

LUCIANA CALDAS TEIXEIRA COELHO

**A IMPORTÂNCIA DO CUIDADOR DOMICILIAR DE IDOSOS:
REVISÃO DE LITERATURA**

**BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS
2010**

LUCIANA CALDAS TEIXEIRA COELHO

**A IMPORTÂNCIA DO CUIDADOR DOMICILIAR DE IDOSOS:
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Anadias Trajano Camargos

**BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS
2010**

LUCIANA CALDAS TEIXEIRA COELHO

**A IMPORTÂNCIA DO CUIDADOR DOMICILIAR DE IDOSOS:
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Anadias Trajano Camargos

Banca Examinadora

Prof.(a) _____ UFMG

Prof.(a) _____ UFMG

Prof.(a) _____ UFMG

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Ao NESCON e UFMG pela promoção e oferecimento do curso.

Ao SUS e ao PSF que têm sido nossos maiores professores

Aos colegas e tutores pela troca de experiências.

“Porém, se acaba o Sol, por que nascia? /
Se tão formosa a Luz é, por que não
dura? / Como a beleza assim se
transfigura? / Como o gosto da pena
assim se fia?”
(Gregório de Matos)

RESUMO

O presente trabalho discute o papel do cuidador domiciliar do idoso à luz da literatura sobre o tema. O tema escolhido foi devido à problemática do cuidador do idoso no sistema de saúde, que repercute na qualidade de vida do indivíduo. Procurou-se demonstrar as ações para a universalização do acesso e o uso intensivo de informações, que não devem ser adotadas em descompasso com as políticas voltadas às diretrizes do SUS. Trata-se uma pesquisa bibliográfica, onde se pesquisou artigos publicados por outros estudiosos, analisando os conceitos e explorando os aspectos já publicados. Após a análise dos dados, considera-se que os idosos no Brasil hoje, representam cerca de 10% da população geral, sendo, em sua maioria, mulheres, viúvas, de baixa escolaridade e renda. Destaca-se que o cuidado ao idoso deve estar centrado na família e na atenção básica, sob a Estratégia de Saúde da Família, onde ocorre a integralidade da assistência e a criação de vínculo entre o serviço de saúde e a comunidade. Considerando a importância do tema, o trabalho destaca a necessidade de capacitação continuada para os profissionais que atuam diretamente no cuidado aos idosos, visando conhecer com detalhes os sintomas e agravos apresentados que podem prejudicar a qualidade de vida dos idosos.

Descritores: Envelhecimento – Idoso – Saúde – Cuidador Domiciliar

ABSTRACT

This paper discusses the role of home caregiver for the elderly to the literature on the subject. The theme was chosen due to the problems of caregivers of elderly in the health system, which influences the quality of life of the individual. We sought to demonstrate actions to ensure universal access and intensive use of information, which should not be adopted at odds with policies directed to the guidelines of SUS. This is a literature search, where they researched articles published by other scholars, analyzing the concepts and exploring the issues already published. After analyzing the data, it is considered that the elderly in Brazil today represent about 10% of the general population, being mostly women, widows, low education and income. It is noteworthy that elderly care must be centered on family and primary care under the Family Health Strategy, which is comprehensive care and creating a link between the health service and community. Considering the importance of the topic, the paper highlights the need for continued training for professionals who directly care for the elderly, to determine in detail the symptoms and health problems presented which may impair the quality of life for seniors.

Keywords: Aging - Elderly - Health - Domiciliary Carer

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 08 |
| 1.1 JUSTIFICATIVA | 12 |
| 1.2 OBJETIVOS | 12 |
| 2 REFERÊNCIAL HISTÓRICO | 14 |
| 2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL..... | 14 |
| 2.2 O PERFIL DO IDOSO | 17 |
| 2.3 OS IDOSOS E AS DOENÇAS CRÔNICAS..... | 19 |
| 2.4 ESTRATÉGIAS DE CAPACITAÇÃO PARA CUIDADORES DE IDOSOS | 21 |
| 3. PERCURSOS METODOLÓGICOS..... | 25 |
| 3.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA..... | 25 |
| 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS..... | 27 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 31 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 33 |

1. INTRODUÇÃO

Os idosos, no Brasil representavam em 2003 cerca de 10% da população geral, sendo, em sua maioria, mulheres, viúvas, de baixa escolaridade e renda e necessitam, urgentemente de políticas racionais para lidar com as conseqüências sociais, econômicas e de saúde do envelhecimento populacional (GARRIDO e MENEZES, 2002).

Lacerda e Oliniski (2004) destacam que o aumento da população brasileira idosa é devido a uma diminuição da mortalidade, a uma gradual baixa fecundidade, e ao aumento da expectativa de vida. Tal questão vem se configurando em um desafio para as autoridades sanitárias, especialmente para a implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema.

Envelhecer é um processo que o homem atravessa desde sua concepção até a morte. Em cada indivíduo, as mudanças físicas, comportamentais e sociais desenvolvem-se em ritmos e em velocidades diferentes (NASCIMENTO, 2001).

De acordo com Troconiz *et al.* (1997), por volta dos 30 anos à pessoa começa um declínio gradual, geralmente sutil, das características da aptidão, resistência cardiovascular, força, resistências musculares e a flexibilidade. Após os 60 anos, os sinais de envelhecimento tornam-se mais óbvios e ocorre este declínio que pode ser aumentado pelo estilo de vida sedentário.

Troconiz *et al.* (1997) ensinam que o envelhecimento primário decorre de características do próprio indivíduo, do patrimônio genético familiar e de efeitos cumulativos de experiências bem ou mal sucedidas durante sua vida, levando a um declínio fisiológico das reservas, da força, da mobilidade e das defesas imunológicas. O envelhecimento secundário decorre de experiências da vida, de doenças, do meio-ambiente, de fatores externos cumulativos ao longo da vida da pessoa.

Deve-se ressaltar, portanto, que no envelhecimento a idade cronológica é apenas um fator entre outros que influenciam o bem-estar da pessoa. O processo de envelhecimento envolve uma série de fatores psicossociais que podem contribuir para uma velhice ativa e saudável (“bem sucedida”), incluindo fatores extrínsecos tais como educação, acesso a serviços de apoio, habitação adaptada, cuidados com a saúde e oportunidades de trabalho adequado às necessidades e capacidades individuais do idoso, além da sua motivação e iniciativa (NERI, 1993 *apud* CERQUEIRA e OLIVEIRA, 2002).

Mas a realidade demonstra que os pacientes envelhecem de uma maneira bastante diferente daquela denominada “envelhecimento bem sucedido”¹. O indivíduo chega à chamada “terceira idade” com seqüelas de doenças crônico-degenerativas, acarretando grande sofrimento pessoal, grande sobrecarga aos serviços de saúde e imensas sobrecargas exercidas sobre familiares que se encarregam de cuidar de seu cotidiano, exercendo um papel que poderia caber ao Estado (VECCHIA, 2005).

Quando os idosos precisam de ajuda, os filhos adultos costumam assumir o papel de cuidadores, por terem um vínculo afetivo e uma responsabilidade culturalmente definida, conhecida como sua “obrigação filial” (DEBERT, 1999).

