

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA

PAULA FERREIRA CHACON

**GRUPOS DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS FRÁGEIS:  
PORTA ABERTA PARA O SERVIÇO, JANELA PARA O  
CUIDADO.**

BELO HORIZONTE

2015

PAULA FERREIRA CHACON

**GRUPOS DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS  
FRÁGEIS: PORTA ABERTA PARA O SERVIÇO, JANELA PARA  
O CUIDADO.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

**Linha de pesquisa:** Promoção da saúde e suas bases

**Orientadora:** Profa. Dra. Elizabeth Costa Dias

**Co-orientadora:** Profa. Dra. Karla Cristina Giacomini

BELO HORIZONTE

2015

C431g Chacon, Paula Ferreira.  
Grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis [manuscrito]: porta aberta para serviço, janela para o cuidado. / Paula Ferreira Chacon. - - Belo Horizonte: 2015.  
126f.: il.  
Orientador: Elizabeth Costa Dias.  
Coorientador: Karla Cristina Giacomini.  
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Idoso. 2. Cuidadores. 3. Grupos de Autoajuda. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Qualidade de Vida. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Dias, Elizabeth Costa. II. Giacomini, Karla Cristina. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WT 100

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

### **Reitor**

Prof. Jaime Arturo Ramírez

### **Vice-Reitora**

Profa. Sandra Regina Goulart Almeida

### **Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Prof. Rodrigo Antonio de Paiva Duarte

### **Pró-Reitor de Pesquisa**

Profa. Adelina Martha dos Reis

### **Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

### **Vice-Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Humberto José Alves

### **Coordenador do Centro de Pós-Graduação**

Profa. Sandhi Maria Barreto

### **Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação**

Profa. Ana Cristina Cortes

### **Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Prof. Antônio Tomás Gonzaga da Mata Machado

### **Coordenadora da Pós-graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Profa. Dra. Elza Machado de Melo

## **Colegiado / Representantes Docentes Titulares**

Prof. Dra. Andreia Maria Silveira

Prof. Dr. Antônio Leite Alves Radicchi

Profa. Dra. Eliane Costa Dias Gontijo

Profa. Dra. Elizabeth Costa Dias

Profa. Dra. Elza Machado de Melo

Prof. Dr. Victor Hugo de Melo

## **Suplentes**

Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof. Dra. Eugênia Ribeiro Valadares

Profa. Dra. Cristiane de Freitas Cunha

Profa. Dra. Izabel Christina Friche Passos

Prof. Dr. Fernando Madalena Volpe

Prof. Dra. Stela Maris Aguiar Lemos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA

PAULA FERREIRA CHACON

**GRUPOS DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS FRÁGEIS: PORTA  
ABERTA PARA O SERVIÇO, JANELA PARA O CUIDADO.**

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Elizabeth Costa Dias (Orientadora/Presidente) – UFMG

Profa. Dra. Karla Cristina Giacomini (Co-orientadora) – SMSA/NESPE

Profa. Dra. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo – UFMG

Dra. Paula Maria Machado Arantes – SMSA

Profa. Dra. Marcella Guimarães Assis - UFMG

Dissertação defendida e aprovada em: 30/06/2015

*Aos cuidadores familiares,  
meu respeito e gratidão.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus que direciona tudo que faço.

Ao Carlos meu companheiro, pelo amor e compreensão dedicado a mim sempre. Você é muito especial.

Aos meus queridos filhos Raquel e Henrique, com quem aprendo a cada dia a ser uma pessoa melhor.

Aos meus pais pelo dom da vida, minha irmã e sobrinhos pela convivência que me abastece.

Aos meus tios que me fazem ver o envelhecimento como um momento da vida onde podemos ser felizes, cantar, aproveitar e até bebericar.

À professora Elizabeth Dias, pela orientação, pelo carinho e por se encantar com nosso projeto.

À minha querida amiga Karla Giacomini pelo exemplo de pessoa que é, pelo seu carinho, dedicação e disponibilidade incondicional para a realização deste estudo. Não há como agradecer tudo que você me ensinou. Este trabalho tem um pedacinho de você.

À professora Elza Melo pela sua dedicação a este programa de mestrado.

A todos os professores do programa, em especial professores Eliane Gontijo, Maria Conceição Werneck e Ricardo Tavares pela contribuição para minha formação.

À Josélia Firmo que muito contribuiu com meu projeto, participando da banca de qualificação.



À tia Inês Teixeira pela bela aula sobre entrevista e por me apresentar o tema do “Cuidado de si” que embora não tenha sido abordado neste trabalho, fez diferença na minha vida pessoal e profissional. Aqui agradeço também ao professor André Favacho, filósofo que me ajudou a compreender o “Cuidado de Si”.

Agradeço à amiga e professora Paula Birchall que também participou do processo de construção deste estudo, ao professor Bruno Vasconcelos pela revisão do meu artigo e à Camila pela tradução.

Às minhas colegas e amigas Evamar, Mônica, Patrícia e Tânia que me escutaram e com quem dividi minhas angústias e conquistas.

Aos profissionais das UBS onde realizei minha pesquisa, pela disponibilidade em me receber e facilitar o meu trabalho.

Aos meus gerentes, colegas de trabalho e colegas assistentes sociais pelo incentivo e apoio.

Aos meus primos e amigos por torcerem por mim.

A todos que fazem parte da minha história.

*“Fica a impressão de que estão ambos esquecidos, cuidador e quem precisa de cuidados, vivendo entre quatro paredes e, a seu modo, vivenciando a dura realidade da incapacidade funcional numa sociedade que não parece acreditar que está envelhecendo, não cria aparelhos para fazer face ao desafio que representa cuidar de idosos que não envelheceram com saúde.”*

(Karla Cristina Giacomini)

## RESUMO

O envelhecimento da população brasileira ocorre de forma acelerada e heterogênea, marcado pela prevalência de doenças crônicas, o que torna o cuidado ao idoso uma questão de Saúde Pública e objeto de políticas públicas específicas. O cuidado refere-se ao modo de agir, à atenção, ao zelo, à responsabilidade, à cidadania e ao atendimento das necessidades da pessoa cuidada com garantia de atendimento digno, com acolhimento e vínculo, respeitando a singularidade de cada sujeito. No caso da pessoa idosa frágil, a incapacidade funcional determina a necessidade de um cuidador, geralmente um familiar, mulher, esposa ou filha, que cuida sozinha e sem ajuda. Apesar da estreita relação estabelecida entre o cuidador e a equipe responsável pelo cuidado do idoso nos serviços de saúde, a atenção é limitada à pessoa idosa, enquanto o cuidador é desconsiderado. A falta de apoio técnico e afetivo ao familiar que cuida repercute sobre sua vida e saúde e compromete a qualidade do cuidado prestado, além de possibilitar o agravamento de doenças que levam à institucionalização da pessoa idosa. Neste sentido a Prefeitura de Belo Horizonte implantou em 2009, o Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil (PQCIF), com o objetivo de capacitar profissionais na temática do envelhecimento e do cuidado, além da formação de grupos de cuidadores nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade, destinada ao apoio ao cuidador. A metodologia de trabalho com grupos foi escolhida por facilitar a escuta, possibilitar o sentimento de inclusão, valorização, pertencimento e a troca de informações entre os participantes. Considerando que entre 2009 e 2013,

4.305 profissionais foram capacitados e 121 grupos realizados em 104 das 147 UBS do município, este estudo buscou conhecer a percepção do cuidador familiar de idosos frágeis sobre o cuidado e sua participação nos grupos. Tratou-se de estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. Em 2013 foram realizados seis grupos que contou com a participação de 91 pessoas, dos quais 37 eram cuidadores familiares, que atendiam aos critérios de inclusão do estudo. Na etapa quantitativa todos os cuidadores selecionados responderam o questionário permitindo traçar o perfil sociodemográfico do grupo. Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas individuais para conhecer a percepção dos cuidadores familiares sobre o cuidado e sua participação nos grupos. Foram selecionados 14 cuidadores considerando a multivocalidade quanto ao gênero, à idade, o grau de parentesco com a pessoa cuidada, o local de moradia e o tempo de cuidado. O tamanho da amostra foi definido pelo critério de saturação. Nos resultados observou-se que o perfil de cuidadores familiares é semelhante ao encontrado em outros estudos, ou seja: um membro da família, geralmente mulher (94,6%), com idade média de 59 anos ( $\pm$  13 anos). A renda familiar variou entre 2 e 3 salários mínimos (51,4%), sendo que 75,7% dos cuidadores tinham renda própria advinda de aposentadoria. Mais de 75% residiam com a pessoa idosa, em casa própria, com 2 a 5 pessoas ou mais (94,5%), ou próximo a ela. O familiar cuida do idoso ao longo de 24 horas (45,9%), por muitos anos, abandonando ou reduzindo suas atividades de trabalho, sociais e de lazer, por não contar com ajuda (32,4%). 97,3% declararam não ter recebido preparo para o cuidado. Quanto às atividades sociais e de lazer, 62,2% não saem para

lugares públicos nem participam de grupos ou atividades da comunidade por se sentirem sobrecarregados, sem interesse, ou por não ter com quem deixar a pessoa idosa. Cuidar significa atender as necessidades da pessoa idosa e expressa a reciprocidade de atenção no âmbito familiar, porém desperta sentimentos ambivalentes, como sentir bem, dever cumprido, satisfação, cansaço, amor, impaciência, obrigação. Os cuidadores consideraram os grupos uma forma importante de apoio, por possibilitar o sentimento de inclusão, valorização e segurança e permitir a troca de experiências e conhecimentos, refletindo positivamente no cuidado e na maior vinculação com o serviço de saúde. Destacaram como positivas as atividades onde experimentaram situações vivenciadas pela pessoa idosa, bem como a disponibilidade da equipe, horário, local e tempo de duração dos encontros (entre 60 e 90 minutos). Entre as lacunas estão a ausência de alguns temas como nutrição e institucionalização e a dificuldade para sair de casa. Para viabilizar a participação em futuras atividades, os cuidadores familiares sugeriram que o serviço de saúde disponibilize cuidadores substitutos, pelo período em que se ausentam. Grupos de cuidadores, conduzidos por profissionais da atenção primária à saúde, segundo os participantes abrem portas para o serviço, é uma possibilidade de aprendizagem de novas habilidades, troca de experiências e mudanças positivas no cuidado. O grupo traz benefícios aos cuidadores em relação à compreensão do processo de envelhecimento, do cuidado de si e do outro. Como conclusão do estudo, observou-se que o apoio ao cuidador apesar de ser uma recomendação legal ainda é realizado de forma incipiente. Assim, é fundamental que os gestores públicos reconheçam a potencialidade de ações

semelhantes ao PQCIF como estratégia de fortalecimento de vínculo, de otimização dos recursos da rede de atenção e cuidado a uma população até então invisível ao serviço: os cuidadores familiares.

