca-se o Acidente Vascular Cerebral (AVC) como uma condição crônica que compromete sensivelmente a autonomia e independência do idoso.

O estudo de Figueiredo et al. (2008) destacou ainda outras doenças que influenciam no surgimento da incapacidade, tais como: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes *Mellitus* (DM), problemas articulares, Perda da Visão, Osteoporose, Fraturas, Reumatismo e Doença de Alzheimer.

Compreende-se assim que, na velhice estão aumentados os riscos de doença e com a passagem do tempo é impossível evitar o desgaste do corpo, sendo que à medida que a idade avança em anos o adoecimento ocorre com mais facilidade e a recuperação é mais lenta. Em geral as doenças nos idosos são crônicas e múltiplas, exigindo intervenções contínuas de equipes multidisciplinares. (MARQUES; FREITAS, 2009).

Assim sendo as alterações que ocorrem durante o envelhecimento são fisiológicas, porém o acúmulo dessas alterações pode levar a uma limitação na capacidade do idoso em desempenhar as chamadas atividades básicas da vida diária. Estas incluem:

- tomar banho;
- vestir-se;
- evacuar;
- urinar sem ajuda;
- alimentar-se
- caminhar;
- sentar-se
- levantar-se
- transferir-se de uma cadeira ou da cama.

A ocorrência de doenças pode ocasionar um rápido comprometimento da capacidade funcional do idoso, o que pode levá-lo a uma situação de incapacidade e dependência. (FIGUEIREDO et al., 2008).

### **3.4 O cuidado no domicílio pela família e/ou cuidadores**

O cuidado a idosos e a pessoas dependentes não é algo novo, visto que se deu tradicionalmente no âmbito privado do domicílio. (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006).

O atendimento ou cuidado domiciliário ao idoso é um segmento da área de saúde cuja tendência é se expandir rapidamente. (KAWASAKI; DIOGO, 2001a).

Nos países latino-americanos, grande parte dos idosos vive no seu domicílio sob os cuidados diretos de um cuidador leigo, em sua maioria, um membro da família. Esse é o grande responsável pela assistência do idoso em seu domicílio, seja pela deficiência de incentivos políticos, financeiros e de instituições que aceitem estes idosos, seja pela tradição cultural de manter estes idosos em casa. (SANTANA et al., 2008).

Pretende-se, então, com esta abordagem, destacar o impacto da doença na vida do familiar que assume a responsabilidade principal pelo cuidado domiciliar do paciente. (FONSECA; PENNA; SOARES, 2008).

A permanência do idoso no seu domicílio é muito importante para mantê-lo estimulado pela vida, diminuindo as dificuldades e os limites impostos pela idade avançada. Seu bem-estar dependerá de retaguarda familiar. A família continua sendo uma fonte de sustento e cuidado para os idosos, em todo o mundo. A sua disponibilidade em morar junto e assumir o compromisso de cuidar deles é fundamental. (MARQUES; FREITAS, 2009).

Cuidar do idoso em casa é, com certeza, uma situação que deve ser preservada e estimulada. (KARSCH, 2003).

Nessa perspectiva, a família é fundamental no processo de prestação de cuidado ao idoso, contribuindo para a humanização da assistência e a construção de um ambiente favorável para a recuperação da saúde do idoso, evitando, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos ou outras institucionalizações. (NASCIMENTO et al., 2008).

A família é compreendida como um lugar em que se encontra apoio, ajuda, compreensão, compartilhar das dificuldades e fortalecimento através da união para

enfrentar os obstáculos. Contudo, quando essa função da família não é bem estruturada, gera conflitos na realização do cuidado. (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

No contexto brasileiro, a existência de um familiar que se responsabiliza pelos cuidados a um idoso dependente é ainda muito freqüente. As famílias constituem-se no primeiro recurso, do qual se vale a sociedade, para dar atendimento e acolher os seus membros idosos, principalmente nos casos que demandam cuidados prolongados decorrentes de processos mórbidos incapacitantes. Elas são fonte primária de suporte social informal. (PAVARINI et al., 2005).

O idoso brasileiro permanece sendo cuidado na família, sem a qual o sistema de saúde não daria conta desses cuidados ou estaria ainda mais sobrecarregado. (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002).

No Brasil, há uma tradição de que o cuidado de um familiar doente ou com limitações fisiológicas próprias da velhice deva ser desenvolvido pela própria família, especialmente se a pessoa dependente do cuidado for o cônjuge, os filhos, os pais ou avós idosos, ou seja, há uma naturalização da idéia de família cuidadora.

Legitimando essa tese, a Constituição da República Federativa do Brasil, no artigo 229, dispõe que "os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade" em parceria com o Estado e a sociedade. A família tem "o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida". (SENA; GONCALVES, 2008).

No âmbito familiar objetiva-se o atendimento das necessidades dos dependentes, seja de companhia, de ajuda no desenvolvimento das atividades de vida diária ou de cuidados com a saúde do idoso. (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006).

Cuidar de um idoso no domicílio é uma tarefa árdua, pois o cuidado é delegado, geralmente, a uma pessoa que não possui apenas essa atividade e acaba conciliando-a com outras tarefas, como o cuidado dos filhos, da casa, atividade profissional, dentre outras.