Em todo mundo é característico que o cuidado dos idosos seja feito de forma informal, isso inclui a família, amigos, vizinhos e membros da comunidade. Geralmente, é uma atividade prestada voluntariamente, sem remuneração. A família predomina como alternativa no sistema de suporte informal (PELZER e FERNADES, 1997).

Na maioria das vezes o cuidador informal é do sexo feminino. Cuidadores são pessoas que dispõem grande parte do seu tempo e esforço, para que as pessoas dependentes possam se adaptar às suas limitações funcionais, melhorando sua qualidade de vida (PELZER e FERNADES, 1997).

¹ O envelhecimento bem-sucedido é o que ocorre com menor incapacidade, com manutenção da saúde mental, da auto-estima, da atividade física e mental, da autonomia, do estilo de vida e do nível sócio-econômico, com um sentimento de realização, de ter um papel social, um trabalho e uma importância no contexto pessoal, familiar e social.

Pelzer e Fernades (1997) dizem que estes cuidadores informais sobrevivem ao lado de seus entes queridos, cuidando durante o dia e a noite de seus sofrimentos, exercendo diferentes papéis de profissionais de saúde. “Se não olharmos para estes personagens de uma maneira mais adequada, brevemente poderemos estar com uma demanda insuportável para o Sistema de Saúde e para o Sistema de Assistência Social” (PELZER e FERNADES, 1997, p. 11).

De acordo com Lacerda e Oliniski (2004) ter um paciente dependente em casa desestabiliza os familiares, provoca crise nas relações pessoais e o processo de adaptação costuma ser longo e penoso. Deste processo doloroso resulta a escolha de um familiar para cumprir o papel de cuidador.

Troconiz *et al.* (1997) demonstram o seguinte perfil dos cuidadores informais:

- mulheres: 83% do total/
- idade média: 52 anos/
- casados: 77%/
- morando no mesmo domicílio: 60%/
- rodízio do cuidador: 20%/
- não recebem pelo trabalho: 80%/
- não recebem ajuda externa: 60%.

Karsch (2003) discute as tentativas de conceituar cuidadores formais e informais, ou cuidadores principais e secundários. Ele estabelece o perfil do cuidador informal de idosos que revela ser, geralmente, do sexo feminino, a filha ou esposa (às vezes já idosa) que além desta atividade tem seus afazeres diários (cuidar de crianças, por exemplo). Ocorre também, segundo o mesmo autor uma divisão de função de cuidador com crianças e adolescentes que assumem as responsabilidades de cuidados diários, no caso daquelas cuidadoras que trabalham fora de casa.

Troconiz *et al.* (1997) observam que a relação de cuidar, quando não remunerada depende do envolvimento emocional do cuidador. Essa situação exige uma adaptação constante, entre os envolvidos, sendo necessária uma harmonia. O trabalho muitas vezes dura anos, e o cuidador não poderá, na maioria das vezes, ter

uma vida profissional, deixando até suas necessidades pessoais de lado. Nota-se que a experiência do cuidado depende muito da relação emocional com o cuidador; se a relação era boa antes da necessidade do cuidado, provavelmente este terá uma melhor aceitação da nova situação.

Portanto, a necessidade contínua e constante de cuidados leva à sobrecarga, o cansaço e esgotamento do cuidador, com ameaças à sua saúde, já que, ocorre um agravamento de problemas de saúde já existentes ou aparecimento de outros. Lacerda e Oliniski (2004) completam que este desgaste sofrido pelo cuidador domiciliar é de ordem social, física e mental e ocorre também o isolamento social deste, devido à permanência constante junto ao idoso.

Trabalhos recentes vêm mostrando a necessidade de cuidadores formais que assumam a responsabilidade do cuidar, de formas regulamentadas, com treinamentos e conhecimentos das teorias e ações, de forma a prestar assistência de qualidade que contemple as questões sociais, culturais, religiosas e emocionais, além de cuidados invisíveis, visíveis e técnicos (MAFFIOLETTI, LOYOLA e DUARTE, 2006).

Assim sendo, quando o cuidador informal não é suficiente para proporcionar um atendimento e atenção de qualidade ao idoso, atualmente tem sido utilizada com frequência a figura do cuidador formal. De acordo com Lacerda e Oliniski (2004) usa-se a denominação "cuidador formal" (principal ou secundário) para o profissional contratado (auxiliar de enfermagem, acompanhante, empregada doméstica etc.).

O cuidador formal é o profissional que trabalha com a população da terceira idade, fazendo elo entre o idoso e a família, os serviços de saúde, a comunidade em geral e os poderes públicos constituídos. Esse profissional está capacitado também para auxiliar o idoso que apresenta ou não limitações, para realizar as atividades e tarefas da vida cotidiana. O cuidador é aquele que aplica a atenção, o pensamento, a sua energia física e emocional e principalmente o seu amor e sua capacidade de doação no cuidado do outro (MAFFIOLETTI, LOYOLA e DUARTE, 2006).

O cuidador principal é aquele que tem a total ou a maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente, no domicílio. Os cuidadores secundários são os familiares, voluntários e profissionais, que prestam atividades complementares (LACERDA e OLINISKI, 2004).

Para Paz e Santos (2004) cuidadores são pessoas que dispõem grande parte do seu tempo e esforço, para que as pessoas dependentes possam se adaptar às suas limitações funcionais, melhorando sua qualidade de vida.

1.1 JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento desse trabalho justificou-se pela importância do tema escolhido, mostrando como são relevantes as questões que envolvem os cuidadores de idosos no sistema de saúde, bem como na qualidade de vida dos mesmos.

Contudo a literatura não se cansa de revelar a carência na rede assistencial para a educação do cuidador do idoso e apoio à família que por obrigação ou desejo se propõem a cuidar de seus “velhos” mesmo sem nenhum processo educativo de como fazer (MAFFIOLETT, LOYOLA e DUARTE, 2006).

Por este motivo é necessário maior investimento por parte das políticas públicas em capacitação de cuidadores formais de idosos para melhorar a qualidade de vida destes pacientes e reduzir gastos excessivos com internações e institucionalizações desnecessárias.