**Palavras-Chave:** Idoso. Cuidadores familiares. Grupos de autoajuda. Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

The Brazilian population is aging in a fast and heterogeneous manner, marked by the prevalence of chronic diseases, which makes elderly care not only a matter of Public Health but also an object of specific public politics. Care refers to the way of acting, to the attention, responsibility, citizenship and meeting the needs of the cared-for person, with guarantee of a worthy care, receptiveness and bonding, respecting the singularity of each individual. In the case of a fragile elderly, the functional disability determines the need of a caregiver, usually a female family person, wife or daughter, who takes care lonely, with no help. Despite the close relationship between the caregiver and the staff responsible for the elderly's care at the health services, attention is limited to the elderly, whereas the caregiver is disregarded. The lack of technical and emotional support to the familial caregiver reflects on his/her life and health and compromises the quality of the care given, as well as enables the aggravation of diseases that leads to the elderly's institutionalization. Thus, the government of Belo Horizonte implanted in 2009 the Qualification of Care for the Fragile Elderly Project (QCFEP), aimed at enabling professionals on aging and care matters, besides the formation of caregiver groups at the city's Basic Health Units (BHU) for caregiver support. The group work methodology was chosen because it makes the listening easier, enables the feeling of inclusion, valorization, belonging and the exchange of information between the participants. Between the years 2009 and 2013, 4,305 professionals were enabled and 121 groups were formed in 104 of the 147 BHUs of Belo Horizonte. This study aimed at acknowledging the perception of the fragile

elderly's familial caregiver on care and his/her participation on the groups. This was an exploratory descriptive study, with a quantitative and qualitative approach. In 2013, 6 groups were formed, with 91 individuals, of which 37 were familial caregivers who met the study's inclusion criteria. On the quantitative stage, all the selected caregivers answered a questionnaire, which allowed the definition of the sociodemographic profile of the group. On the second stage, individual interviews were performed in order to acknowledge the perception of the familial caregivers on care and their participation on the groups. A total of 14 caregivers were selected, considering the multiple voices of gender, age, degree of relationship with the cared person, place of residence and time of care. The sample size was defined by the saturation criteria. The results showed that the caregiver's profile is similar to that shown on other studies, that is, a family member, usually a woman (94.6%), with average age of 59 years ( $\pm$  13 years). The family income varied between 2 and 3 minimum salaries (51.4%); 75.7% of the caregivers had their own income, which came from retirement. More than 75% of them lived with the elderly, at their own house with 2 to 5 people or more (94.5%) or close to the elderly. The family member cares for the elderly for 24 hours per day (45.9%), for several years, abandoning or reducing work, social and leisure activities, due to lack of help (32.4%). A total of 97.3% declared not having received any type of training for the care. As to social and leisure activities, 62.2% do not go to public places or community activities because they feel overloaded, they are not interested or because they don't have anyone to replace them in the care of the elderly. Caring means attending to the elderly person's needs and expresses reciprocity



of attention at the family scope. However, it brings ambivalent feelings, such as well-being, a sense of accomplished duty, satisfaction, fatigue, love, impatience, and obligation. The caregivers considered the groups an important support, since they provided a feeling of inclusion, valorization, and safety and allowed the exchange of experiences and knowledge, positively reflecting on care and on a higher bonding with the health service. The activities in which they went through situations experienced by the elderly, as well as the availability of the staff, time, place and time of duration of the meetings (between 60 and 90 minutes) were described as positive. As for the gaps, they mentioned the absence of certain themes, such as nutrition and institutionalization and also the difficulty to leave the house. In order to make the participation in future activities possible, the caregivers suggested that the health system concedes substitute caregivers, during the time they are absent. According to the participants, groups of caregivers conducted by primary health care professionals open the doors to the service, work as a possibility to learn new abilities, to exchange experiences and positive changes on care. The groups allow the caregivers to understand the aging process, self-care and care for others. As a conclusion, it was observed that the support to the caregiver, despite being a legal recommendation, is still performed in an incipient manner. Thus, it is essential that the public managers recognize the potentiality of actions such as the QCFEP as strategies to strengthen the bonding, to optimize the resources of the attention and care network to a population that was, up to that point, invisible to the service: the familial caregivers.

**KEYWORDS:** Elderly. Familial Caregivers. Self-help Groups. Primary Health Care

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Dissertação

Quadro 1. Critérios para definição do idoso frágil .....	44
Figura 1. Trajetória metodológica da pesquisa, Belo Horizonte-MG, 2014. ....	55
Figura 2. Mapa de Belo Horizonte com as áreas de abrangências das UBS, segundo a classificação de risco.....	57

### Artigo

Tabela 1. Características sociodemográficas de cuidadores de idosos (Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil- BH/MG – 2014).....	80
Tabela 2. Atividades sociais, produtivas e de lazer realizadas pelos cuidadores familiares .....	84
Gráfico 1. Distribuição percentual das razões alegadas pelos cuidadores para não exercerem as atividades sociais, produtivas e de lazer.....	85

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS-	Agente Comunitário de Saúde
APS-	Atenção Primária à Saúde
CF -	Constituição Federal
ESF-	Estratégia de Saúde da Família
ILPI-	Instituição de Longa Permanência para Idosos
LOAS-	Lei Orgânica de Assistência Social
MG -	Minas Gerais
OMS-	Organização Mundial de Saúde
PNAD-	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
PNAS-	Política Nacional de Assistência Social
PNI-	Política Nacional do Idoso
PNSI-	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI-	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PQCIF-	Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil
SABE-	Sáude, Bem estar e Envelhecimento
SMSA-	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS -	<i>Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version</i>
SUAS-	Sistema Único de Assistência Social
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS-	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 O PROBLEMA DE ESTUDO .....</b>	<b>22</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>28</b>
2.1 Objetivo Geral.....	28
2.2 Objetivos Específicos .....	28
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>29</b>
3.1 Envelhecimento .....	29
3.2 Família.....	33
3.3 A garantia do Cuidado pelas Políticas Públicas.....	34
3.4 O Cuidado .....	38
3.4.1 O cuidador familiar.....	40
3.5 A estratégia dos grupos de cuidadores .....	45
3.6 O Projeto “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil” .....	48
3.6.1 A Capacitação Profissional .....	48
3.6.2 Estratégias para formação de grupo de cuidadores de idosos frágeis .....	50
3.6.3 O início dos trabalhos com os facilitadores .....	51
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>54</b>
4.1 Aspectos éticos.....	60
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>
<b>ARTIGO .....</b>	<b>70</b>
<b>GRUPO DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS FRÁGEIS: PORTA ABERTA PARA O SERVIÇO, JANELA PARA O CUIDADO.....</b>	<b>70</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>74</b>
<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>76</b>
<b>RESULTADOSE DISCUSSÃO .....</b>	<b>79</b>

<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>98</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>100</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAS .....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXO A. PARECER DO CEP.....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO B. FOLHA DE APROVAÇÃO.....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXO C. ATA DE APROVAÇÃO.....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICE A. MOTIVOS DA EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES DA AMOSTRA .....</b>	<b>119</b>
<b>APÊNDICE B. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSOS .....</b>	<b>120</b>
<b>APÊNDICE C. ROTEIRO DE ENTREVISTA .....</b>	<b>126</b>
<b>APÊNDICE D. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..</b>	<b>127</b>

## 1 O PROBLEMA DE ESTUDO

Cuidar ou ser cuidado é inerente à condição humana, faz parte da vida. Em momentos diversos ou nós cuidamos ou seremos cuidados. O conceito de cuidado abrange o cuidar do outro, preocupar-se, estar atento às suas necessidades. É um conceito polissêmico que envolve tanto atitudes, quanto à ação de cuidar<sup>(1)</sup>. Neste estudo considera-se cuidado como expressão do compromisso com a cidadania da pessoa cuidada e seu cuidador, com tratamento digno e respeitoso, além de uma atitude de zelo, solicitude, atenção com o outro em seu sofrimento<sup>(2-3)</sup>.

Cuidar é uma atitude que requer a presença de um cuidador que possa atender às necessidades da pessoa cuidada. No caso dos idosos dependentes, geralmente esta responsabilidade recai sobre um membro da família que comunga com a realidade da pessoa idosa, exerce esse cuidado de forma intuitiva, nem sempre por escolha, mas em razão das circunstâncias, e não conta com qualquer formação ou apoio para fazê-lo<sup>(4)</sup>.

No âmbito dos serviços de saúde, em geral, a assistência prestada pela equipe é limitada e focada apenas na pessoa idosa, enquanto o cuidador não é visto como alguém que também precisa de atenção. Contudo, esse mesmo cuidador familiar constitui-se como gerente do cuidado e aliado da equipe de Saúde da

Família, sendo necessário valorizá-lo, acolhendo-o, escutando-o e trocando informações necessárias para melhoria do cuidado à pessoa idosa<sup>(5)</sup>.

Na atualidade, é imprescindível que se pense o cuidado considerando a mudança do perfil demográfico da população, cujo envelhecimento continuará ainda em maiores proporções no século XXI. No cenário mundial, estima-se que em 2010 cerca de 755 milhões de pessoas se encontravam na faixa etária dos 60 anos ou mais, grupo que deve chegar a 1,2 bilhões em 2025<sup>(6)</sup>. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se idosa a pessoa acima de 65 anos que reside nos países desenvolvidos e 60 anos ou mais aqueles residentes nos países em desenvolvimento<sup>(7)</sup>.

Por sua vez, a distribuição etária de uma população é diretamente influenciada pelo comportamento dos componentes demográficos: fecundidade, mortalidade e migração. Diferentemente do ocorrido em países da Europa, onde esse processo foi gradativo, observa-se no Brasil um crescimento exponencial e acelerado da população idosa: de 7,6% em 1996 para 10,8% em 2010, e em 2025 espera-se que ela atinja 14% da população total, ou seja, 32 milhões de pessoas, tornando o Brasil o sexto país com maior população de idosos no mundo<sup>(8)</sup>. Observa-se também um aumento proporcional dos “mais idosos”, ou seja, acima de 80 anos, o que modifica a composição etária dentro do próprio grupo. Dessa forma, a população idosa também está envelhecendo, levando a uma heterogeneidade desse segmento populacional e conseqüentemente a demandas diferenciadas advindas do aumento da prevalência de doenças



crônicas que podem levar à dependência funcional e à necessidade de cuidados mais complexos<sup>(9)</sup>. A esse processo Kalache<sup>(10)</sup> nomeou a “revolução da longevidade”, descrita por ele, como tudo aquilo que acontece de súbito e tem impacto na sociedade, constituindo-se um dos maiores desafios para a Saúde Pública contemporânea.

Minas Gerais, segundo Estado do país em números de pessoas idosas, contava, em 2011, com 2,6 milhões de pessoas nessa faixa etária<sup>(8)</sup>, dos quais 299.572 residiam em Belo Horizonte. Desses, 60% eram mulheres, aproximadamente 4% encontravam-se restritos em seus domicílios, apresentando alta dependência funcional e em 16% dos casos existia algum grau de incapacidade para o autocuidado. Além disso, a baixa escolaridade e a situação de pobreza levam a pessoa idosa a depender mais dos serviços sociais, de saúde<sup>(11)</sup> e da presença de um cuidador<sup>(4)</sup>.