Este acúmulo de atividades resulta em esgotamento, podendo levar o cuidador domiciliar ao adoecimento. Freqüentemente, se percebe que o cuidador

domiciliar não possui outra pessoa para dividir as suas tarefas, levando a um acúmulo de atividades. (SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008).

Cuidar de um indivíduo idoso e incapacitado durante 24 horas sem pausa não é tarefa fácil sem apoios nem serviços que possam atender às suas necessidades, e sem uma política de proteção para o desempenho deste papel. (KARSCH, 2003).

O ônus da árdua e desgastante tarefa do cuidador, forjada numa repetitividade diária incessante, muitas vezes durante anos, com sobrecarga de atividades no seu cotidiano sendo, quase sempre, uma atividade solitária e sem descanso, que pode erodir sua vida psíquica, com repercussões físicas importantes, levando-o a um isolamento afetivo e social. (FLORIANI; SCHRAMM, 2006).

O cuidado diário e permanente ao idoso dependente produz perturbações, que por menor que sejam, afetam a vida familiar, como a mudança no exercício de papéis, angustiante em virtude do envolvimento afetivo paciente idoso e família.

Outras modificações são a diminuição do tempo de relacionamento com amigos e vizinhanças, a solidão, a sobrecarga e a frustração por não conseguir colocar em prática seus próprios projetos de vida. Em determinado momento estas saturam o cuidador de tal forma que volte em busca de alternativas de cuidado como a contratação de um indivíduo para prestar assistência ao idoso. (KAWASAKI; DIOGO, 2001).

Cuidar do idoso requer exigências, sendo estas físicas ou psíquicas, o que acaba trazendo prejuízos a sua saúde, sendo evidenciados pelo cansaço, pelo estresse e, até mesmo, por seu adoecimento devido à sobrecarga que esta ação lhe impõe. (SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008).

Vários estudos já abordaram as implicações decorrentes do fato de a família assumir o cuidado a um membro com doença crônica, apontando inclusive a necessidade de orientação profissional a essas famílias. No início elas até têm a ilusão de que serão apoiadas pelo setor de saúde, mas esta sensação se desfaz diante das primeiras intercorrências, pois muitas vezes são vãs as tentativas de internação do idoso. (VIEIRA; MARCON, 2008).

A maior preocupação manifestada pelos cuidadores, em relação ao cuidado, foi a agudização das doenças crônicas. Esta preocupação pode ser atribuída à



insegurança e à falta de conhecimentos básicos de saúde, por parte dos cuidadores. (MARTINS et al., 2007).

Na realidade do cuidador domiciliar pode ocorrer de não ter com quem compartilhar o seu compromisso com o idoso, sendo legado para si a condição única para cuidar.

Além disso, com o passar do tempo, as ações de cuidado ao idoso, como higiene, conforto, alimentação, fazer curativos, se tornam repetitivas e desenvolvem, no cuidador domiciliar, cansaço físico pela saturação das atividades, fato que o leva aos limites de tolerância no contexto deste cuidado. (SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008).

Nesse sentido, a dinâmica da atividade de cuidar no domicílio pode, contudo, gerar uma ambigüidade identificada pelo bem-estar e pela tensão entre os familiares. O bem-estar é gerado nas situações em que os recursos familiares atendem a demanda de cuidados.

Por outro lado, quando esses recursos são insuficientes, a demanda da própria família pode desencadear tensão no contexto familiar, pelo aumento dos conflitos entre os seus membros, pela falta de resolução dos problemas, e pelas tarefas não concluídas. (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005).

Outra questão a ser destacada, envolve a sobrecarga de funções compreendidas nas vinte e quatro horas diárias dispensadas na responsabilidade do cuidar, considerando-se que por exigir cuidados especiais e grande atenção, o idoso muitas vezes, dependente de sua trajetória de vida e estado de saúde, requer uma dedicação exclusiva. (NASCIMENTO et al., 2008).

Assumir a função de cuidador de um familiar idoso com limitações das capacidades funcionais, especialmente nas situações de maior dependência, constitui uma experiência que produz enorme impacto no processo de viver do cuidador. Envolve alterações em sua saúde física, emocional e social, pois, geralmente o cuidado é contínuo. Envolve ainda várias ações, surge como algo inesperado, exige conhecimento específico e habilidades. E somam-se a outras atividades cotidianas do cuidador, sobrecarregando-o com uma intensa jornada de trabalho. Isto sem contar a possível incompatibilidade na relação do cuidador com a

pessoa de quem cuida, ou o fato de acompanhar a progressiva degeneração funcional de um ente querido. (SENA; GONCALVES, 2008).

Uma dificuldade também encontrada é a escassez de recursos financeiros, pois com este é possível obter outros, como recursos humanos e materiais. A falta de dinheiro pode gerar angústia no cuidador que quer dar o melhor para o seu familiar idoso. (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

O processo de cuidar do idoso em contexto domiciliar pode desencadear o aparecimento de limitações na vida cotidiana do cuidador com conseqüente risco à sua saúde e bem-estar. (GONÇALVES et al., 2006).