1.2 OBJETIVOS

- Descrever sobre o envelhecimento populacional identificando perfil atual do idoso no Brasil;

- Identificar a ocorrência de doenças crônicas na população idosa, verificando a necessidade de cuidados especiais;
- Analisar a importância e os desafios para os cuidadores domiciliares de idosos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Moreira (2001) descreve que a população brasileira do ano de 1950 até o ano 2000, apresentou um crescimento de 51,8 milhões para 167,5 milhões e continua:

Crescendo a uma taxa geométrica média de ordem de 2,3% ao ano, tendo atingido o seu ápice entre 1960 e 1970 quando o crescimento demográfico nacional ascendeu a 3,4% ao ano. Nos próximos 50 anos a população brasileira deverá aumentar dos quase 170 milhões para 208,5 milhões, apresentando entre 2000 e 2050 uma taxa média de crescimento geométrico em torno de 0,4% ao ano, muito distante, portanto, da média dos cinquenta anos anteriores. (MOREIRA, 2001, p.25)

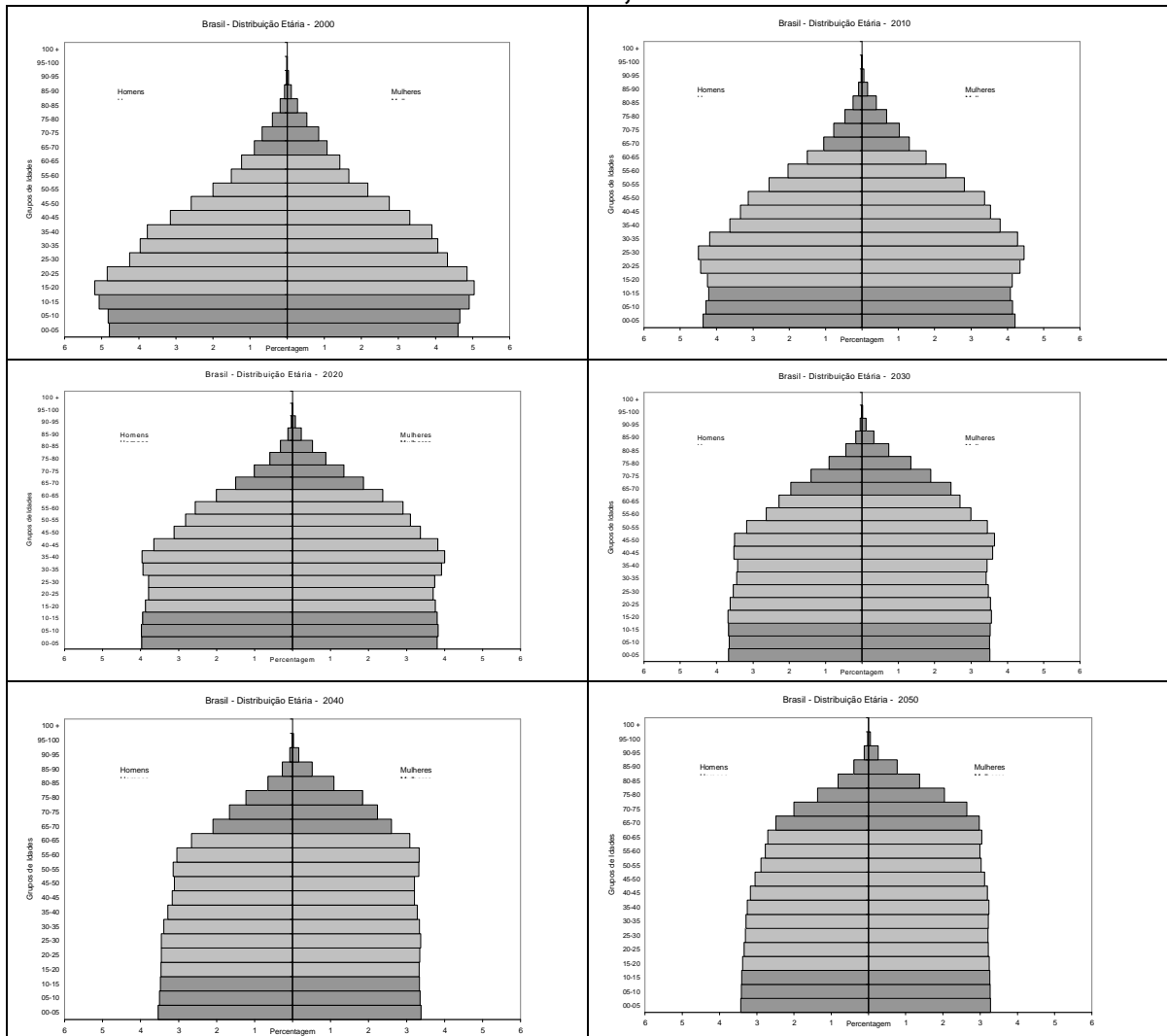
O autor destaca que o motivo para essa diminuição tão significativa da taxa de crescimento populacional justifica-se pelo declínio dos níveis de fecundidade, que por consequência gerou uma profunda mudança na distribuição etária da população nacional.

Maffioletti, Loyola e Duarte (2006, p. 1087) complementam que no ano de 2020, 1 em cada 13 brasileiros terá 65 anos ou mais. Essa nova estrutura demográfica da população faz com que a sociedade passe a “exigir mudanças estruturais na política de governo, sobretudo na política social, para que possa assegurar ao cidadão idoso o pleno exercício de seus direitos”.

Já as projeções da *United Nations* (1998) ou traduzindo-se para o português como Nações Unidas (1998) apontam para o Brasil:

Uma população que, em 2000, atingiria 170 milhões de habitantes, dos quais 49 milhões com menos do que 15 anos de idade e 8,7 milhões acima de 65 anos. Para 2050, as Nações Unidas projetam que a população nacional ampliaria para 244 milhões, sendo constituída por 49 milhões de jovens e 42,2 milhões de idosos. Em razão de tão amplo diferencial de taxas de crescimento entre os dois grupos etários, os jovens, que em 2000 representavam 28,8% da população brasileira, em 2050, passarão a responder por 20,1%, em contraste com a participação da população idosa, que em 2000 correspondia a tão somente 5,1% da população total do País e que, em 2050, participará com 17,3% do contingente nacional. (NAÇÕES UNIDAS 1998, apud MOREIRA 2001, p.34-35)

Figura 1 - Distribuição Relativa da População por Idade e Sexo - período 2000 a 2050. Belo Horizonte, outubro de 2010.



Fonte: NAÇÕES UNIDAS (1998), *apud* MOREIRA (2001)