Tomando por base tal cenário, fica evidente a demanda por intervenções públicas que deem respostas à necessidade de assistência qualificada e com suporte às pessoas idosas e a seus familiares, principais agentes do cuidado. Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte tem implementado ações específicas, entre elas:

- o projeto “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil” (PQCIF), implantado em 2009, com apoio do Ministério da Saúde, que tem como objetivos qualificar profissionais da atenção primária, em interface com demais níveis de atenção,

para melhoria da assistência ao idoso e desenvolver ações de promoção da saúde dos agentes envolvidos no cuidado, dentre elas a implementação de grupos de cuidadores familiares de pessoas idosas frágeis <sup>(12)</sup>. Tais grupos visam qualificar o cuidado à pessoa idosa e sensibilizar o cuidador para o seu próprio cuidado, como recomenda a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), considerando que “a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implicará riscos de tornar doente e igualmente dependente o cuidador”<sup>(13)</sup>. O trabalho com grupos foi escolhido pelo projeto como estratégia para qualificar o cuidado e cuidar do cuidador, uma vez que possibilita a troca de experiências e informações, aproximação cuidador/ equipe de saúde, além de contribuir para o fortalecimento da pessoa que cuida, enquanto alguém que precisa se cuidar para cuidar melhor do outro;

- o programa “Maior Cuidado”, que teve seu início em 2011, com recursos do próprio município, gerenciado pelas secretarias de Assistência Social, Saúde, e Políticas Sociais. Embora de amplitude ainda reduzida – são 127 cuidadores para o município que atendem pouco mais de 700 idosos- prevê a contratação de cuidadores formais para colaborar e, em alguns casos, substituir o cuidador familiar em algumas tarefas e permitir que ele exerça atividades fora de casa. Dessa forma o programa evita hospitalização e institucionalização, fortalecendo a família como a principal fonte de apoio, além de qualificar e humanizar o cuidado no domicílio<sup>(14)</sup>.

Como profissional de saúde, assistente social, integrante da equipe técnica do PQCIF, desenvolvo atividades de docência no curso, sou facilitadora dos grupos de cuidadores nas unidades de saúde nas quais atuo e monitoro sua implementação na cidade de Belo Horizonte. Identifico-me com o grupo de pessoas cuidadoras por ter familiares idosos e por vivenciar situações semelhantes às aquelas a que estão expostos os cuidadores familiares que atendo. Embora tenha a experiência de um profissional de saúde que dispõe de recursos muito diferentes daqueles acessíveis aos cuidadores da rede de saúde pública, reconheço que todos precisamos de apoio, seja de amigos e parentes, seja de políticas públicas que podem tornar mais leve e efetivo o ato de cuidar. Surgiu daí meu interesse em conhecer o perfil destes cuidadores, as atividades que realizam e compreender a percepção deles em relação ao cuidado e à sua participação nos grupos realizados pelo PQCIF. Pretende-se com isso que tais grupos possam ser aperfeiçoados e incluídos na agenda das equipes de saúde da família, contribuindo efetivamente para a melhoria da atuação do próprio serviço junto ao público idoso que demanda cuidados, mas também para apoiar esses agentes do cuidado que até aqui têm permanecido à margem da atuação da Saúde Pública.

Assim, as perguntas norteadoras para o desenvolvimento deste estudo foram:

- a) Como os cuidadores familiares perceberam sua participação nos grupos do projeto “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil”?

- b) A participação no grupo contribuiu para o cuidado da pessoa idosa? De que maneira?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Compreender a percepção dos cuidadores familiares de idosos sobre o cuidado e a sua participação nos grupos do Projeto “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil”.

### **2.2 Objetivos Específicos**

1. Descrever o perfil e as atividades realizadas pelos cuidadores familiares participantes do projeto “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil”;
2. Compreender como os cuidadores familiares percebem sua maneira de cuidar após sua participação no grupo;
3. Identificar os aspectos facilitadores e as lacunas do grupo, percebidas pelos cuidadores;
4. Contribuir para o aperfeiçoamento dos grupos de cuidadores realizados pelo projeto “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil”.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

Orientaram o presente trabalho o contexto de envelhecimento populacional brasileiro que introduz demandas por Cuidado e sua garantia pelas políticas públicas, a necessidade de apoio e atenção ao cuidador familiar e a estratégia de grupos de cuidadores familiares de idosos.

#### **3.1 Envelhecimento**

O envelhecimento é uma condição humana que diz respeito a todos nós. Estamos todos envelhecendo e em um futuro não muito distante os idosos não serão mais uma minoria social. É preciso reconhecer esse fato e o lugar social do velho, assumindo as responsabilidades políticas e sociais geradas por essa mudança demográfica<sup>(15)</sup>.

O processo de envelhecimento apresenta diferentes conceituações no que se refere às Ciências Sociais e ao saber biomédico. Para as Ciências Sociais, a velhice é marcada por diferentes culturas variando de acordo com cada sociedade, que constrói práticas diferentes em relação à pessoa idosa. Cada um vivencia o envelhecimento de uma maneira, influenciada por sua história de vida, classe, gênero, etnia, condições socioeconômicas, de saúde e de educação. A velhice não está aqui relacionada à doença, podendo ser um momento de decadência e isolamento ou de protagonismo e amadurecimento,

no qual a pessoa idosa pode conduzir sua vida como desejar <sup>(16)</sup>. Do ponto de vista biomédico, valoriza-se o declínio fisiológico, advindo do processo de envelhecimento, associado à possibilidade do adoecimento; ao comprometimento dos sistemas funcionais – cognição, humor, mobilidade e comunicação; à idade avançada; ao risco psicossociofamiliar <sup>(17)</sup>.

Embora a longevidade seja uma conquista, é muito diferente envelhecer na cidade ou no campo, em família rica ou pobre, sendo homem ou mulher, negro ou branco, tendo trabalhado formalmente ou apenas em atividades informais, ou ainda sendo dependente econômica, física e psicologicamente <sup>(16)</sup>.

Assim, para o indivíduo, envelhecer é um evento de natureza múltipla, com perdas, restrições e aumento de vulnerabilidade, mas pode ser também um período de ganhos e retomada da vida. A forma, o ritmo, a duração e os efeitos do envelhecimento dependem de características pessoais, sócio-históricas e psicológicas <sup>(18)</sup>. Simone de Beauvoir <sup>(19)</sup> destaca a velhice não como um fato estático, mas como resultado de um processo que envolve vários aspectos relacionados entre si e que geram mudanças contínuas no curso da vida:

*Não basta, portanto, descrever de maneira analítica os diversos aspectos da velhice: cada um deles reage sobre todos os outros e é afetado por eles; é no movimento indefinido desta circularidade que é preciso apreendê-la.* <sup>(19)</sup>

Por sua vez, em uma população que envelhece, a transição demográfica resultante da queda da mortalidade, do aumento da expectativa de vida e da

queda da taxa de fecundidade acontece simultaneamente à transição epidemiológica e se expressa no declínio das doenças infectocontagiosas e no aumento das doenças crônicas e degenerativas, impactando o processo de envelhecimento populacional. Nos países em desenvolvimento, essa mudança demográfica adquire maior complexidade em decorrência da pobreza, da desigualdade social e das precárias condições de saúde da população, tornando a pessoa idosa mais vulnerável. Desse modo, a longevidade se torna um fardo que nem todos desejam vivenciar <sup>(15)</sup>.

Ainda como característica do envelhecimento populacional brasileiro, Chaimowicz<sup>(20)</sup> destaca a “feminização da velhice”; a intensidade do envelhecimento populacional; uma esperada insuficiência do suporte social para as pessoas idosas vulneráveis e/ou em condição de dependência, em razão de mudanças nas faixas de idades extremas que incidem sobre essa situação.

A feminização da velhice decorre da maior longevidade das mulheres em razão das diferenças de comportamento da mulher e do homem, como: maior procura por serviços de saúde por parte das mulheres e maior exposição a acidentes de trabalho e trânsito por parte dos homens, além de estes fazerem mais uso de drogas, fumo e álcool. Embora as mulheres apresentem uma expectativa de vida maior, o número de anos vividos com incapacidades é também maior<sup>(20)</sup>. Elas estão mais presentes no estrato mais idoso da população, são mais frágeis, sofrem mais de doenças crônicas, de déficit cognitivo e estão mais



expostas ao isolamento social, à carência de cuidado, ao abandono e à violência <sup>(21)</sup>.

A segunda característica - a intensidade do envelhecimento – é explicada pelo crescimento maior da população com 80 anos e mais, dentre os idosos. Em 2010, esta parcela mais longeva já representava 14% da população idosa e 1,5% da população brasileira, sendo que estas pessoas estão mais vulneráveis e conseqüentemente necessitarão de cuidadores<sup>(9)</sup>. Com base nos resultados do Censo Demográfico 2010<sup>(22)</sup>, as estimativas da taxa de fecundidade total mostram uma queda no número de potenciais cuidadores: o número médio de filhos por mulher, que em 2000 era de 2,38, passou para 1,90. A previsão é de que em 2050 haja apenas dois potenciais cuidadores para cada pessoa idosa acima de 75 anos. Para possibilitar uma noção mais clara da magnitude do problema, menos de 1% das pessoas idosas residem em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) no Brasil, ou seja, 99% vivem na comunidade. Destas, 85% residem com suas famílias e 15% vivem sozinhos. Entre 2% e 47% da população idosa apresentam algum grau de incapacidade para as atividades de autocuidado, a depender da faixa etária estudada e do tipo e grau da incapacidade<sup>23</sup>. Segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios<sup>(24)</sup>, 3% dos idosos apresentam dependência para comer, tomar banho ou caminhar, mas 15% já apresentam algum grau de incapacidade nas atividades cotidianas. Porém, estes idosos, contam somente com o apoio provido pela família, vizinhos e comunidade que cumprem com o papel social de cuidar <sup>(4)</sup>.

Vale lembrar que o envelhecimento, especialmente com dependência, requer da família adaptação de sua rotina, a ser definida de acordo com as necessidades do cuidado, influencia e modifica a vida da pessoa idosa e também daqueles que vivem com ela e exercem o papel de cuidadores.

### 3.2 Família

*Família é prato difícil de preparar. Família é prato que emociona e a gente chora mesmo. De alegria, de raiva ou de tristeza. Há famílias doces. Outras, meio amargas. Outras apimentadíssimas. Há também as que não têm gosto de nada. Uma família fria é insuportável, impossível de se engolir. Enfim, receita de família não se copia se inventa. A gente vai aprendendo aos poucos, improvisando e transmitindo o que sabe no dia a dia. Família é prato que, quando se acaba nunca mais se repete<sup>(25)</sup>.*

O Ministério da Saúde define família como:

*“o conjunto de pessoas, ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado(a) doméstico(a) que reside no domicílio, pensionista e agregados<sup>(26)</sup>”.*

Assim, a família pode ser compreendida como uma teia de relações entre seus membros, entre gêneros e gerações - um entrelaçamento de afetos, uma rede de solidariedade e proteção. Trata-se de um espaço de intimidade que une pessoas por laços consanguíneos ou por afetividade, sendo fonte de suporte social, especialmente com relação à pessoa idosa, que tem na família o seu mais efetivo meio de sustentação e pertencimento<sup>(27)</sup>. Porém, pode ser também o *locus* de relações conflituosas, de desencontros de gerações, de segregação,

onde os laços afetivos são frágeis, tornando o suporte à pessoa idosa algo desgastante e inadequado.

O processo de cuidar inicia-se na família, onde tudo começa, onde se busca a fonte de apoio e cuidado. É no domicílio, junto de sua família, que os indivíduos são cuidados, independentemente do suporte que recebem, do conhecimento que têm, da evolução da doença e da complexidade do cuidado <sup>(28)</sup>. Porém, a forma de cuidar depende das relações familiares estabelecidas, da disponibilidade de(das) pessoas para cuidar, de fatores socioeconômicos e da história de relacionamento construída ao longo do tempo com a pessoa agora idosa e fragilizada<sup>(4)</sup>. Além disso, as famílias ressentem-se da falta de informação e de apoio do Estado no cuidado aos seus membros frágeis <sup>(29)</sup>.