Isto porque, na maioria das vezes, a incapacidade do idoso cuidado reflete diretamente no cuidador, pois este é requerido a estar sempre presente e disponível para suprir a necessidade ou incapacidade do outro. (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006).

O cuidado ao idoso se caracteriza por uma dependência, demonstrada por precisar de alguém que se solidarize com o cuidador domiciliar e esteja presente com ele no momento de cuidado. Essa condição atesta o vazio sentido por quem cuida do idoso, sendo que a presença de um familiar ou vizinho expressa a possibilidade de olhar para si e de ser atendido. (SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008).

O aumento do grau de dependência do idoso gera para o cuidador a dificuldade na mobilidade. As dificuldades vêm desde a falta de condicionamento físico para realizar a movimentação até o medo de não conseguir realizar esse movimento de forma adequada. (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

Os cuidadores têm ocupado um espaço significativo no cuidado do idoso fragilizado ou dependente, no seu domicílio. Entre as diferentes atividades a serem realizadas por esses indivíduos destaca-se a assistência ao idoso, cuja abrangência não é muito clara. (KAWASAKI; DIOGO, 2001a).

O familiar é o cuidador principal que assume todas as funções de cuidado da casa e do idoso acamado. (MARQUES; FREITAS, 2009).

Desse modo, considerando as demandas que o cuidado no domicílio gera, compreende-se que para poder cuidar do seu idoso, a família precisa ser incluída no plano de cuidados do profissional de saúde; é preciso que sejam adotadas medidas

como, prever horas de descanso e momentos em que o cuidado deve ser oferecido por profissionais. (SILVA; GALERA; MORENO, 2007).

### **3.5 A atenção básica ao idoso e o Programa Saúde da Família**

A população idosa apresenta necessidades diferenciadas e especificidades que devem ser consideradas, ocorrendo freqüentemente um comprometimento da independência decorrente das doenças crônico-degenerativas comuns a essa faixa etária.

Considerando esta realidade, os serviços de atenção à saúde dos idosos devem ser capazes de aplicar estratégias adequadas para tratar e, principalmente, prevenir doenças e suas complicações, buscando minimizar as seqüelas, o desenvolvimento de incapacidade, a perda da autonomia e da qualidade de vida para os idosos.

A Enfermagem enquanto profissão da área da saúde que apresenta como essência e foco dominante o cuidado ao ser humano também deve implementar ações de saúde específicas, objetivando a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos idosos, mediante a execução de programas. (COLOMBÉ, 2003).

Entre tais desafios coloca-se o fortalecimento do trabalho interdisciplinar da equipe que assiste os idosos, a partir de dinâmicas relacionais, integradoras das diversas áreas de conhecimentos. Este é um território por onde transitam não apenas o mundo cognitivo, mas também a solidariedade profissional, que está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres, mostrando-se eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário.

O processo de municipalização da saúde tem investido na ampliação do atendimento por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerados portas de entrada ao sistema de saúde. Esses programas buscam a relação mais pessoal dos profissionais com os usuários, buscando uma capacidade resolutiva para as demandas da população. (BEZERRA, 2005).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi lançado como programa em 1994, foi catalogado como estratégia, buscando diferenciar-se dos programas tradicionais já produzidos pelo Ministério da Saúde.

A Segunda versão oficial do PSF, publicada em 1997, define-o efetivamente como estratégia de reorientação do modelo assistencial. Sua implantação segue abrigo tal dicotomia: de um lado, ratifica sua condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos, ou seja, com uma formulação e com “*modus operandi*” estabelecido/normalizado.

Por outro lado, reivindica a posição de “estratégia” por sinalizar um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo. (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

O PSF não é uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis. Dessa forma, pelo melhor conhecimento da clientela e pelo acompanhamento detido dos casos, o programa permite ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos.

O Programa de Saúde da Família representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial.

Responde a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. Incorpora ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

Junto ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde – com o qual se identifica cada vez mais – permite a inversão da lógica anterior, que sempre privilegiou o tratamento da doença nos hospitais. Ao contrário, promove a saúde da população por meio de ações básicas, para evitar que as pessoas fiquem doentes.

A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistencial. (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

Considerando assim, os objetivos norteadores do Programa Saúde da Família e do trabalho realizado pela Equipe de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde é que torna-se possível vislumbrar a possibilidade de se promover uma

assistência ao idoso capaz de trabalhar dentro do contexto de suas necessidades em busca da melhoria de sua qualidade de vida.

Desse modo, entende-se que a existência de uma atenção básica efetiva junto à população idosa por meio das ações do PSF pode contribuir sobremaneira para os cuidados a estes prestados, seja nos serviços de saúde, seja nos domicílios.

Não obstante, é preciso lembrar que não somente a equipe de saúde terá condições de desenvolver sozinha um bom trabalho junto aos idosos acamados, mas sim, juntamente com profissionais de outras áreas. Deve-se promover uma troca de experiências, como também, juntamente com familiares e cuidadores envolvidos no processo do cuidar dos idosos.

Nesse sentido, partindo dos objetivos propostos pelo Programa Saúde da Família, entende-se que os profissionais da enfermagem devam inicialmente identificar as necessidades primordiais dos idosos acamados residentes na região em que atuam, de modo a melhorar sua forma de atuação partindo da identificação dos principais problemas que comprometem a assistência na sua região.