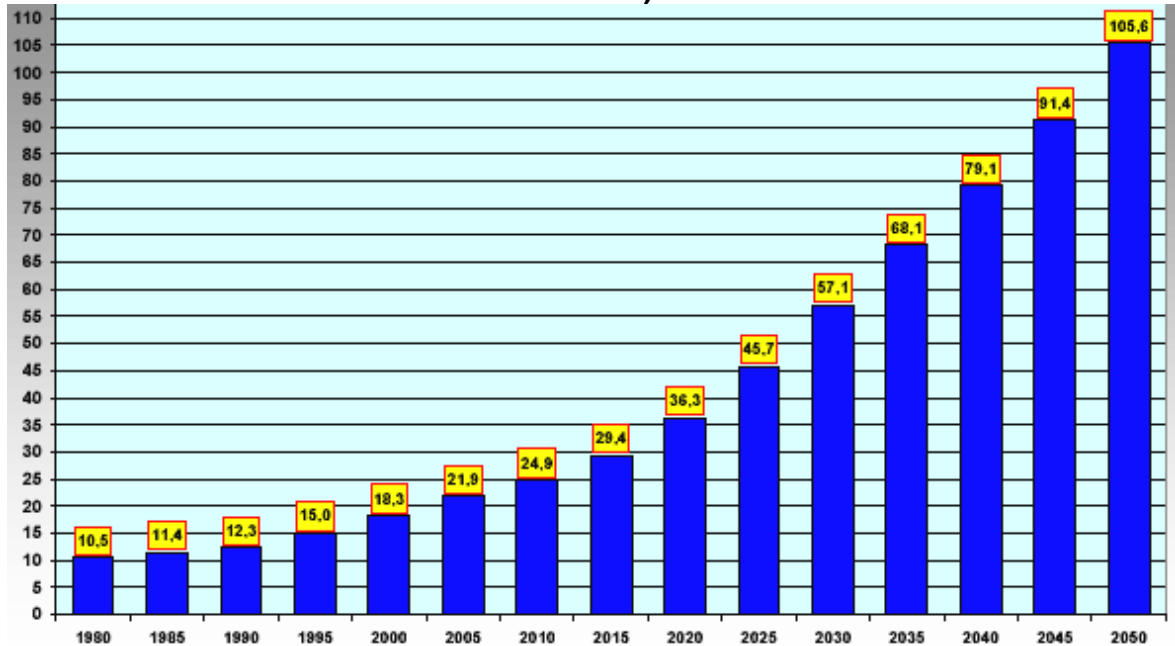
O diferencial das taxas de crescimento na estrutura etária da população brasileira entre 2000 e 2050 pode ser comparado na FIG.1, onde as pirâmides etárias são apresentadas para cada um dos decênios do período 2000-2050.

A idade de um indivíduo é obtida “pelo intervalo de tempo transcorrido entre a data atual e de seu nascimento”. (MOREIRA, 2001, p.26). O plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento das Nações Unidas (1982), citado pelo referido autor, estabelece 60 anos como o limiar que define o grupo dos idosos.

Outro índice que ainda descreve o processo de envelhecimento da população brasileira é o de envelhecimento. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2004) destaca que em 2000, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos,

havia 18,3 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, a relação poderá ser de 100 para 105,6, conforme demonstra a Figura 2.

Figura 2: Evolução do índice de envelhecimento da população brasileira (1980-2050)



Fonte: IBGE (2004)

Gordilho *et al.* (2000) analisam que esse aumento da população brasileira idosa, devido a uma diminuição da mortalidade, a uma gradual baixa da fecundidade, e ao aumento da expectativa de vida, vem se configurando num desafio para as autoridades sanitárias, especialmente para a implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema.

Os dados do ultimo censo populacional destacam que Belo Horizonte, conta com 204.000 idosos em sua composição populacional dos quais 1600 moram em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) e cerca de 5000 estão em condição de alta dependência funcional (acamados em seus domicílios) (IBGE, 2000, *apud* GARRIDO e MENEZES, 2002).

Segundo Cerqueira e Oliveira (2002), a retangularização da pirâmide populacional e o envelhecimento ocorre sem que seja acompanhada por uma melhora na qualidade de vida dessa parcela da população. Diante dessas mudanças demográficas, ainda

são poucas as respostas do sistema de saúde e de outras políticas sociais que visem à saúde e o bem estar social do idoso.

2.2 O PERFIL DO IDOSO

Em 1995, homens tinham mais chances de estar casados do que as mulheres – 79,1% para homens, 40,5 % para mulheres. Metade de todas as mulheres idosas eram viúvas (45,6%%, havia 5 vezes mais viúvas (3,2 milhões) do que viúvos (6,7 mil). Em 1996, mais da metade dos idosos se declararam brancos (63,3%), 35,65 % pretos e pardos, e menos de 1% se declarou amarelo (GARRIDO e MENEZES, 2002).

O grau de alfabetização dos idosos é baixo. Cerca de 37% dos idosos, em 1996, se declaram analfabetos. A proporção de mulheres analfabetas é maior do que a dos homens, assim como o número de analfabetos que residem nas áreas rurais tende a ser comparativamente maior do que o daqueles que moram nas cidades (GARRIDO e MENEZES, 2002).

Aproximadamente 4,1 milhões de idosos estavam ocupados em 1996, dos quais 2,7 milhões eram homens e 1,3 milhões, mulheres. Estas pessoas representavam cerca de 6 % do total de ocupados, 6,7% dos homens e 5% das mulheres (NASCIMENTO, 2001).

Quarenta e um por cento dos idosos trabalham por conta própria, os homens trabalham majoritariamente por conta própria ou são empregados (49% e 29,4%). É expressivo o número de mulheres que trabalham sem remuneração (NASCIMENTO, 2001).

Dos idosos que se declararam com estado de saúde regular ou ruim havia pouca diferença entre homens e mulheres, mas a proporção de idosos pretos e pardos foi maior do que os brancos. Os problemas crônicos de saúde relatados pelos idosos com maior frequência foram: coração (16,8%), hipertensão (26,4%), deficiência

ósteo-muscular (17,8%), e diabetes (11,9%). Também foram mencionados, embora com menor frequência, problemas respiratórios digestivos e neuro-psiquiátricos (RAMOS, 2002).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD (1997 *apud* MOREIRA, 2001) 85% dos idosos no Brasil vivem em domicílios onde existe a presença de parentes e somente uma pequena parte destes idosos (11,6%) vive sozinho ou com pessoas sem nenhum laço de parentesco. Quanto ao estabelecimento de vínculos e convivência na comunidade, tais como associações de moradores, religiosas e recreativas, entre as pessoas de 60 anos ou mais, 24,7% estão associadas a órgãos comunitários, sendo que a maior parte está ligada a associações religiosas (52,4%).

Chaimowicz (1997) considera que o Brasil é um país com desigualdades sociais muito fortes, com tendências ao aumento, devido às diversidades regionais.

Da mesma forma, Moreira (2001) completa dizendo que a desigualdade de renda é uma característica marcante de toda a sociedade brasileira e é encontrada, também, entre os idosos. Segundo PNAD (1997 *apud* MOREIRA, 2001), 40,5% dos idosos brasileiros têm uma renda familiar per capita de menos de 1 salário mínimo. A região do nordeste apresenta os piores índices de pobreza.

Ramos (2002) destaca que é uma população que não tem condições dignas de habitação, alimentação, saneamento básico, lazer, saúde, entre outros. Esse agravamento da situação de saúde das classes populares é expresso em indicadores de morbi-mortalidade.

Gordilho *et al.* (2000) entendem que o trabalho na terceira idade é um tópico que merece ser analisado com cuidado. Os autores consideram que se por um lado ele pode ser um indicador da capacidade de manter atividade laborativa (sem dúvida um dado positivo) por outro lado ele pode refletir a necessidade de continuar trabalhando sabe-se lá em que condições para manter a sobrevivência” (GORDILHO *et al.* 2000, p. 40). A Organização Mundial de Saúde -OMS (1984, *apud* MOREIRA, 2001) chama atenção para proporção de idosos que se mantêm economicamente

ativa em países do terceiro mundo (63%), comparada à proporção daqueles que vivem em países desenvolvidos (12%).