### **3.3 A garantia do Cuidado pelas Políticas Públicas**

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com a Constituição Federal de 1988 (CF/88)<sup>(30)</sup>, quando a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. São estabelecidas como diretrizes do novo sistema de saúde a descentralização das ações, integralidade do atendimento com prioridade para as ações de prevenção e promoção da saúde e o controle social, que se dá com a participação da comunidade através dos conselhos. Sua criação representou um avanço na organização da assistência à saúde, que passou de um modelo hospitalocêntrico para um modelo organizado em rede e voltado à atenção primária<sup>(31)</sup>.

A atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada do usuário para o sistema, sendo sua missão:

*“coordenar um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo, dirigidas a populações de territórios definidos, envolvendo a prevenção, a promoção, a vigilância à saúde, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação”<sup>(32)</sup>.*

Além disso, a CF/88<sup>(30)</sup> reconhece a pessoa idosa como sujeito de direitos e atenção e determina, em seu artigo nº 230, que a:

*[...] família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Determina ainda que “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares”<sup>(30)</sup>.*

Embora a inclusão da proteção à pessoa idosa na Constituição possa ser interpretada como um avanço, ela também reflete a transferência, por parte do Estado, da responsabilidade de cuidar para a família e a para a sociedade, que encontram grandes obstáculos ao cumprimento da lei. Lemos<sup>(33)</sup> chama atenção para o fato de que a legislação busca assegurar os direitos das pessoas idosas e a melhoria das suas condições de vida, porém privatiza o envelhecimento e o cuidado e criminaliza a família, que tem de resolver de forma solitária problemas que estão além de sua capacidade. A família é fundamental para o idoso, mas é fundamental também que o Estado assuma a responsabilidade de criar condições para a sua permanência no lar, em convívio com a família e a comunidade.

A partir da CF/88<sup>(30)</sup>, outros marcos legais de proteção e garantia de direitos à pessoa idosa foram regulamentados: a Política Nacional do Idoso (PNI), o Estatuto do Idoso<sup>(34)</sup> e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)<sup>(35)</sup>. Cabe ainda destacar a Política de Assistência Social, regulamentada através da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)<sup>(36)</sup> e da Política Nacional de Assistência Social (PNAS)<sup>(37)</sup>.

Com relação à Assistência Social, em 1993, foi regulamentada a LOAS<sup>(36)</sup> e em 2004 a PNAS<sup>(37)</sup>, com a proposta de criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)<sup>(38)</sup>. A partir do SUAS<sup>(38)</sup> ficam definidas as responsabilidades do Estado no atendimento à família, à pessoa idosa, pessoas com deficiência e todos que vivem em situação de vulnerabilidade ou risco social. O serviço de proteção social do SUAS deve atender casos de violação de direitos, como vítimas de abandono, privação, exploração, violência, dentre outras<sup>(38)</sup>.

A Política Nacional do Idoso (PNI) foi regulamentada em 1994 com o objetivo de “[...] assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade”<sup>(39)</sup>. Tal política cria os conselhos de direitos e determina o desenvolvimento de ações por parte do Estado em várias áreas.

Em 2003, foi sancionada Lei n. 10.741<sup>(40)</sup>, denominada Estatuto do Idoso, que aprofunda a PNI, afirmando que os direitos fundamentais e inerentes à pessoa humana são também direitos dos idosos e que o envelhecimento é um direito

personalíssimo e sua proteção, um direito social. A lei estabelece que, havendo violação de direitos, o Ministério Público deve ser acionado para proteção da pessoa idosa<sup>(41)</sup>.

Considerando a garantia do direito à vida e à saúde, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI)<sup>(13)</sup>, regulamentada em 1999 e atualizada em 2006, quando passou a ser chamada de Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)<sup>(35)</sup>, tem por finalidade:

*“recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”<sup>(35)</sup>.*

Com a entrada do Estado na vida privada das famílias através da implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>(42)</sup>, emergiram questões complexas, como a violência em todas as suas manifestações, a pobreza extrema e outras dificuldades da vida familiar, dentre as quais o cuidado à pessoa idosa em situação de fragilidade e vulnerabilidade. Assistir esse grupo e cuidar dele requer introduzir o envelhecimento como um dos focos da atenção à saúde<sup>(43)</sup>, para além da lógica materno-infantil. O atendimento deve levar em consideração as diversas realidades sociais apresentadas e as necessidades do usuário, com planos de cuidado individualizados e baseados na sua história de vida<sup>(44)</sup>.

O amplo e intenso processo de envelhecimento por que passa o Brasil redimensiona todas as políticas sociais, e de modo especial, a saúde

pública<sup>(45)</sup>. Assim, o trabalho voltado à pessoa idosa, a ser desenvolvido nesse novo modelo assistencial, deve levar em consideração a heterogeneidade da velhice e a singularidade de cada sujeito e sua família. Deve ainda atuar dentro de uma abordagem que valorize as experiências, aspirações, preocupações e relações significativas ao longo da vida, reconhecendo o cuidado como um princípio fundamental para a saúde.

### **3.4 O Cuidado**

A palavra "cuidar" vem do latim *coera, cogitares*: cura, definido como desvelo, inquietação, pensar no outro, mostrar interesse<sup>(46)</sup>. O termo *care* também designa cuidado como qualquer tipo de atenção pessoal que visa a melhorar o bem estar da pessoa que dele necessita, podendo ser pontual, constante e/ou intenso<sup>(47)</sup>.

No Brasil, vários autores discutem o cuidado. Pinheiro<sup>(3)</sup> o define como um modo de agir produzido a partir de experiência de vida e influenciado por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos. É o acolher, o respeitar, o atender o outro em seu sofrimento. Em saúde, o cuidado é uma ação integral voltada para a compreensão da saúde como direito, pautado em atitudes de tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. A autora ressalta ainda que o cuidado se dá na relação dos usuários com os profissionais e o serviço, que devem entender que cada pessoa é singular e, portanto, tem diferenças e necessidades que precisam ser respeitadas. É o

sujeito quem determina o cuidado que lhe deve ser dado e o serviço deve garantir acesso aos vários níveis de atenção do sistema<sup>(3)</sup>.

Boff<sup>(46)</sup>, por sua vez, afirma que cuidar é algo que faz parte do humano, permeado por histórias de vida, construção de relações, cultura, modo de ver e viver o mundo.

Ayres<sup>(48)</sup> define o Cuidado como:

*“uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”<sup>(48)</sup>.*

O uso do termo em maiúsculo serve para diferenciar daquele cuidado substantivo comum, enquanto o autor assume o Cuidado, com letra maiúscula, como um fato político, uma categoria sociocultural cuja concretização se faz no cotidiano da vida das pessoas, nos diferentes espaços e contexto.

No presente trabalho, assume-se cuidado como um direito, um compromisso com a cidadania da pessoa cuidada e seu cuidador, com garantia de tratamento digno e respeitoso, de acordo com a singularidade de cada sujeito. Uma atitude de zelo, solicitude, atenção ao outro em seu sofrimento<sup>(2-3)</sup>. Um conceito polissêmico, em que cuidar do outro significa também preocupar-se, estar atento às suas necessidades e todos os demais diferentes significados, relacionados tanto à atitude quanto à ação de cuidar<sup>(1)</sup>.



Como uma dimensão da vida, o cuidado deve estar voltado para o outro, mas também para a própria pessoa, no sentido de cuidar de si. Contudo, nossa sociedade sofre forte influência judaico-cristã, na qual o ocupar-se consigo, o amor a si é visto como forma de egoísmo e interesse pessoal, enquanto é valorizado aquilo que é feito a partir do sacrifício de si mesmo<sup>(49)</sup>. Talvez por isso, no nosso meio, o cuidador cuide sozinho, abrindo mão de sua vida, de seus projetos pessoais, de seus desejos para cuidar do outro, em uma cultura que lhe interdita de expressar seus sentimentos e emoções, queixar-se ou pedir ajuda. Esse sacrifício ao seu próprio cuidado em função do acúmulo de atividades e da falta de tempo para se cuidar leva ao estresse, à insatisfação e ao comprometimento da sua saúde física e mental, especialmente no caso de mulheres, filhas, esposas, mães, trabalhadoras que assumem o papel de cuidadoras<sup>(4)</sup>.

### 3.4.1 O cuidador familiar

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI)<sup>(13)</sup> define cuidador como:

*“[...] a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente, no exercício das suas atividades de vida diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicações de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços que requeiram no cotidiano, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem”.*<sup>(13)</sup>

São dois os tipos de cuidadores: o formal, definido como um profissional que se capacitou para prestar cuidados e é contratado pela família para cuidar e o informal, geralmente um membro da família ou da comunidade, sem formação

para o cuidado, mas que o exerce de acordo com a necessidade da pessoa idosa. Os motivos que levam alguém a ser cuidador de um idoso frágil é a presença de alguma incapacidade que impeça a pessoa idosa de exercer sozinha os atos da vida diária<sup>(17)</sup>. Tais motivos também podem estar relacionados à própria vontade da pessoa que cuida, cuja relação com o outro satisfaz suas necessidades emocionais e faz com que se sinta útil; à situação em que a pessoa cuidadora assume mais esta função porque já era uma referência na família para ações de cuidado; ou ainda ao fato de a pessoa cuidadora residir com a pessoa idosa<sup>(50)</sup>.

No entanto, muitas vezes a relação familiar tem caráter compulsório, os cuidadores são idosos, pobres, que vivem em áreas vulneráveis e apresentam eles mesmos comprometimentos físicos e cognitivos <sup>(51)</sup>.

São elementos comumente percebidos como dificuldades inerentes ao prestar cuidados a idosos dependentes: o ônus físico e financeiro que as tarefas acarretam; a falta de preparo e de informação do cuidador; a escassez de apoio social e emocional e de serviços de assistência; o acúmulo de papéis, onde a tarefa de cuidador compete com a vida profissional e familiar; os sentimentos pessoais e conflitos familiares de difícil manejo que o cuidado faz aflorar; e a solidão no ato de cuidar na família <sup>(52)</sup>.

No cuidado ao idoso frágil, a responsabilidade de cuidar geralmente recai sobre um dos membros da família, esposa ou filha, obedecendo às normas e valores

culturais, onde a tarefa de cuidar cabe à mulher, independente de sua vontade, recursos pessoais, sociais e da relação estabelecida com a pessoa idosa ao longo da vida. Porém, muitas vezes, o cuidador familiar cuida sozinho, de forma intuitiva, baseada em crenças e experiências anteriores ou em troca de informações com pessoas que vivenciam situações semelhantes. Nem sempre quem cuida se reconhece como cuidador nem é reconhecido pela família ou pela pessoa idosa de quem cuida<sup>(4)</sup>. Por isso, muitas vezes:

*[...] fica a impressão de que estão ambos esquecidos, cuidador e quem precisa de cuidados, vivendo entre quatro paredes e, a seu modo, vivenciando a dura realidade da incapacidade funcional numa sociedade que não parece acreditar que está envelhecendo, não cria aparelhos para fazer face ao desafio que representa cuidar de idosos que não envelheceram com saúde.<sup>(4)</sup>*

Além disso, o envelhecimento reflete as condições de vida e saúde da pessoa no curso da vida. Em Belo Horizonte, 16% dos idosos apresentam algum grau de incapacidade para as atividades de autocuidado e 8,7% destes podem ser considerados frágeis<sup>(23)</sup>, em decorrência de uma síndrome multidimensional – a fragilidade - influenciada por fatores sociais como renda e baixo nível de escolaridade, bem como ausência de apoio social<sup>(53)</sup>.