### **3.6 A contribuição da equipe de saúde da família na promoção dos cuidados e atendimento de qualidade: possíveis melhorias na sua atuação**

Historicamente, diferentes países do mundo têm desenvolvido variadas formas de apoio e cuidados aos seus idosos dependentes, e, em alguns países, o suporte oferecido é quase exclusivamente de responsabilidade estatal, em outros, são predominantemente as famílias que desempenham todos os encargos.

Em alguns países, ainda, as responsabilidades são divididas, em graduações variadas, entre o setor público e o privado. Incluem benefícios, políticas e serviços previdenciários, de organizações sindicais, de empresas para seus funcionários responsáveis por algum idoso dependente, de agências e unidades sanitárias estatais, assim como de organizações particulares de seguro-saúde. (KARSCH, 2003).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que fundamenta as ações do poder público do setor saúde na atenção integral à população idosa, incorpora o cuidado familiar e considera este modelo fundamental nos cuidados à saúde desse grupo populacional, configurando a junção das três dimensões cuidadoras. (RESENDE; DIAS, 2008).

Todavia, embora a contribuição da família no cuidado ao idoso seja efetiva e importante, é preciso salientar a necessidade da equipe de saúde da família participar desse processo dando todo apoio e suporte para que o idoso receba os cuidados adequados e necessários à manutenção de seu bem-estar.

### 3.6.1 O papel do enfermeiro frente à educação aos cuidadores

A atenção domiciliar prestada pelo Programa Saúde da Família (PSF) hoje é uma realidade na assistência aos cuidadores familiares. (FONSECA; PENNA; SOARES, 2008).

O Sistema de Saúde, por meio das Instituições, tem tentado redefinir suas prioridades, estabelecendo estratégias que possam tratar e prevenir doenças que causem incapacidade e buscando formas de atenção à saúde que ampliem a autonomia dos sujeitos e que promovam qualidade de vida à população. (MARQUES; FREITAS, 2009).

Cotidianamente é possível observar durante as visitas domiciliares pelos profissionais de saúde que atuam em Programas de Saúde da Família (PSF) que são freqüentes os casos de idosos que necessitam de cuidados domiciliares e com cuidadores familiares de idosos que também necessitam de cuidados. (MARTINS et al., 2007).

Evidencia-se a importância da assistência de enfermagem, que para ser eficiente e efetiva deve ser sistematizada por meio do Processo de Enfermagem, no qual este representa o principal instrumento metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional dos enfermeiros. (FIGUEIREDO et al., 2008).

Manter o idoso acamado sob os cuidados familiares, pelo maior tempo, somente é possível com recursos, infra-estrutura e apoio disponível, especialmente de um cuidador e equipamentos específicos para a realização das atividades da vida diária (AVD). (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

O que se verifica é a existência de idosos necessitando de amparo e de cuidados, tanto no plano da saúde como na manutenção de sua autonomia, no sentido de tomar decisão, e na preservação de sua independência na realização de atividades de vida diária. (MAZZA; LEFEVRE, 2004).

É evidente a importância da assistência, no nível da atenção básica aos idosos acamados no domicílio a partir das Equipes de Saúde da Família. Os profissionais, inclusive e principalmente os da Enfermagem, devem atuar na promoção da saúde, prevenção de doenças, colaborando no tratamento de doenças



crônicas e finalmente na reabilitação do idoso para aquisição da autonomia e independência potencializando o autocuidado. (FIGUEIREDO et al., 2008).

O cuidar de enfermagem é uma prática complexa e por isso não pode ser pensada como um ato que envolve somente o domínio de técnicas e tecnologias, mas como uma ação que abrange a complexidade do lidar com o outro ser humano.

Os idosos apresentam necessidades diferenciadas dos demais grupos com os quais a enfermagem trabalha, pois sua própria condição orgânica dificulta o processo de recuperação dos episódios de adoecimento e os tornam mais vulneráveis a essas ocorrências. (NASCIMENTO et al., 2008).

Tendo em vista que há uma necessidade de desenvolvimento de serviços de enfermagem voltado para o autocuidado do idoso, necessita-se desenvolver uma assistência de enfermagem mais qualificada para evitar as complicações decorrentes de patologias. (SILVA, 2005).

Isso aponta para necessidade de uma alternativa assistencial especializada, contínua de uma equipe multiprofissional, capaz de minimizar o grau de dependência dos idosos, através do tratamento adequado das patologias e estratégias de otimização do cuidado no próprio domicílio. (FIGUEIREDO et al., 2008).

Isto porque, a deficiência de orientação para o cuidado pode colocar em risco a saúde do idoso. Dessa forma, uma das alternativas mais importantes para assegurar a autonomia e independência do idoso, como também o envelhecer saudável, é a ação educativa para esta parcela da sociedade.

Assim, cuidar e promover a educação em saúde no domicílio é uma das tarefas mais desafiantes para o profissional enfermeiro, bem como para a equipe multidisciplinar atuante na saúde. (MARTINS et al., 2007).

O cuidador familiar de idosos incapacitados precisa ser alvo de orientação de como proceder nas situações mais difíceis, e receber em casa periódicas visitas de profissionais, médico, pessoal de enfermagem, de fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capacitação.