2.3 OS IDOSOS E AS DOENÇAS CRÔNICAS

De acordo com Kalache *et. al.* (1997) o processo de envelhecimento é um processo inicialmente lento, que se acelera após os 60 anos de idade, com diminuição da massa celular ativa, com perda de unidades morfológicas dos órgãos e nos grandes sistemas orgânicos e:

- É comum as pessoas ganharem peso até 50/60 anos (diminuição do metabolismo basal), e o aumento percentual de gordura;
- A flexibilidade articular pode diminuir;
- A massa óssea pode diminuir com a idade principalmente nas mulheres podendo desencadear a osteoporose.

Couto (2003) destaca que em geral as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes, muitas vezes fora de instituições hospitalares ou asilares. A autora diz ainda que diversos estudos e inquéritos domiciliares, como os de Ramos *et al.* (1993), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2000), de Ramos *et al.* (1998), Anderson *et al.* (1998), Sayd *et al.* (2000) e Almeida *et al.* (1999), evidenciaram que os idosos, no Brasil, são portadores de pelo menos uma doença crônica e utilizam, pelo menos, um medicamento regularmente, além de serem os principais consumidores de serviços de saúde, consultas médicas e internações hospitalares (COUTO, 2003).

Paz e Santos (2004) complementam dizendo que junto com esse envelhecimento da população ocorre aumento das doenças crônicas e degenerativas como a hipertensão, o diabetes, as demências, etc. Sendo assim os idosos vão se tornando incapazes (impossibilidade da pessoa realizar sozinha as atividades básicas que sempre realizou, como tomar banho, alimentar-se, ir ao banheiro, cuidar do seu

dinheiro, etc.) ou dependentes (relação que se estabelece entre o idoso e as outras pessoas. Agora sendo o idoso portador de doenças crônicas degenerativas geradoras de incapacidade, ele vai precisar de outra pessoa).

Paz e Santos (2004) detectaram em seus estudos que os idosos procuram o serviço de saúde em maior proporção do que as pessoas dos demais grupos etários. A procura por motivo de doença crônica foi mais elevada do que a observada em casos de doenças não-crônicas (28,9%, 8,1%, respectivamente). A prevalência das doenças crônico- degenerativas é muito acentuada entre os idosos, trazendo como consequência maior tempo de internação hospitalar, a recuperação mais lenta e uma maior frequência de reinternações e de invalidez, tornando mais onerosa tal assistência.

Chaimowicz (1997) considera que embora representasse menos de 8% da população, o grupo com mais de 60 anos de idade absorveu 21% dos recursos do SUS destinados ao pagamento de internações hospitalares em março de 1997.

Segundo Chaimowicz (1997), embora se estime que a proporção de idosos deva duplicar até o ano de 2050, doenças crônico-degenerativas e distúrbios mentais já têm determinado, atualmente, maciça utilização dos serviços de saúde. O desenvolvimento de doenças, incapacidade e dependência têm sido mais frequentes entre aqueles idosos de baixa renda que, no entanto, não têm conseguido garantir a assistência social e de saúde que demandam.

Pesquisas de Garrido e Menezes (2002) destacam que em relação à morbidade, o relato de depressão e nervosismo foi destacado para análise devido sua importância para os idosos. Os sintomas de depressão e nervosismo apresentaram uma prevalência significativa entre os idosos brasileiros (27%). A associação da queixa de depressão com o nível de renda também foi verificada nesse estudo encontrando-se uma relação inversa: prevalência mais elevadas em níveis de rendas mais baixas. O sentimento de solidão tem sido apontado como fator associado a sintomas depressivos e morar sozinho pode ser considerado um dos elos desta ligação. Na mesma pesquisa identificou-se que o baixo-peso destacou-se na zona rural e obedeceu a uma relação inversa ao nível de renda.

Nascimento (2001) considera que a capacidade do idoso em manter suas atividades da vida diária e ter uma vida autônoma está diretamente relacionada às suas condições físicas e mentais. O comprometimento da visão, audição, e a perda da mobilidade de um ou mais de seus membros são problemas. Da mesma forma, os déficits cognitivos devem ser considerados no planejamento de serviços de saúde que tenham por objetivo a melhoria da qualidade de vida.

Segundo Ramos (1998), os idosos estão muito mais sujeitos as situações de isolamento, maior grau de dependência e incapacidade, frutos da pior qualidade de vida a que estão expostos.

Mas é preciso considerar que se o idoso, de maneira geral tem maior propensão a conviver com problemas de saúde, tal fato não necessariamente o incapacita física e emocionalmente. A importância do indicador sobre restrição de atividade por conta de problema de saúde relaciona-se com a capacidade de manutenção das atividades rotineiras independentemente da condição de saúde. A existência do problema de saúde não necessariamente incapacita a pessoa para as atividades do dia-a-dia que mesmo doente, tem possibilidade de ter uma boa qualidade de vida (SAYD *et al.*, 2000).

2.4 ESTRATÉGIAS DE CAPACITAÇÃO PARA CUIDADORES DE IDOSOS

Segundo Fronteira (1986 *apud* Bordenave, 2007) educar é transmitir conhecimento e instruir, cultivar o espírito.

“Basicamente, a educação consiste em passagem, desde uma situação pessoal atual insatisfatória, em termos repertório de conhecimento, valores, atitudes, comportamento que a pessoa possui, para outra que a pessoa deseja alcançar “(BORDENAVE, 2007, p. 29) em outras palavras para satisfazer certas necessidades sentidas, a pessoa carece dos conhecimentos, valores e atitudes e comportamentos que seriam apropriados. Esta carência leva a pessoa á buscar educação.

A pessoa entra num processo educativo, onde existe alguém capaz de educar- lhe, isto é um educador (a). O educador percebe a situação atual em que se encontra a pessoa e formula a imagem de uma situação desejada, mais satisfatória, em termos de conhecimento, valores, atitudes e comportamentos que a pessoa teria que adquirir (BORDENAVE, 2007)

O papel do educador é facilitar o diálogo, estimular as mudanças e a aprendizagem do novo. Deste modo, o ponto de partida de aprendizagem é a experiência adquirida na vida diária, então até as técnicas aparentemente mais simples e rotineiras tem seus porquês na estrutura do conhecimento científico (DAVINI, 1994).

Para educar em saúde não se pode apenas conhecer e entender o processo de doença, mas é necessário que se compreenda antes de tudo processo pedagógico. “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidade para sua produção ou sua construção” (FREIRE, 1996, p. 36).

Além disto, é necessário manter a pessoa idosa na comunidade, junto de sua família, onde esta deve ser orientada a cuidar de seu idoso como se fosse uma internação domiciliar (PAZ e SANTOS, 2004).

Para Pelzer e Fernades (1997), a criação de grupos de entre - ajuda reunindo familiares e técnicos se objetiva em criar uma rede de suporte social na qual oferece ajuda e reforça a auto-estima e a autoconfiança das famílias para a função de cuidador.