O conceito de fragilidade vem se modificando ao longo do tempo; inicialmente, ele estava relacionado apenas à questão funcional, sendo considerado idoso frágil o idoso dependente. Com a evolução do conceito e o conhecimento de sua fisiopatologia, nota-se que, além de um declínio funcional, ocorre também uma disfunção de vários sistemas orgânicos<sup>(54)</sup>. Fried *et al.*<sup>(55)</sup> propõem como

critérios de fragilidade “a presença de perda de peso não intencional, fraqueza muscular, fadiga, baixo nível de atividade física e diminuição da velocidade de marcha”. Estes fatores levam ao agravamento de doenças, comorbidades, quedas, institucionalização, hospitalização, incapacidade e morte<sup>(56)</sup>.

As pessoas idosas mais atingidas pela fragilidade são as de idade mais avançada (acima de 80 anos), que apresentam várias patologias e dependência para atividades da vida diária. Alguns profissionais de saúde consideram a fragilidade como algo inerente ao envelhecimento, o que leva a intervenções tardias, diminuindo a chance de reabilitação e de uma vida livre de incapacidades. Surge daí a necessidade do estabelecimento de critérios, na tentativa de organizar ações que possam evitar ao máximo a perda de autonomia e independência<sup>(53)</sup>.

No âmbito do SUS de Belo Horizonte, adotou-se como critérios de fragilidade aqueles estabelecidos pela Linha de Cuidado ao Idoso<sup>(57)</sup> descritos a seguir, no Quadro 1.

### Quadro1.Critérios para definição do idoso frágil

Critério etário: todas as pessoas com 80 anos e mais
Critérios clínicos: Pessoas com 60 anos e mais, desde que apresentem pelo menos uma das seguintes condições:
Polipatologias (≥5 diagnósticos)
Polifarmácia (≥5 drogas/dia)
Imobilidade parcial ou total
Incontinência urinária ou fecal
Instabilidade postural (quedas de repetição)
Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium)
Histórico de internações frequentes e/ou pós alta hospitalar
Dependência nas atividades básicas de vida diária básica (ABVDs)
Insuficiência familiar: idosos em situação de vulnerabilidade social, no meio familiar ou institucional.

Fonte: Atenção ao Idoso.<sup>(57)</sup>

A precária situação socioeconômica e de saúde da população e o isolamento social da pessoa idosa e seu cuidador geram demandas que o sistema de saúde pública no Brasil é insuficiente para atender. Cabe aos gestores públicos prover meios e atuar de maneira a cumprir o que está previsto na PNSPI, segundo a qual os cuidadores devem receber apoio da equipe de saúde, atenção para com a própria saúde e esclarecimentos e orientações necessárias, inclusive sobre as doenças que acometeram a pessoa idosa sob seus cuidados<sup>(50)</sup>.

Este apoio é fundamental para qualificar o cuidado, melhorar a qualidade de vida, diminuir as intercorrências e conseqüentemente reduzir os custos com a assistência, além de prevenir a violência contra as pessoas idosas que necessitam de cuidados de longa duração<sup>(58)</sup>. Ações devem ser desenvolvidas

em relação ao cuidador familiar que exerce o cuidado sem contar com qualquer apoio formal – social, de saúde, previdenciário ou trabalhista. Portanto, este ator vulnerado precisa ser reconhecido e valorizado por seu trabalho, sendo essencial proporcionar-lhe a escuta e a oportunidade de expressar seus sentimentos, frustrações, sofrimentos.

Sabendo que a longevidade pode vir acompanhada por perdas cognitivas, mudanças comportamentais e emocionais da pessoa idosa, o cuidado requer do cuidador que ele esteja em boas condições de saúde, emocionais e de satisfação consigo mesmo. Para que a pessoa idosa seja mantida no convívio familiar, sendo cuidada com compromisso e qualidade, o cuidador deve ser alvo de intervenções de apoio, orientação e cuidado<sup>(59)</sup>.

### **3.5 A estratégia dos grupos de cuidadores**

Dentre os desafios trazidos pela atual revolução da longevidade<sup>(10)</sup>, anuncia-se também a necessidade da transformação da cultura do cuidado. Nesse sentido, a educação, a informação e a comunicação assumem papel fundamental na mudança dessa cultura.

Inicialmente, é preciso reconhecer o caráter gregário da espécie humana. A vida em grupo é inerente à natureza humana, segundo o filósofo grego Aristóteles quando afirma que “o homem é por natureza um animal social”<sup>(60)</sup>. Faz parte da natureza humana o convívio social, a troca de informações e de

emoções, e os grupos são formas de interação que se constituem através das relações durante toda a vida, sendo a família sua primeira forma de organização.

Um grupo é entendido por Pichón-Riviére<sup>(61)</sup> como um conjunto de pessoas diferentes, com necessidades e objetivos semelhantes, que expressam sua opinião, defendendo seu ponto de vista. Os grupos assumem diversos formatos conforme suas finalidades, e a forma como se organizam representa seus objetivos - podem oferecer suporte, realizar tarefas, favorecer a socialização, trabalhar com informação ou ter caráter terapêutico<sup>(62)</sup>. Silva *et al.*<sup>(63)</sup> afirmam, por sua vez, que no grupo o processo de saúde é melhor conduzido, pois as pessoas aprofundam discussões e ampliam conhecimentos de modo a obter autonomia e superar dificuldades relacionadas às suas condições de saúde, além de promover uma melhor qualidade de vida.

O grupo favorece a escuta e a capacidade resolutiva e possibilita o sentimento de inclusão, valorização e pertencimento, uma vez que seus integrantes buscam, através de discussões e da troca de experiências, um amparo para suas dificuldades, encontrando ali várias formas de enxergar uma mesma situação<sup>(61)</sup>.

Os processos educativos em saúde têm sido uma forte estratégia, ao permitir encontros entre o conhecimento técnico, a prática clínica e o saber de profissionais e familiares envolvidos no cuidado. Esse processo de ensino e

aprendizagem, de troca de conhecimentos, segundo Freire<sup>(64)</sup>, baseia-se no respeito ao saber do outro, em uma construção conjunta do conhecimento, que se dá a partir – e sobretudo – da realidade do sujeito, numa perspectiva de que ninguém educa ninguém, nem a si mesmo. As pessoas se educam, mediatizadas pelo mundo<sup>(64)</sup>.

Assim, a educação em saúde é utilizada pelos serviços e incentivada pelo Ministério da Saúde, concentrando-se em sua maioria na atenção primária. Ela se dá através de ação de promoção da saúde por meio da valorização, da troca de saberes, da socialização e da informação<sup>(65)</sup>. Estudos demonstram que experiências com grupos de cuidadores trazem benefícios significativos para a população idosa e seus familiares, pois conseguem aumentar o conhecimento, melhorar a sobrecarga, o humor e a satisfação com a vida<sup>(66)</sup>.

Trabalhar em grupo com cuidadores familiares de idosos frágeis é uma possibilidade de apoio a este agente do cuidado que necessita transformar suas atitudes, especialmente consigo mesmo, buscando novas habilidades para lidar com o cuidado da pessoa idosa e com seu próprio cuidado<sup>(67)</sup>.

Nesse sentido, o grupo de cuidadores familiares contribui para a qualificação do cuidado, melhoria no bem estar do cuidador e estabelecimento de uma rede social de apoio<sup>(67)</sup>.



### **3.6 O Projeto “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil”**

O “Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil” (PQCIF) é uma ação da Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa desenvolvida pela Secretaria de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), Minas Gerais, com financiamento do Ministério da Saúde e parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESPMG). Tem como objetivos promover a capacitação dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e de outras políticas, em conteúdos sobre o envelhecimento, o cuidado ao idoso e implementação de grupos de apoio ao cuidador familiar da pessoa idosa frágil, como estratégia de qualificação do cuidado<sup>(12)</sup>.

Foram capacitados pelo PQCIF, profissionais de nível superior, de nível médio de enfermagem, ACS, gestores e cuidadores de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) de Belo Horizonte<sup>(12)</sup>.

#### **3.6.1 A Capacitação Profissional**

A capacitação iniciou-se com a seleção do público alvo, seguida da definição da metodologia, do conteúdo teórico, da distribuição de carga horária e da produção do material didático. O conteúdo foi dividido em oito módulos, abrangendo os múltiplos aspectos que envolvem o cuidado à pessoa idosa e o envelhecimento: Introdução à Gerontologia, com as disciplinas “Noções

básicas sobre o envelhecimento” e “Alteridade”; Problemas de saúde mais comuns; Rotinas do cuidado ao idoso frágil; Cuidado e Segurança: “Ambiência” e “Sinais de alerta”; Lidar com a família: “Relações sociofamiliares” e “A pessoa idosa em situação de risco social”; Cuidados ao fim da vida: “Cuidados paliativos” e “Humanização da dor e sofrimento humano”; Rede de Proteção Social à Pessoa Idosa: “Direitos das pessoas idosas” e “Políticas Públicas de Atenção às pessoas idosas”; Possibilidades e limites do cuidado nos serviços de saúde e no domicílio: “Modelo de Atenção à saúde da pessoa idosa na Rede SUS-BH” e “Elaboração da Proposta de Implementação do Projeto na rede SUS-BH”<sup>(12)</sup>.

Para desenvolver o conteúdo, os docentes foram selecionados por seleção pública realizada pela ESPMG, buscando agregar diversas categorias profissionais. Foi considerada a experiência na área do envelhecimento e a formação acadêmica em geriatria e/ou gerontologia<sup>(12)</sup>.

A carga horária do curso foi distribuída diferentemente, atendendo às necessidades prioritárias de cada categoria participante: 32 horas/aula para profissionais de nível superior; 28 horas/aula para profissionais de nível médio de enfermagem das UBS e das ILPIs; 20 horas/aula para os agentes comunitários de saúde; 12 horas/aula para os dirigentes das ILPIs<sup>(12)</sup>.

Os planos de ensino e as apresentações foram construídos coletivamente, com interlocução entre os docentes e a coordenação do projeto, tendo como base o

modelo padrão da ESPMG. Todo o material didático foi disponibilizado para os alunos, por meio de gravação de *compact disc* (CD), entregues às UBS, juntamente com um exemplar de cada uma das publicações utilizadas <sup>(12)</sup>.

### **3.6.2 Estratégias para formação de grupo de cuidadores de idosos frágeis**

As estratégias metodológicas para implantação dos grupos foram discutidas e consolidadas pelos profissionais como produto das oficinas realizadas na disciplina “Elaboração da Proposta de Implementação do Projeto na rede SUS-BH” divididas em três etapas, a saber: o processo de mobilização na UBS, na comunidade e no domicílio para constituição do grupo; a estruturação das condições de implantação e funcionamento; a avaliação da implantação e o matriciamento do processo para implementação do projeto como serviço, numa perspectiva de continuidade <sup>(12)</sup>.