Este apoio torna-se ainda mais fundamental quando se trata de um casal de idosos, em que o cônjuge menos lesado assume os cuidados do outro, que foi acometido por uma súbita e grave doença incapacitante. (KARSCH, 2003).

A intervenção educativa pode contribuir para mudanças no estilo de vida, favorecendo o conhecimento, sendo, portanto, um dos meios para vencer os desafios impostos aos idosos pela idade e pela sua condição de saúde, propiciando, também, o aprendizado de novas formas de cuidar, ampliando as oportunidades para resgatar seu bem-estar físico e emocional. (MARTINS et al., 2007).

É possível ampliar o conhecimento de procedimentos que facilitam o lidar com o idoso no dia-a-dia e potencializar a capacidade de enfrentamento das dificuldades no cuidado no domicílio, possibilitando, assim, uma melhor compreensão sobre como enfrentar as dificuldades e entender as distintas situações manifestas na velhice. (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005).

Por mais difícil que pareça ser o processo de educação em saúde, o primeiro passo é propor ao idoso e a seu cuidador a interatividade nesse processo; o segundo é começar a colocá-lo em prática; e o terceiro, fazê-lo se tornar um novo hábito de vida e saúde para essa população.

O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deixe de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), papel este capaz de aperfeiçoar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a este grupo. (MARTINS et al., 2007).

Ademais, o desenvolvimento da atenção básica torna possível, aos elementos das Equipes de Saúde da Família, principalmente ao enfermeiro, conhecer o perfil dos idosos acamados, suas condições sócio-econômicas e habitacionais; o conhecimento e as atitudes de seus cuidadores; o grau de dependência; o nível de comprometimento e complicações das doenças crônicas instaladas.

A partir destes elementos torna-se possível elaborar os diagnósticos de enfermagem baseados nas necessidades e dificuldades vivenciadas por estes idosos no âmbito da família, planejando uma assistência individualizada, holística, humanizada e integral, visando reduzir as internações hospitalares.

Conseqüentemente, reduz-se o risco de infecções hospitalares, além de ser possível postergar ao máximo a instalação de outras doenças crônicas e suas complicações, ou até mesmo a agudização dos quadros patológicos existentes, desonerando os elevados custos financeiros e sociais desses idosos. (FIGUEIREDO et al., 2008).

Esta assistência demanda para os profissionais da saúde uma parceria com as pessoas que cuidam dos idosos, possibilitando a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, dando maior atenção àquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento. (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

Nas ocasiões de dúvida, medos, insegurança e despreparo por parte dos cuidadores e familiares, a equipe de profissionais deverá explicar e esclarecer a necessidade de o paciente ser cuidado e se colocar à disposição para dar o suporte necessário, tanto para o familiar enfermo, quanto para as pessoas que vão cuidar dele. (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006).

A assistência ao idoso compreende muito além das atividades investigadas, pois o cuidado envolve não somente a dimensão técnica, mas as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, as quais não serão abordadas neste momento. (KAWASAKI; DIOGO, 2001).

Para prestar um atendimento adequado ao idoso, é necessário que os profissionais da Equipe de Saúde sejam capazes de avaliar o nível de dependência do idoso, seus limites e suas potencialidades, para que possam identificar as suas reais necessidades. Nesse sentido os profissionais de saúde são desafiados a lidar com uma prevalência mais alta de agravos e doenças que ocorrem nesta população, em que muitos distúrbios crônicos comuns podem ser prevenidos, controlados ou limitados, de modo que as pessoas idosas possam ter maior probabilidade de manter uma boa saúde e independência funcional. (FIGUEIREDO et al., 2008).

A enfermagem tem muito a contribuir na assistência às famílias e esta pesquisa demonstra como a intervenção de enfermagem pode colaborar para a melhora das condições de vida do grupo familiar (SILVA; GALERA; MORENO,

2007), indicando possíveis melhorias tais como uma maior aproximação da equipe de saúde com os cuidadores domiciliares e familiares no sentido de promover uma maior educação quanto aos procedimentos adequados ao cuidado ao idoso acamado, já que familiares e cuidadores convivem por mais tempo com o idoso.

A implementação de plano de cuidados efetivos torna possível minimizar as dificuldades e dependências desses idosos, levando-os a conquistarem uma melhor condição de saúde, e assim, adquirirem o mínimo de autonomia necessária para o autocuidado e independência, pelo menos nas atividades da vida diária (AVD). (FIGUEIREDO et al., 2008).

Portanto, acredita-se que a melhora na atuação da equipe de saúde possa se operar com a implantação de novas estratégias assistenciais, mais humanizadas e holísticas, capazes de desenvolver um plano terapêutico resolutivo e que amplie possibilidade de solução das dependências e deficiências dos idosos, reduzam as complicações e/ou agravamento dos quadros de morbididades, solucionando os problemas no próprio domicílio. (FIGUEIREDO et al., 2008). Em outras palavras, melhorar a atuação da equipe de saúde com a aproximação junto à realidade vivenciada pelo idoso acamado e sua família no intuito de se obter informações peculiares para a otimização de suas condições de vida e assistência.