No Brasil, o suporte informal provido pela família parece ser a base principal de apoio potencialmente oferecido ao idoso. Quatro dificuldades principais, citadas por Chaimowicz (1997) deverão surgir, na medida em que se consolidar a tendência de dependência dos idosos: não existem políticas sociais de suporte aos cuidadores, em setores como alimentação, auxílio domiciliar, assistência médica e serviços de orientação, entre outros; o tamanho das famílias, no Brasil, vem diminuindo, devido à queda da fecundidade; mais da metade dos idosos que residem em famílias no Brasil, pertencem a domicílios cuja renda não ultrapassa três salários mínimos mensais; o sistema de suporte formal não tem sido capaz de substituir a família;

O Estatuto do Idoso em seu artigo 3º prevê que: “É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2010).

Para Silvestre e Neto (2003) o cuidado ao idoso deve estar centrado na família e na atenção básica, sob a Estratégia de Saúde da Família, onde ocorre a integralidade da assistência e a criação de vínculo entre o serviço de saúde e a comunidade.

Também para esses autores, a Equipe de Saúde da Família deve atuar para que o equilíbrio físico e mental dos idosos permaneça constante, através da identificação de suas mudanças físicas e intervenção precoce nas patologias, tendo como suporte a comunidade, grupo de outros idosos e principalmente contexto familiar.

A assistência domiciliar exige progressivas orientações, informações e apoio dos profissionais de saúde. Estudos demonstram que os cuidados no domicílio são exercidos por um cuidador familiar ou um cuidador sem habilidade para fazê-lo, acarretando sentimentos de medo, angústia, ansiedade e preocupação (PAZ e SANTOS, 2004).

Para Karsch (2003) não está ainda definida uma política no que se refere os papéis atribuídos às famílias e ao apoio as redes de serviços de saúde.

Para Silvestre e Neto (2003), as formações básicas na graduação e na pós-graduação na atenção básica estão muito aquém das necessidades nacionais.

Assim, não bastam às leis para segurar a saúde com qualidade, fazem-se necessários cumpri-las através da informação e formação política dos profissionais e usuários do setor saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte está realizando no ano de 2010 o Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil, que foi criado com o objetivo de melhorar o serviço oferecido nas Unidades Básicas de Saúde aos idosos.

O projeto foi dividido em cinco etapas: Profissionais de Nível Superior (enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e educadores físicos); ILPI's; Técnicos de Nível Médio de Enfermagem; Agentes Comunitários de Saúde; e Cuidadores Familiares de Idosos. Os profissionais de nível superior serão os responsáveis por repassar o treinamento para os cuidadores familiares.

3. PERCURSOS METODOLÓGICOS

Para este estudo optou-se pela pesquisa de literatura, pois possibilita a caracterização da produção científica relacionada à importância do cuidador domiciliar de idosos, onde se pesquisou abordagens já publicadas por outros estudiosos sobre o tema.

A revisão de literatura integrativa é um método de pesquisa em que as conclusões de estudos anteriormente conduzidos são sumarizados para se formular inferências sobre um tópico específico. Acredita-se que este estudo consistirá em meio para dar subsídios para a melhoria na qualidade do trabalho dos cuidadores domiciliares de idosos.

3.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída por uma busca realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde - BVS, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, GOOGLE, Biblioteca Regional de Medicina - BIREME, Internet em geral e livros, usando como referência para a busca dos dados os seguintes descritores: Envelhecimento, Idoso, Saúde, Cuidador Domiciliar.

Totalizou-se uma população de 59 referências, conforme consta na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos artigos selecionados que fazem parte da população e da amostra do estudo. Novembro de 2010.

| Fonte | População | Amostra |
|----------|-----------|---------|
| BVS | 15 | 11 |
| CAPES | 04 | 03 |
| GOOGLE | 16 | 05 |
| BIREME | 12 | 08 |
| INTERNET | 09 | 06 |
| Livros | 03 | 03 |
| TOTAL | 59 | 36 |

Foi levantado um total de 59 artigos, reduzindo para 36 após a combinação dos descritores. Como critérios de inclusão, consideraram-se a seleção de artigos publicados nos últimos dez anos, na língua vernácula portuguesa, idiomas inglês e espanhol e a presença de 1 ou mais descritores no resumo, título ou sumário do artigo.

Foram excluídos os trabalhos que não atenderam aos objetivos do trabalho, ou que os dados já haviam sido analisado em outros trabalhos.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Primeiramente foi realizada a leitura crítica dos textos que fizeram parte da amostra. Em seguida identificou-se o conteúdo mais relevante e procedeu-se o desenvolvimento do trabalho realizando a análise dos dados por meio de uma síntese, na tentativa de estabelecer o grau de concordância entre os autores em relação à pergunta norteadora deste estudo que foi: qual a importância e os desafios para os cuidadores domiciliares de idosos ?

O tema mereceu destaque, pois de acordo com pesquisas apresentadas por Kalache, Veras e Ramos (1997), Chaimowicz (1997), Anderson et al. (1998), Garrido e Menezes (2002), além de diversas pesquisas e dados estatísticos do IBGE, a população idosa é hoje uma significativa parcela da população mundial e brasileira merecendo estudos que promovam sua qualidade de vida, mantenham a sua dignidade e permitam o convívio saudável na sociedade.

Conforme ensinam Cerqueira e Oliveira (2002) e Bezerra, Santa e Batista Filho (2005) a parcela de idosos que atualmente vive com a família (casa de filhos e parentes) possui um cuidador domiciliar e este geralmente é aquele cuidador informal, ou seja, um membro da família ou um parente próximo que se disponibiliza a cuidar e atender as necessidades diárias desse idoso.

Em uma definição formal sobre o termo, Cerqueira e Oliveira (2002) e Lacerda e Oliniski (2004) entendem e ensinam que o cuidado domiciliar é aquele cuidado desenvolvido com o ser humano, tanto os familiares como o paciente, em sua residência. Dentro deste contexto domiciliar devem-se observar todos os aspectos que envolvem o paciente e sua família, sejam eles econômicos, sociais, afetivos, recursos materiais, humanos e físicos.

Conforme já verificado anteriormente e de acordo com Garrido e Menezes (2002) o processo de envelhecimento acarreta uma necessidade de adaptações do indivíduo às suas próprias limitações, da família no convívio cotidiano às novas demandas, do sistema de saúde no atendimento e na prevenção de doenças e complicações, do

sistema previdenciário na busca de melhoria nos padrões sócio-econômicos de aposentados e pensionistas, do Estado na busca de políticas públicas que visem reduzir as carências dessa população e fornecer-lhes a atenção que lhes é devida.

No Brasil e em muitos países, a tendência atual é a de indicar a permanência dos idosos em suas casas sob a responsabilidade de sua família (CERQUEIRA e OLIVEIRA, 2002; LACERDA e OLINISKI, 2004; MAFIOLETTI, LOYOLA e DUARTE, 2006). Dessa forma, denomina-se o “cuidador ou cuidadores familiares quando um ou mais membros da família, no próprio domicílio, desenvolve um conjunto de ações dirigidas a pessoa que demanda cuidado de saúde.