Para implantação dos grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis nas UBS, os profissionais de nível superior foram convidados a preencherem um formulário “Sondagem de interesse” onde registravam sua disponibilidade e seu interesse em ser facilitador dos grupos nas UBS. Isso possibilitou conhecer o perfil dos profissionais que formariam o primeiro grupo de facilitadores <sup>(12)</sup>.

### **3.6.3 O início dos trabalhos com os facilitadores**

A “Sondagem de interesse” apontou que dos 323 profissionais interessados em participar como facilitador dos grupos, 89,4% possuíam experiência em trabalho com grupos, porém 61,7% não possuíam formação para fazê-lo. Assim, foi oferecido o módulo “Metodologia de trabalho com grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis”, desenvolvido por meio de estratégias educacionais interativas, que resultou na legitimação da proposta metodológica consolidada a partir das oficinas do módulo anterior, e na construção compartilhada de técnicas de grupo para cada tema proposto pelo projeto, a serem desenvolvidas nos encontros com os cuidadores familiares de idosos<sup>(12)</sup>. Esta formação foi repassada por 23 profissionais formadores/multiplicadores, que participaram de um módulo “Preparatório para o trabalho com grupos”. A carga horária de 20 horas/aula foi desenvolvida em aulas teóricas, bibliografia comentada e oficinas, conteúdos sobre o trabalho com grupos—tipologia e fenômenos grupais e apresentou a consolidação das estratégias de formação dos grupos, construídas a partir da Etapa 1, na disciplina “Elaboração da proposta de implementação do projeto na rede SUS-BH”.

### **3.6.4 A implantação dos grupos**

Com base nos objetivos dos grupos, a proposta metodológica do PQCIF se deu sob a orientação de que o saber, a cultura e o modo de fazer do cuidador familiar deveriam ser considerados e valorizados e, apesar das sugestões de

temas a serem trabalhados, o conteúdo foi desenvolvido com base no interesse dos participantes de cada grupo<sup>(68)</sup>. A problematização de situações cotidianas de modo a permitir a reflexão crítica referenciada por Freire<sup>(64)</sup>, bem como a habilidade do facilitador no manejo metodológico, foram a base para as diversas experiências com os grupos desenvolvidos.

O formato dos grupos foi fruto de uma construção coletiva dos profissionais que participaram da etapa de capacitação do referido projeto e como resultado foram implementados, entre 2011 e 2013, 121 grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis nas UBS, distribuídos por todas as regionais de Belo Horizonte, o que representou um avanço na política de saúde voltada para a pessoa idosa e seu cuidador, no município.

Até maio de 2011, 210 profissionais de nível superior das UBS e do NASF se tornaram os facilitadores para implantação dos grupos de apoio aos cuidadores familiares de idosos frágeis nas UBS. E, desde a finalização das primeiras turmas de capacitação na Etapa 2, ficou pactuado o matriciamento bimestral da implementação dos grupos, a ser realizado em encontros distritais.

Em 2013 foram realizados seis grupos de cuidadores em áreas diferenciadas<sup>(68)</sup>. Para este estudo foram selecionados os cuidadores familiares participantes destes grupos por serem eles o principal público do PQCIF e por não contarem com formação ou apoio para cuidar. Coube, portanto, compreender a percepção dos cuidadores familiares em relação ao cuidado e à

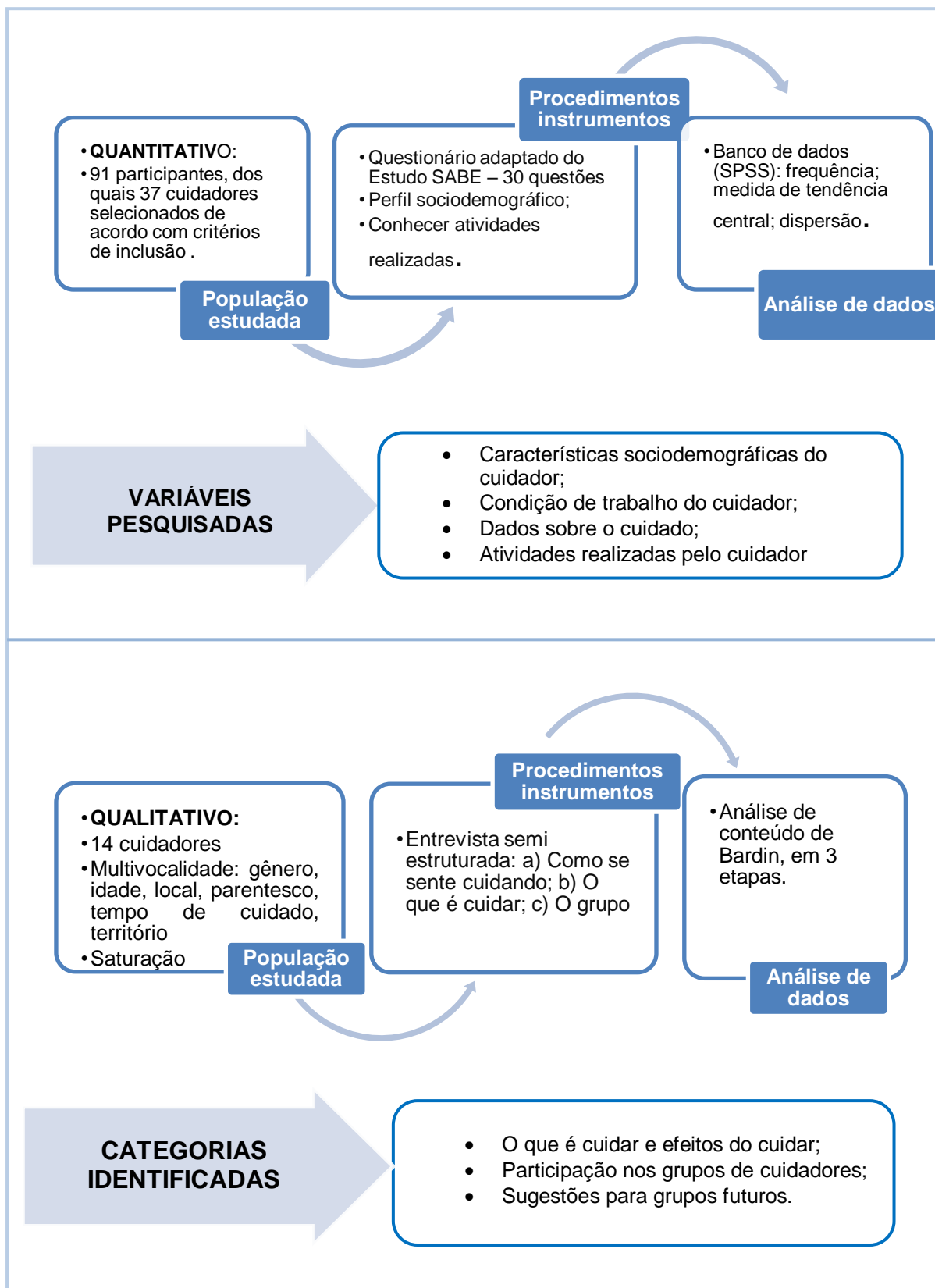
sua participação nesses grupos promovidos no âmbito da atenção primária à saúde em Belo Horizonte.

#### **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

Foi realizado um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa-qualitativa com cuidadores familiares que participaram dos grupos promovidos pelo PQCIF, no ano de 2013. Na etapa de natureza quantitativa buscou-se caracterizar o perfil dos participantes pela aplicação de um questionário; na qualitativa foram realizadas entrevistas individuais para conhecer sua percepção sobre o cuidado e seu modo de cuidar, após a participação nos grupos supracitados.

O percurso metodológico encontra-se sistematicamente esquematizado na Figura 1:

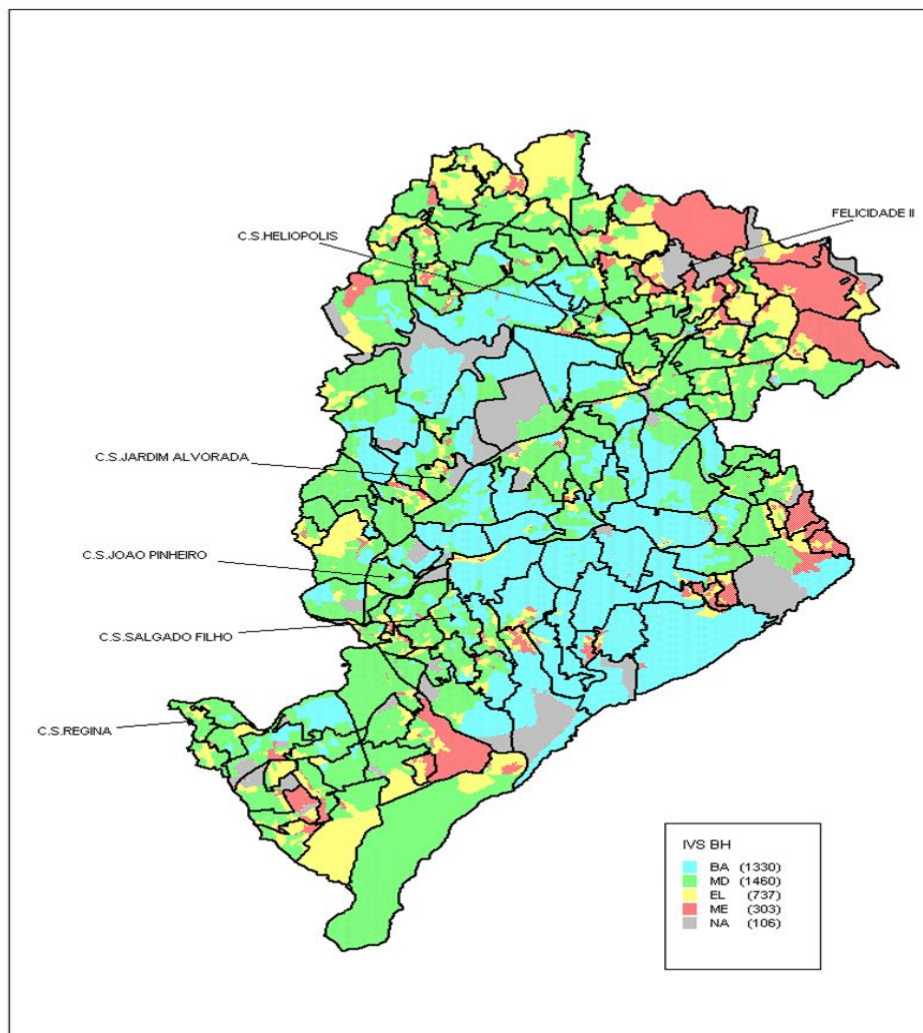
Figura 1. Trajetória metodológica da pesquisa, Belo Horizonte-MG, 2014.





A área estudada foi delimitada de acordo com a realização dos grupos de cuidadores no ano de 2013. Em seis UBS de diferentes regionais e áreas de variados níveis de vulnerabilidade em saúde<sup>(69)</sup> foram realizados grupos de cuidadores familiares, a saber: UBS Salgado Filho - Regional Oeste; Heliópolis e Felicidade II -Regional Norte; Jardim Alvorada - Regional Pampulha; Regina - Regional Barreiro; e João Pinheiro - Regional Noroeste<sup>(68)</sup>, conforme apresentado na Figura 2<sup>(70)</sup>.