### 3.6.2 Desafios da assistência ao idoso

No Brasil, o desafio para este século é oferecer suporte de qualidade de vida para uma população com mais de 32 milhões de idosos, na sua maioria de nível sócio-econômico e educacional baixo e com alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. (MARTINS et al., 2007).

Nessa empreitada, outro problema com o qual se tem que lidar é com o da necessidade de investimentos de recursos financeiros que a população idosa requer para a promoção de sua assistência: “estima-se que entre 2000 e 2050 a proporção das despesas do governo alocadas para a população com 60 anos ou mais deverá crescer dos atuais 38% para 68%”. (CHAIMOWICZ, 2006, p. 109).

O atendimento à saúde de idosos é mais oneroso que o de outras parcelas da população. O valor médio por internação hospitalar (SUS) no período 2000 – 2005 para cuidados prolongados ou crônicos no Brasil foi da ordem de R\$ 4.155,00 – R\$ 8.630,00. (MARQUES; FREITAS, 2009).

Desse modo, além do próprio desafio de se prestar uma assistência ao idoso com qualidade dada a considerável estimativa de crescimento da população idosa, convive-se também com a necessidade de maior quantidade de recursos financeiros suficientes para a estruturação e desenvolvimento de tal assistência.

Atrelado a isso, um dos maiores desafios na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. (BRASIL, 2006).

Surge, por outro lado, a possibilidade do cuidado no domicílio que implica em novos modos de fazer e saber dos trabalhadores da saúde. Isto porque tal postura deve primar por efetivar ações que permitam a integralidade, a intersubjetividade e o cuidado direcionado à família. (MARTINS et al., 2007).

Familiares e cuidadores tendem a ganhar espaço no cuidado do idoso acamado por sua proximidade e pela importância de se evitar hospitalizações desnecessárias que poderiam ser substituídas por cuidados no próprio domicílio.

O incentivo ao retorno do modelo de cuidados domiciliares tem como principal finalidade baratear os altos custos advindos das internações dessa população e a melhora da qualidade de vida dos idosos.

No entanto, a dificuldade das políticas públicas para acompanhar o rápido crescimento dessa população no país trouxe como consequência um enfoque distorcido da responsabilidade sobre as incapacidades ou as doenças crônicas do idoso, que foram assumidas por seus familiares como um problema individual e/ou familiar por causa da ausência, ou precariedade, do suporte do Estado. (RESENDE; DIAS, 2008).

Além disso, a prática de cuidados no domicílio permaneceu por anos sendo pouco utilizada, em virtude do incentivo ao modelo hospitalocêntrico, e ressurgiu nos últimos anos como possível resposta às demandas da rápida transição demográfica e epidemiológica, e da elevação dos custos assistenciais à saúde dos idosos.

Esta modalidade, entretanto, não pode ter como principais objetivos baratear custos ou transferir responsabilidades; ela deve também trazer ao público todas as dificuldades experimentadas na relação cuidador/paciente que acontecem na privacidade dos lares. Deve tentar dividir com o Estado a responsabilidade do cuidado com idoso dependente.

Esta parceria ainda é um grande desafio, pois apesar do Estado ter um papel importante na saúde dos idosos capaz de otimizar o suporte familiar nos três níveis de gestão do SUS, sem transferir responsabilidades, a grande maioria da população ainda não usufruiu do suporte determinado nas políticas públicas. (RESENDE; DIAS, 2008).

Apesar de todos os esforços, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não garante o cuidado domiciliário de longa permanência aos idosos. Os cuidadores de idosos experimentam um fardo considerável e estão em maior risco de morbidade comparados à população geral e a grupos. (GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA, 2005).

É preciso salientar que na medida em que a expectativa de vida aumenta, haverá um aumento drástico e catastrófico na prevalência de distúrbios mentais e doenças crônicas em idosos.

Muitas das doenças de fácil cura para um jovem ou adulto tornam-se crônicas e até fatais ao idoso, os sintomas são agravados, pois a fragilidade do organismo é acentuada na velhice e a falha do sistema imune pode causar piora do quadro patológico, interferindo diretamente na sua qualidade de vida. (KAWASAKI; DIOGO, 2001).

Para além da assistência e da saúde, as múltiplas tarefas práticas, a atenção e o carinho dispensados ao doente, os fatores econômicos, o uso de transportes coletivos, a moradia, entre outros, devem ser considerados primordialmente no caso dos idosos doentes. Todos esses fatores oneram de diferentes maneiras os familiares, responsáveis primeiros pelos cuidados. (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006).

Segundo Chaimowicz (2006, p. 130), “o envelhecimento bem sucedido será uma realidade para os idosos brasileiros quando [...] a aplicação intensiva dos métodos já existentes passar a favorecer uma parcela da população muito maior do que a que hoje deles se beneficia”.

Atrelado a isso, o serviço de saúde, por não estar organizado a pleno, tem dificuldade em responder às demandas dos idosos a ele vinculados.

Esta dificuldade é evidenciada nas necessidades de transporte do acamado até a Unidade de Saúde ou hospital, de avaliação por profissional médico, no domicílio, nos casos de agravamento das condições de saúde.