Desse modo, em primeiro lugar é possível dizer que o desafio de lidar com o rápido processo de envelhecimento da população brasileira, no que tange ao setor saúde, implica em estruturação do modelo assistencial interdisciplinar, capaz de interagir saberes e fazeres, contemplando o segmento idoso de forma integral (BEZERRA, SANTOIA e BATISTA FILHO, 2005).

Conforme ensinam Cerqueira e Oliveira (2002) o cuidado humano ou "cuidar de si" representa a essência do viver humano; assim, exercer o auto-cuidado é uma condição humana. Além disso, Gordilho (2000) e Couto (2003) entendem que "cuidar do outro" sempre representa uma condição temporária e circunstancial, na medida em que o "outro" está impossibilitado de se cuidar.

Ramos *et al.* (1993) e Couto (2003) mencionam que um de cada três idosos pode apresentar sintomas psiquiátricos, e seus cuidadores informais sofrem um impacto decorrente desse papel. Além do mais, evidenciam que os serviços de saúde disponíveis não são suficientes para as necessidades de cuidados dessas pessoas.

Tanto Cerqueira e Oliveira (2002) como Mafioletti, Loyola e Duarte (2006) salientam em seus estudos que diante desse quadro o atendimento domiciliar ao idoso tem se tornado um importante instrumento de assistência nos últimos anos, tanto nos países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento.

Cerqueira e Oliveira (2002) destacam que para ser um cuidador tem que ter em mente, que terá muito trabalho, e que terá que dedicar grande parte de seu tempo para o cuidado. O cuidador vai adquirindo experiências com o passar do tempo, vencendo os problemas uma vez que as enfermidades são progressivas.

Troconiz *et al.* (1997), Cerqueira e Oliveira (2002) como Mafioletti, Loyola e Duarte (2006) consideram como um primeiro passo importante, que o cuidador tome consciência da necessidade de estar bem. Já que a partir de seu bom estado psíquico e físico, cuidará melhor de outras pessoas. Os autores então consideram que “se cuidando, o cuidador terá mais saúde física e psicológica para cuidar” (TROCONIZ *et al.* 1997, p. 10). É preciso que este se livre do sentimento de culpa, que poderá vir a existir no momento que começa a cuidar um pouco mais de si. Os cuidadores que não cuidam de si mesmos, tem mais possibilidades de adoecer, ver diminuída sua energia física e mental. Nesse momento é importante que o cuidador comece a valorizar a própria vida. Ele tem que ter em mente que sua vida é tão importante quanto do cuidado. Porque estando bem consigo mesmo, os problemas são enfrentados com mais clareza e equilíbrio. O cuidador deve estabelecer seus limites, deve se afastar algumas horas por dia, procurando caminhar pela vizinhança, procurando fazer alguma coisa que lhe dê prazer. Procurar também se alimentar e dormir bem.

É necessário que o cuidador divida as responsabilidades com outras pessoas, para que essa sobrecarga não traga conseqüências negativas para sua vida pessoal. É preciso que já no princípio, tente-se ter em mente as tarefas, sendo um bom método as reuniões familiares. O cuidador seja claro para seus familiares, explique a situação vivida e como cada membro será afetado. Os familiares têm que estar dispostos a colaborar e demonstrem como se sentem em relação ao novo momento da família (CERQUEIRA e OLIVEIRA, 2002).

Os autores consideram que as características do cuidador principal são habilidades, sensibilidades, empatia, paciência, tolerância, carinho. Deve-se ter qualidades emocionais: possuir domínio e equilíbrio emocional, facilidade de relacionamento humano, capacidade de compreender os momentos difíceis vividos pelo idoso,

adaptação às mudanças sofridas por ele e família, tolerância ante situações de frustração pessoal (CERQUEIRA e OLIVEIRA, 2002).

Com relação às qualidades físicas e intelectuais, salienta-se que o cuidador deve possuir saúde física, incluindo força e energia, condições essenciais nas situações em que há necessidade de carregar o idoso ou dar apoio para vestir-se e cuidar da higiene pessoal. Ser capaz de avaliar e administrar situações que envolvem ações e tomada de decisões (CERQUEIRA e OLIVEIRA, 2002).

Mafioletti, Loyola e Duarte (2006) também descrevem que a motivação é condição fundamental a empatia por idosos. Os autores destacam que os cuidadores devem valorizá-los como grupo social, considerando que o "cuidado" deve ser um compromisso prioritário, pessoal e também da sociedade.

Destaca-se também a necessidade de ter habilidades técnicas que Mafioletti, Loyola e Duarte (2006) entendem ser os conhecimentos teóricos e práticos, adquiridos por meio da orientação de profissionais especializados. Esses conhecimentos irão preparar o cuidador para prestar atenção e cuidados ao idoso (descritas nas funções).

Finalmente, os cuidadores necessitam ter qualidades éticas e morais, ou seja, ter atributos necessários para permitir relações de confiança, dignidade, respeito e ser capaz de assumir responsabilidades com iniciativa. Quando não for parente, deve procurar adaptar-se aos hábitos familiares, respeitar a intimidade, a organização e crenças da família, evitando interferência (MAFIOLETTI, LOYOLA e DUARTE, 2006).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a importância do tema, concluiu-se que o estudo sobre cuidador domiciliar de idosos traz à tona uma problemática na prática da Saúde da Família, que é a falta de capacitação dos cuidadores de idosos e as repercussões desta realidade na saúde destes pacientes.

A partir disso, torna-se imperativo que os cuidadores sejam qualificados para que possam exercer a difícil tarefa de auxiliar pacientes idosos em suas jornadas diárias em busca de uma vida com qualidade e dignidade absolutas.

A sobrecarga de funções dos cuidadores, o baixo nível sócio-econômico e de escolaridade dos mesmos e a alta prevalência de doenças como depressão entre eles são fatores muito importantes, que devem ser levados em consideração. Políticas Públicas que garantam a existência do cuidador formal, pelo menos durante um período do dia, devem ser instituídas de forma a garantir o cuidado ao idoso frágil.

O Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte é pioneiro neste sentido e pode representar um marco no tratamento domiciliar do idoso frágil. Entretanto, devemos considerar que apenas a informação aos cuidadores informais não garante uma assistência humanizada e efetiva por parte dos mesmos.

Entendemos que o papel da Saúde da Família é fundamental na educação dos cuidadores informais, mas faz-se necessário uma capacitação formal e contínua para estes cuidadores, pois se trata de uma tarefa de muita responsabilidade e até mesmo uma oportunidade profissional para quem cuida.

O impacto destas medidas será positivo em todos os aspectos tanto para os pacientes, quanto para as ESF e para a própria SMSA na medida em que a melhora da qualidade no cuidado ao idoso será implementada, reduzindo dessa forma o número de internações e institucionalizações desnecessárias, o desgaste dos

profissionais de saúde e dos cuidadores e o mais importante, o sofrimento dos pacientes e familiares.