Figura 2 . Mapa de Belo Horizonte com as áreas de abrangências das UBS, segundo a classificação de risco.



Todas elas participaram das etapas quantitativa e qualitativa deste estudo. Para identificação dos cuidadores participantes dos grupos, foram verificadas as listas de presença e os nomes dos participantes foram relacionados em uma planilha apresentada à equipe da respectiva UBS (gerente, facilitador e Agente Comunitário de Saúde) para seleção da amostra.

No universo de 91 pessoas presentes nos encontros, 37 foram selecionados, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: cuidadores familiares de pessoas idosas que continuavam exercendo esse papel e que estavam em condições de responder ao questionário. Os critérios de exclusão foram: óbito da pessoa idosa; ser cuidador formal ou profissional da UBS; residir fora da área de abrangência da UBS; não ser localizado ou não aceitar participar. (Apêndice A)

O instrumento de coleta de dados escolhido para a etapa quantitativa consta de 30 questões fechadas (Apêndice B), adaptadas do questionário utilizado pelo Estudo Saúde, Bem estar e Envelhecimento (SABE), realizado em sete países da América Latina e Caribe (<http://www.fsp.usp.br/sabe>), com o objetivo de investigar as condições de vida da pessoa idosa (sociais, econômicas e de saúde, redes de apoio, acesso aos serviços públicos, etc.), incluindo a questão do cuidado<sup>(71)</sup>.

Para a etapa qualitativa, realizou-se uma entrevista aberta (Apêndice C) em local, dia e horário escolhidos pelos 14 cuidadores selecionados. A entrevista aberta fornece dados que se referem diretamente ao indivíduo, constituindo-se uma representação da realidade em relação a suas ideias; crenças; maneira de pensar; de sentir e atuar; opiniões; condutas e razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos<sup>(72)</sup>. O roteiro semi-estruturado de entrevista incluiu questões relativas à percepção dos cuidadores sobre: a) como se sente cuidando de alguém idoso?; b) o que é cuidar?; c) a

participação no grupo: se o grupo ajudou ou não; se teria sugestões para aprimorá-lo.

O número de entrevistas foi regulado pelo critério de saturação, quando a entrevista aberta com novos cuidadores não acrescentaria nenhum dado novo para o estudo<sup>(73)</sup>. As entrevistas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora, permitindo a leitura atenta para identificar categorias analíticas, a interação entre elas e sua articulação com o contexto sociocultural vigente<sup>(72)</sup>.

Visando à padronização e maior domínio dos instrumentos pela pesquisadora, foi realizado um pré-teste junto a cinco cuidadores que não pertenciam ao grupo elegível. Os cuidadores selecionados eram cuidadores familiares que haviam participado de grupos do PQCIF em período anterior a 2013, que pertenciam a uma mesma área de abrangência. Não foram necessários ajustes nos instrumentos testados.

A aplicação do questionário se deu pela própria pesquisadora, em local de escolha do cuidador (UBS de referência ou domicílio), após agendamento realizado pelo facilitador dos grupos da UBS.

Na etapa qualitativa, utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin<sup>(74)</sup>. Para descrever o conteúdo da mensagem de forma objetiva e sistemática, trabalhando as palavras, suas significações e aquilo que está por trás delas, incluindo suas crenças e valores, a análise foi organizada em três etapas:

1. a pré-análise: consiste na organização dos dados com objetivo de sistematizar as ideias e impressões iniciais em um plano de análise;
2. a exploração do material: a partir da leitura atenta das entrevistas, emergem categorias que classificam os elementos da mensagem, dando sentido e certa ordem ao conteúdo das entrevistas, e
3. o tratamento e a interpretação dos resultados para que se tornem significativos e válidos, cabendo ao pesquisador propor inferências, interpretar ou descobrir algo inesperado.

Essa análise permite uma aproximação pesquisador/entrevistado e revela o mais significativo nas respostas, as diferenças entre as falas, o que foi dito ou não <sup>(74)</sup>.

#### **4.1 Aspectos éticos**

Este estudo é parte do projeto "Estudo do processo de desenvolvimento do projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil em Belo Horizonte-MG", aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Anexo A).

Os cuidadores que aceitaram participar deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) - que continha

informações sobre: objetivos e procedimentos da pesquisa, sua participação voluntária e a possibilidade de se retirar da pesquisa a qualquer momento.

## **5 RESULTADOS**

Os resultados deste estudo foram apresentados em forma de um artigo que buscou descrever o perfil dos cuidadores familiares que participaram dos grupos desenvolvidos pelo PQCIF em 2013, as atividades realizadas por eles e os motivos de não realizá-las, bem como o que entendem por cuidado, como percebem sua participação no grupo, se este contribuiu para a tarefa de cuidar e suas sugestões para grupos futuros.

## REFERÊNCIAS

1. Hirata H, Guimarães N. A. Introdução. In: Hirata H, Guimarães N, organizadores. Cuidado e Cuidadoras: as várias faces do trabalho do care. São Paulo; 2012. p. 1- 11.
2. Caldas CP. A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. Textos Envelhecimento. [Internet]. 2000 jul. [Acesso em 2015 mar 30]; 3(4). Disponível em <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-5928200000200004&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-5928200000200004&lng=pt&nrm=iso)>.
3. Pinheiro R. Integralidade em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizador. Dicionários da Educação Profissional em Saúde. 2 ed. Revista Ampliada. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2009. p. 255-262. [Acesso em 2015 fev 15]. Disponível em: <[http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/integralidade\\_em\\_saude.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/integralidade_em_saude.pdf)>
4. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. Cad. Saúde Pública [Internet] 2005 set./out [Acesso em 2014 fev15];21(5):1509-1518. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/24.pdf>>.
5. Louvison MCP, Rosa TEC. Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa. In: Berzins MV, Borges MC, organizador. Políticas Públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari; 2012. p.157-179.
6. Organização Mundial de Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. 60 p.
7. Camarano AA, Pasinato MT. Introdução .In: Camarano AA, organizador. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea; 2004. p.1-22.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2011. Rio de Janeiro: IBGE; 2012. 53 p. [Acesso em 2014 fev 20] Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000010135709212012572220530659.pdf>>.
9. Camarano AA, Mello JL. Introdução. In: Camarano AA, organizador. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010a. p. 13-37.



10.Kalache A. Entrevista. [Acesso em 2015 mar 15].Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1431755-brasil-vive-revolucao-da-longevidade-diz-medico-alexandre-kalache.shtml>.

11.Louvison MCP. et al.Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. Rev. Saúde Pública, [Internet]2008 ago [Acesso em 2015 mar15];42(4):733-40 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0034-89102008000400021&pid=S0034-89102008000400021&pdf\\_path=resp/v42n4/6846.pdf](http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0034-89102008000400021&pid=S0034-89102008000400021&pdf_path=resp/v42n4/6846.pdf)>

12.Ferreira PG. et al.A qualificação do cuidado ao idoso e o apoio a cuidadores familiares na atenção primária para promoção do envelhecimento ativo, cuidado e proteção na velhice. In: Teixeira MG, Rates SMM, Ferreira, J.M. O coletivo de uma construção: o sistema único de saúde de Belo Horizonte.Belo Horizonte: Rona; 2012. p.36-38.

13.Brasil. Portaria 1395/GM de 10 de dezembro de 1999. Brasil Gabinete do Ministro de Estado da Saúde (BR). Portaria n. 1.395 de 9 de dezembro de 1999: aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil 1999;13 Dez . Seção I, n.237-E, p.12. [Acesso em 2014 jan17].Disponível em: <[http://crn3.org.br/legislacao/doc/Portaria\\_1395\\_de\\_10\\_12\\_1999.pdf](http://crn3.org.br/legislacao/doc/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf)>.

14.Sartini CM, Correia AM. Programa Maior Cuidado: qualificando e humanizando o cuidado. Pensar/BH Política Social. 2012 mar. (31):10-13.

15.Paschoal SMP, Franco RP, Salles RFN. Epidemiologia do envelhecimento. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Revista Ampliada. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 39-56.

16.Minayo MCS. Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In: Trench B, Rosa TEC, organizadores. Nós e o outro: o envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa. Instituto de Saúde. São Paulo; 2011. p. 7-15.

17.Moraes EN. Saúde do idoso. In: Moraes EN. Atenção à saúde do Idoso: aspectos conceituais. Brasília: OPAS/MS; 2012. p.9-20

18.Neri AL. Palavras chave em gerontologia. Campinas: Alínea; 2008.p. 40-43.

19.Beauvoir S. Preâmbulo. In: Beauvoir S. A velhice.Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990. p. 15-48.

20.Chaimowicz FA. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 106-130.

21. Neri AL. Feminização da velhice. In: Neri AL, organizador. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Perseneu Abramo; 2007. p. 47-64.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico, 2010. [Acesso em 2014 jan 21]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>.
23. Giacomini KC et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet] 2008 [Acesso em 2014 fev 15]; 24(6):1260-1270. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/07.pdf>>.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, 2008. [Acesso em 2014 jan 17]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
25. Azevedo F. O arroz de palma. 6. ed. Rio de Janeiro: Record; 2012. 364 p.
26. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasil, 2001.
27. Aquino FTM, Cabral BES. O idoso e a família. In: Freitas EV. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.1056-1060.
28. Santos SA. O cuidado a idosos fragilizados no âmbito da família: questões que se propõem à teoria e à pesquisa em gerontologia e às políticas públicas em relação à velhice. In: Santos SA. Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: Alínea; 2010. p.13-27.
29. Camarano AA, Mello JL. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: Camarano A. A, organizador. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010a. p.67-91.
30. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico; 1988. 292 p.
31. Camarano AA, Pasinato O. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano AA, organizador. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea; 2004. p.252-292.
32. Minas Gerais. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à saúde em Belo Horizonte. Oficina 1 – Análise da atenção primária à saúde. Belo Horizonte: ESPMG; 2009. 112 p. (Guia do tutor/Facilitador).

33.Lemos CES. Entre o Estado, as famílias e o mercado. SESC. Sinais Sociais, Rio de Janeiro. 2013 maio-ago; 8(22):39-61.

34.Brasil. O Estatuto do Idoso e Outros Atos Legais. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos; 2010. 46 p.

35.Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Portaria do Gabinete do Ministro do Estado da Saúde, nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil 2006; [Acesso em 2014 jan17]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>.

36.Brasil. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. 1993. Diário Oficial [da] União 1998; Brasília, 8 dez. [Acesso em 2014 jan17]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm)>.

37.Brasil. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social; 2004. 59 p. [Acesso em 2014 jan 17].Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/pnas\\_final.pdf](http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/pnas_final.pdf)>.

38.Borges MCM. A pessoa idosa no sistema único de assistência social. In: Berzins MV, Borges MC. Políticas públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martini; 2012. p. 99-124.

39.Brasil. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. 1994. Diário Oficial [da] União 1994; Brasília, 5 jan. [Acesso em 2014 jan17]. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm)>.

40.Brasil.Lei n.10.741, de 1º de outubro de 2003.Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] União 2003; Brasília, 3 nov [Acesso em 2015 jun 11]. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm)>.

41.Faleiros VP. Cidadania: os idosos e a garantia de seus direitos. In: Neri AL, organizador.Idosos no Brasil – vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseneu Abramo; 2007. p. 151 – 167.