É evidenciada ainda na necessidade de nutricionista, para ajustes de dieta e acompanhamento nutricional e de assistente social, para encaminhamento de necessidades sociais e de formação de parcerias com Instituições, sem falar no despreparo da equipe em lidar com casos de negligência de cuidados ao idoso. (MARQUES; FREITAS, 2009).

Uma das estratégias adotada pelos serviços para desonerar o Estado e modificar o modo tradicional de produção em saúde, é a inclusão da atenção domiciliar no rol de modalidades de atendimento. Esta se caracteriza pela visita da equipe de saúde ao domicílio do usuário com o objetivo de avaliar suas necessidades e as de sua família, considerando a disponibilidade do serviço e constando de plano assistencial e orientações.

No entanto, o desafio reside no fato de que o atendimento domiciliar pressupõe ações complexas, exigindo técnica e periodicidade da equipe de saúde, de acordo com as necessidades evidenciadas. (MARQUES; FREITAS, 2009).

Diante desse contexto, acredita-se que outra ação que vise melhoria na atuação da equipe de saúde no cuidado aos idosos acamados seria a de desenvolver um planejamento local, baseado nas peculiaridades dos pacientes. Esta teria o sentido de tentar evitar hospitalizações desnecessárias e que, por vezes, podem levar até mesmo à infecções hospitalares e/ou agravamento da saúde do idoso. Incentivaria o atendimento no domicílio e ofereceria subsídios para que os familiares ou cuidadores contribuíssem, por sua vez, para o cuidado do idoso.

Acredita-se, portanto, que a equipe de saúde contribuiria na medida em que seu planejamento ofereça maior educação em saúde aos familiares e cuidadores que convivam com os idosos, bem como uma avaliação permanente desses cuidados com suporte educativo e corretivo a fim de não somente prestar a assistência em si, mas fazê-la com qualidade.



## 4 CONCLUSÃO

Diante de toda discussão traçada neste estudo foi possível compreender o quão necessária é a preocupação com a assistência ao idoso, uma vez que esta é uma população crescente no Brasil, assim como é crescente a necessidade de atendimento às suas incapacidades.

O processo de envelhecimento, embora ocorra de forma diferenciada em cada indivíduo, reflete, na maior parte dos casos, a perda de funções vitais e essenciais à vida cotidiana dos idosos que, com o passar do tempo, são acometidos por doenças degenerativa e crônicas e perdendo sua capacidade funcional para realizar funções básicas do dia-a-dia.

O cuidado domiciliar surge, então, como forma de assistência suplementar à prestada pelos serviços de saúde onde o idoso é cuidado por seus familiares, amigos, dentre outros, mas, por outro lado, o cuidado domiciliar enseja o despreparo dos cuidadores que, na maior parte dos casos, não tem formação acadêmica, o que remete à participação da equipe de enfermagem nesse processo de cuidados.

Nesse contexto, verificou-se que a equipe de saúde da família pode assumir papel de relevância por poder contribuir para a orientação dos cuidadores e para o cuidado propriamente dito dos idosos nos domicílios. Por meio de ações e estratégias voltadas para a valorização do cuidado em casa cerceado por educação orientada para o cuidado, é possível à equipe de saúde melhorar a qualidade de vida dos idosos atendidos.

Conclui-se que embora a equipe de saúde tenha papel relevante no cuidado ao idoso e, por mais capacitada que seja, depende da iniciativa pública no subsídio de ações que promovam uma atuação mais eficiente junto aos idosos acamados.

Por outro lado, tem-se entendido que o atendimento domiciliar dos idosos é uma nova forma de assistência que desponta no cenário da saúde e tem sua relevância.

Não obstante, como em todos os casos, requer um maior acompanhamento da equipe de saúde da família que deverá dedicar ações capazes de integrar o idoso, seu cuidador e familiares à sistemática adequada de tratamento das doenças incapacitantes para que não haja riscos e prejuízo à saúde dos idosos.

Considerando a realidade vivenciada pela minha equipe de saúde da família, entende-se que a haja por parte da equipe responsabilidade pela assistência aos idosos acamados.

No entanto, esta atuação carece de melhorias, tais como incentivos públicos para uma maior aproximação e conhecimento dos idosos acamados e suas necessidades. Depende ainda de infra-estrutura e condições para a educação de cuidadores domiciliares e familiares no sentido de prestar o apoio e orientações necessárias para que tal assistência se concretize com qualidade. Por fim, é necessária a capacitação dos próprios profissionais da nossa equipe de saúde da família para lidarem não somente com os cuidados aos idosos acamados, como também, para promoverem uma educação em saúde adequada.

Esta revisão de literatura pode ser o primeiro passo.

## 5 REFERÊNCIAS

BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 5, p. 810-811, out. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: cadernos de atenção básica**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.

CARBINATTO, Andréia Nadai. **Prescrição e condicionamento nas complicações cardiovasculares e na geriatria**. Franca: Universidade de Franca, 2002. 48 p.

CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos; OLIVEIRA, Nair Isabel Lapenta de. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2002.

CHAIMOWICZ, Flávio. **Epidemiologia e o envelhecimento populacional no Brasil**. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; DOLL, J. Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 106-130.