De maneira conclusiva o estudo e análise dos textos e publicações referente ao assunto, constatou que:

- 1) A maioria dos cuidadores de idosos sentem-se desamparados em relação à família dos pacientes e eles pensam que os familiares poderiam se envolver mais com o cuidado da pessoa idosa .
- 2) Os cuidadores de idosos sentem necessidade de se capacitarem para melhorar o cuidado disponibilizado à pessoa idosa, mas encontram vários obstáculos para isto.
- 3) Os cuidadores de idosos sentem –se muitas vezes deprimidos e gostariam de ter mais tempo para cuidarem de si.
- 4) Os cuidadores de idosos criam vínculo e carinho com a pessoa de que cuidam e essa relação de confiança fortalece o cuidado.
- 5) Os cuidadores de idosos vêem no cuidado ao idoso uma oportunidade profissional e gostariam de gozar de benefícios legais como carteira assinada e aposentadoria.
- 6) Os cuidadores de idosos gostariam de ser cuidados por profissionais qualificados quando estiverem velhos e não por familiares ou pessoas leigas.

Desse modo, este estudo tem como desafio sensibilizar os profissionais das equipes de saúde da família e seus gestores para um novo desafio, que é o atendimento de uma população que exige cuidados específicos e que requer profissionais capacitados para lidar com esta nova demanda de pacientes, que tendem a superar os limites da pobreza e da miséria, da carência social e moral e que apesar de toda sua fragilidade vem ultrapassando os limites do tempo e da idade cronológica em busca apenas de dignidade para sobreviver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, O. P.; RATTO, L.; GARRIDO, R; TAMAI, S. Fatores preditores e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. **Revista Brasileira de Psiquiatria**; v.21, p. 152-7, 1999.

ANDERSON, M. I. P. ; ASSIS, M. ; PACHECO, L. C. ; SILVA, E. A [et al.]. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. In: PRADO, S. D. (Org.) **Textos sobre envelhecimento**: saúde e condições de vida do idoso. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI; v. 1, p 23-43, 1998.

BEZERRA, A. F. B, SANTOIA, A. C. G, BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do ACS. **Rev. Saúde Pública**, Outubro, 2005.

Biblioteca Virtual em Saúde disponível em:<<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>> acesso em 12 de ago de 2010.

BORDENAVE, J. D. **A pedagogia da problematização na formação dos profissionais da saúde**. 2007. Disponível em: <[http://www.ufms/ambiente / progresso / saúde – educação / pedagogia % 2ª problematizacao.doc](http://www.ufms/ambiente/progresso/saude-educacao/pedagogia%20a%20problematizacao.doc)> Acesso em 27 de jul. de 2010.

BRASIL. Lei. 8.842 de 04 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Disponível em: <[http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i /idosolei8842.htm](http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm)>. Acesso em 26 de jul. 2010.

_____. Lei n. 10.741 de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm. Acesso em 15 de agosto de 2010.

CAPES - COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. Disponível em:<<http://www.capes.gov.br/>>. Acesso em: 12 de ago de 2010.

CERQUEIRA, A. T.; OLIVEIRA, N. I. L. Programa de Apoio a Cuidadores: Uma ação terapêutica e preventiva na Atenção à Saúde dos Idosos. **Psicol. USP** v.13 n.1 São Paulo 2002.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista da Saúde Pública** v. 31 n. 2 São Paulo abr. 1997

COUTO, R. I. **Atenção psiquiátrica ao idoso**. 2003. Disponível em: <http://www.medicinageriatrica.com.br/category/programa-de-saude/page/5/>. Acesso em 15 de agosto de 2010.

DAVINI, M. C. **Do Processo de Aprender ao de Ensinar**. Capacitação Pedagógica para Instrutor / Supervisor - Área de Saúde Brasília: Ministério da Saúde 1994.

DEBERT, G.G (Org). **Velhice e Sociedade**. 2. ed. Campinas: Papyrus,1999.

FREIRE, P. Educação. O sonho Impossível In: BRANDÃO, C. R. (Org) **Educador: vida e morte**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira Psiquiatria** v.24 supl.1 São Paulo abr. 2002.

GOOGLE. Disponível <<http://www.google.com>> acesso em 13 de ago de 2010.

GORDILHO, Adriano. [et. al.]. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor de saúde na atenção ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – revisão 2004**. Metodologia e resultados. Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980 – 2020. Metodologia. Estimativas das populações municipais. Metodologia Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/docs/forum/metodologia_ibge.pdf>. Acesso em 10 de jul. 2010

_____. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil (2000)**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>>. Acesso em 10 de jul. 2010.

_____. **Dados sobre o envelhecimento da população Brasileira**. 2004. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 10 de jul. 2010.

KARSCH, U. M. Idosos e cuidadores. **Cad Saude Publica**; v. 19, n. 3, p. 861-66, mai/jun; 2003.

KALACHE, A, VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista da Saúde Pública**; v. 21, n. 3, p. 200-6, 1997.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar. **Acta Sci Health Sci**; v. 26, n. 1, p. 239-48, 2004.

MAFIOLETTI, V.; LOYOLA, L. R.; DUARTE, C. M. Os Destinos de Cuidar na Preparação dos Cuidadores do Idoso: ciência e saúde coletivo. **Revista da Saúde Pública**; v. 1, n. 4, p. 1085 1092, 2006.

MOREIRA, Morvan de Mello. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. In: WONG, Laura L. Rodrigues. **O envelhecimento da população brasileira e aumento da longevidade** – subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2001.

NASCIMENTO, Marcos Roberto. Feminização do envelhecimento populacional: expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar. In: WONG, Laura L. Rodrigues. **O envelhecimento da população brasileira e aumento da longevidade** – subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2001.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L. Estratégias assistenciais de enfermagem ao idoso no contexto do sistema único de saúde. **Rev. Ciências da Saúde**; v. 23, n.1/2, p.45-53, jan/dez.2004.

PBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Relatório estatístico e dados populacionais, por região e totais**. Disponível em <<http://www.pbh.gov.br>>. Acesso em 08 de jul. 2010.

PELZER, M.T.; FERNADES, M. R. Apoiando a família que cuida de seu familiar idoso com demência. **Rev. Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.2, p. 330-338, maio/ago. 1997.

RAMOS L. R.; ROSA, T. E. C.; OLIVEIRA, Z. M.; MEDINA, M. C. G. [et. al.]. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**; v. 27, p. 87-94, 1993

RAMOS, L. R.; TONIOLO NETO, J.; CENDOROGLO, M. S.; GARCIA, J. T.; NAJAS, M. S. [et al.] Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. **Revista da Saúde Pública**; v. 32, p. 397-407, 1998

RAMOS, Marília P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**. Porto Alegre, n. 7, 2002.

SAYD, J. D.; FIGUEIREDO, M. C.; VAENA, M. L. H. T. Automedicação na população idosa do núcleo de atenção ao idoso da UnATI-UERJ. *In: Textos sobre envelhecimento*. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI; v. 3, p 21-34, 2000.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v. 19, n. 3, p. 839-847, mai-jun, 2003.

TROCONIZ, M. I. F.; CERRATO, I. M.; VEIGA, P. D. **Cuando las personas mayores necesitan ayuda: guia para cuidadores y familiares**. Madrid: España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO, 1997.

VECCHIA, Roberta Dalla *et al.* Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 3, 2005.