COLOMBÉ, Isabel Cristina dos Santos. O idoso sob a ótica de um grupo de agentes comunitários de saúde (ACSs). **Revista Técnica de Enfermagem**, São Paulo, n. 6, p. 32-33, dez. 2003.

DIOGO, Maria José D'Elboux; CEOLIM, Maria Filomena; CINTRA, Fernanda Aparecida. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 39, n. 1, p. 97-102, 2005.

FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes et al. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. **Rev. bras. enferm.**, v. 61, n. 4, p. 464-469, 2008.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 527-534, 2006.

FONSECA, Natália da Rosa; PENNA, Aline Fonseca Gueudeville; SOARES, Moema Pires Guimarães. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as conseqüências de assumir este papel. **Physis**, v. 18, n. 4, p. 727-743, 2008.

GIACOMIN, Karla C.; UCHOA, Elizabeth; LIMA-COSTA, Maria Fernanda F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1509-1518, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONCALVES, Lucia Hisako Takase et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto contexto - enferm.**, v. 15, n. 4, p. 570-577, 2006.

GUEDES, Dilmar Pinto. **Personal training na musculação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ney Pereira, 1998. 153 p.

KARSCH, Ursula M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

KAWASAKI, Kozue; DIOGO, Maria José D'Elboux. Assistência domiciliaria ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 35, n. 3, p. 257-264, 2001.

KAWASAKI, Kozue; DIOGO, Maria José D'Elboux. Assistência domiciliaria ao idoso: perfil do cuidador formal - parte II. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 35, n. 4, p. 320-327, 2001a.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 745-757, 2003.

MCARDLE, Willam D.; KATCH, Frank I.; KATCH, Victor L. **Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

MARQUES, Giselda Quintana; FREITAS, Ivani Bueno de Almeida. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. 4, p. 825-832, 2009.

MARTINS, Josiane de Jesus et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto contexto - enferm.**, v. 16, n. 2, p. 254-262, 2007.

MATSUDO, Sandra Marcela Mahecha. **Envelhecimento & atividade física**. Londrina: Midiograf, 2001.

MAZZA, Márcia Maria Porto Rossetto; LEFEVRE, Fernando. A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. **Saúde soc.**, v. 13, n. 3, p. 68-77, 2004.

MENDES, Cristina Katya Torres Teixeira et al. **Avaliação das necessidades do idoso acamado na comunidade**. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd\\_anais/pdf/id221r0.pdf](http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd_anais/pdf/id221r0.pdf)>. Acesso em: 2 dez. 2009.

MENDES, W. **Home care: uma modalidade de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: UNATI-UERJ, 2001.

NASCIMENTO, Leidimar Cardoso et al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Rev. bras. enferm.**, v. 61, n. 4, p. 514-517, 2008.

PAVARINI, Sofia Cristina Iost et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?. **Texto contexto - enferm.**, v. 14, n. 3, p. 398-402, 2005.

PEREIRA, Renata Junqueira et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, 2006.

PIRES, Thaís Simões et al. **A recreação na terceira idade**. 2002. Disponível em: <<http://www.cdof.com.br>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

RESENDE, Márcia Colamarco Ferreira; DIAS, Elizabeth Costa. Cuidadores de idosos: um novo/velho trabalho. **Physis**, v. 18, n. 4, p. 785-800, 2008.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no programa saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 438-446, mar./abr. 2004.

ROACH, Sally. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RODRIGUES, Sérgio Leandro Aquilas; WATANABE, Helena Akemi Wada; DERNTL, Alice Moreira. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 40, n. 4, p. 493-500, 2006.

SANTANA, Rosimere Ferreira et al. A formação da mensagem na comunicação entre cuidadores e idosos com demência. **Texto contexto - enferm.**, v. 17, n. 2, p. 288-296, 2008.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. **Enfermagem gerontológica: reflexão à ação** cuidativa. São Paulo: Robe, 2001.

SCHOSSLER, Thaís; CROSSETTI, Maria da Graça. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. **Texto contexto - enferm.**, v. 17, n. 2, p. 280-287, 2008.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Programas saúde da família. **Departamento de Atenção Básica**, n. 3, p. 316-317, jun. 2000.

SENA, Edite Lago da Silva; GONCALVES, Lucia Hisako Takase. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de *Alzheimer*: perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. **Texto contexto - enferm.**, v. 17, n. 2, p. 232-240, 2008.

SILVA, Maria C. **A prática educativa: o enfermeiro e o cliente idoso hipertenso**. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, 2005. Disponível em: <<http://www.estacio.br>>. Acesso em: 25 nov. 2009.

SILVA, Lucía; GALERA, Sueli Aparecida Frari; MORENO, Vânia. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta paul. enferm.**, v. 20, n. 4, p. 397-403, 2007.

SILVEIRA, Teresinha Mello da; CALDAS, Célia Pereira; CARNEIRO, Terezinha Féres. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1629-1638, 2006.

THOBER, Evelise; CREUTZBERG, Marion; VIEGAS, Karin. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Rev. bras. enferm.**, v. 58, n. 4, p. 438-443, 2005.

VIEIRA, Maria Cristina Umpierrez; MARCON, Sonia Silva. Significados do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 42, n. 4, p. 752-760, 2008.