42.Brasil.Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399 GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, 2006. 47 p. [Acesso em 2014 fev14]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf)>.
44. Oliveira CS. Cuidado centrado na pessoa e comunicação verbal. [Dissertação] Portugal: Escola Superior de Aveiro, Universidade de Aveiro; 2013. [Acesso em 2013 nov 15]. Disponível em: <<http://ria.ua.pt/bitstream/10773/11435/1/disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>>.
45. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Caderno de Saúde Pública [Internet]. 2003 mai-jun. [Acesso em 2015 abr 12].;3(19). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>
46. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 2013. p.100-123.
47. Zelizer V. A economia do care. In: Hirata H, Guimarães NA, organizadores. Cuidado e Cuidadoras: as várias faces do trabalho do care. São Paulo; 2012. p. 15-28.
48. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO; 2009.p. 75-105. [Acesso em 2015 fev 12] Disponível em: URL: <<http://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/miolo-livro-ricardo.pdf>>.
49. Foucault M. Hermenêutica do Sujeito. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2006. p. 4-239.
50. Yuaso DR. Cuidadores de idosos dependentes no contexto domiciliário. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Revista Ampliada. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 711- 717.
51. Silva EBN, Neri AL. Questões geradas pela convivência com idosos: indicações para programas de suporte familiar. In: Neri AL, organizador. Qualidade de vida e idade madura. 5 ed. Campinas: Papirus; 2003. p. 213-235.
52. Pavarini SI, Neri AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte YAO, Diogo MJD, organizadores. Atendimento Domiciliário: Um Enfoque Gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.p.49-70.

53. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 50-58.

54. Ferrioli E. et al. O idoso frágil. In: Freitas EV. et al., organizador. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 1014-1018.

55. Fried LP. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Mar;56(3):M146-56.

56. Duarte YAO, Lebrão ML. Fragilidade e envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, editor. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 1285-1298.

57. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG; 2006. 186 p.

58. Duarte YAO. et al. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento). In: Camarano AA, organizador. Cuidados de longa duração para população idosa: um risco social a ser assumido? Rio De Janeiro: Ipea; 2010. p.123-144.

59. Kuchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas, novos desafios. *Soc. estado*. [Internet] 2012 jan/abr. [Acesso em 2014 jul 04]; 27(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf> .

60. Aristóteles. Política. 3 ed. Tradução de Mário da Gama Kury. Brasília: Universidade de Brasília – UNB; 1997. 1253p.

61. Pichón-Riviére E. O processo grupal (El proceso grupal). Tradução de Marco Aurélio Fernandes Velloso. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

62. Monteiro MAA. et al. Análise do conceito de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem. *REME – Rev. Min. Enf.* [Internet] 2005 jul./set [Acesso em 2014 fev 15]; 9(3):247-252. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/469>>.

63. Silva DGV. et al. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2003 jan./mar.; 12(1): 97-103.

64. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 45. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013. 92 p.

65. Dias VP, Silveira TS, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Revista APS*. 2006 abr./jun. 12(2):.221.227.

66.Soratol DM. et al. Cuidar e ser cuidado pelo grupo de apoio protegido. *Psicol. estud.*, [Internet] 2010 out./dez [Acesso em 2013 dez 1]; 15(4):751-759. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n4/v15n4a10.pdf>>.

67.Lopes LO, Cachionill, M. Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. *J. bras. psiquiatr.*, [Internet] 2012[Acesso em 2014 jan 21 jan].; 61(4):252-261. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n4/09.pdf>>.

68.Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Educação em Saúde; 2014. (Dado não publicado).

69.Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2013. [Acesso em 2015 mar 21].Disponível em: URL:<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?...relatorio-de-gestao-2013...pdf>.

70. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Epidemiologia Noroeste, 2014. (Dado não publicado)

71.Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.*[Internet]2005 jun [Acesso em 2014 jan 21]; 8(2): 127-141. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v8n2/05.pdf>>.

72.Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. São Paulo: Ed. Hucitec, Rio de Janeiro:ABRASCO; 1998.

73.Fontanella BJB. et al.Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*[Internet]. 2011[Acesso em jun 10];27(2): 389-94. Disponível em : URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en).

74.Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006. 223 p.

**ARTIGO****GRUPO DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS FRÁGEIS: PORTA  
ABERTA PARA O SERVIÇO, JANELA PARA O CUIDADO.**

Paula Ferreira Chacon<sup>1</sup>

Karla Cristina Giacomin<sup>2</sup>

Mônica de Assis Fontes Silva<sup>3</sup>

Patricia Guimaraens Ferreira<sup>4</sup>

Elizabeth Costa Dias<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup>Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência - UFMG  
Vínculo: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte  
Rua Dom Lúcio Antunes, 424 apto. 902 - Coração Eucarístico - Belo Horizonte - MG  
e-mail: [paulafchacon@yahoo.com.br](mailto:paulafchacon@yahoo.com.br). autor para correspondência.

<sup>2</sup>PhD em Ciências da Saúde  
Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento - Nespe Fiocruz/UFMG  
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte  
Av. Afonso Pena, 2.336 - 5º andar - Funcionários - Belo Horizonte - MG  
[e-mail:kcgiacomin@hotmail.com](mailto:kcgiacomin@hotmail.com)

<sup>3</sup> Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência  
vínculo: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte  
Rua Curral Del Rei, 209 apto. 102 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte- MG  
[e-mail:monicaassis@hotmail.com](mailto:monicaassis@hotmail.com)

<sup>4</sup>Mestre em Promoção da Saúde de Prevenção da Violência  
Vínculo: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte  
Av. Afonso Pena, 2336 - 5º andar - Funcionários - Belo Horizonte - MG  
e-mail: [patriciaidoso@pbh.gov.br](mailto:patriciaidoso@pbh.gov.br)

<sup>5</sup>Doutorado em Saúde Coletiva pela UNICAMP  
Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade  
Federal de Minas Gerais.  
Av. Alfredo Balena, 190 - 8º andar - sala 817 - Santa Efigênia- 30-130-100 Belo Horizonte - MG  
e-mail: [bethdias@medicina.ufmg.br](mailto:bethdias@medicina.ufmg.br)

## RESUMO

O presente estudo buscou compreender a percepção do cuidador familiar de idosos frágeis sobre o cuidado e sobre sua participação nos grupos de cuidadores instituídos pelo Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil, implantado pela Prefeitura de Belo Horizonte (MG), em 2009. Tratou-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, que utilizou questionário estruturado para traçar o perfil dos participantes e entrevistas abertas guiadas por roteiro semiestruturado para compreender a mudança no modo de cuidar na percepção dos cuidadores. Participaram dos grupos 91 pessoas das quais 37 eram cuidadores familiares que responderam ao questionário e destes 14 foram entrevistados. Os cuidadores que participaram do estudo eram mulheres (94,6%), com idade média de 59 anos ( $\pm 13$ anos); 51,4% com renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos. Mais de 75% residem em casa própria - próximo ou com a pessoa idosa. O cuidado era exercido por um membro da família, que cuidava sozinho, ao longo das 24 horas. O ato de cuidar impôs restrições ao cuidador, observando-se que 62,2% não saíam para lugares públicos nem participavam de grupos ou atividades sociais e de lazer na comunidade e frequentemente abandonaram o trabalho. No campo de fala dos entrevistados, cuidar significa atender as necessidades da pessoa idosa e desperta sentimentos diversos que incluem realização, solidão e cansaço. Reconheceram que o grupo de cuidadores contribuiu para mudanças positivas no cuidado do outro e de si, favorecendo o vínculo com o serviço de saúde. Sugeriram o prosseguimento dos encontros; a inclusão do



tema institucionalização e a disponibilização de um cuidador formal pelo município para substituí-los no domicílio. Assim, grupos de cuidadores informais, conduzidos por profissionais da atenção primária à saúde, podem e devem ser incentivados e incrementados, uma vez que abrem portas para o serviço, qualificam o cuidado e possibilitam a compreensão da importância do cuidado de si e do outro. O apoio ao cuidador é um preceito legal e deve ser reconhecido pelos gestores públicos como estratégia de atenção e cuidado a uma população até então invisível ao serviço: os cuidadores familiares.

**Palavras-Chave:** Idoso. Cuidadores. Grupos de Autoajuda. Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

The present study aimed at comprehending the perception of the familial caregiver of fragile elderly on care and on his/her participation on caregiver groups of the Qualification of Care for the Fragile Elderly Project (QCFEP) established by the government of Belo Horizonte (MG), in 2009. This was an exploratory descriptive study, with both a quantitative and qualitative approach, that used a structured questionnaire to describe the profile of the participants and open interviews guided by a semi-structured script to comprehend the changes on the way of caring through the perception of the caregivers. A total of 91 individuals participated on the study, 37 were familial caregivers who answered the questionnaire and 14 of these were interviewed. The caregivers

who participated in this study were women (94.6%), with average age of 59 years ( $\pm$  13 years); 51.4% with family income between 2 and 3 minimum salaries. Over 75% live at their own house or with the elderly person. A family member cares alone for the elderly, 24 hours per day. The act of caring imposes restrictions to the caregiver: 62.2% do not go out to public places nor do they take part of social and leisure activities in the community. They frequently abandon work. During the interviews, the individuals report that caring means meeting the elderly person's needs and it brings out several feelings, such as accomplishment, loneliness and fatigue. They recognize that the caregiver group contributes to positive changes on self-care and care for others, optimizing bonding with the health service. They suggest the continuation of the meetings, inclusion of the topic institutionalization and the availability of a formal caregiver by the government in order to replace them when needed. Thus, informal caregiver groups, conducted by primary health care professionals can and should be encouraged and developed, since they open doors to the health service, qualify care and enable the comprehension of the importance of both self care and care for others. Caregiver support is a legal precept and should be recognized by the public managers as a strategy of attention and care for a population that was, up to that point, invisible to the service: the familial caregivers.

**Key words:** Elderly. Caregivers. Self Help Groups. Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

Cuidar e ser cuidado é inerente à condição humana em todas as fases da vida. Assume-se Cuidado como direito, compromisso e responsabilidade com o bem estar e a cidadania da pessoa cuidada e seu cuidador, com garantia de tratamento digno e respeitoso, de acordo com a singularidade de cada sujeito<sup>(1)</sup>. Uma atitude de zelo e atenção, em que cuidar do outro é preocupar-se e estar atento às suas necessidades. Este conceito polissêmico relaciona-se tanto com a atitude quanto com a ação de cuidar<sup>(2)</sup>.

Buscar novas maneiras de cuidar é imprescindível, diante do envelhecimento acelerado da população brasileira, que vem acompanhado de maior prevalência de doenças crônicas e de limitações funcionais, tornando-se um desafio para a saúde pública<sup>(3)</sup>. Assim faz-se necessário transformar a prática de atenção à saúde da pessoa idosa para postergar doenças e proporcionar maior tempo de vida com qualidade<sup>(4)</sup>.

No Brasil, cerca de 25 milhões de pessoas têm 60 anos e mais<sup>(5)</sup>. Dados da PNAD<sup>(6)</sup> apontam que 15,6% da população idosa apresentam algum grau de incapacidade funcional, condição que determina a necessidade de cuidados e a presença de um cuidador<sup>(7)</sup>. Com frequência, a família assegura esse cuidado<sup>(8)</sup>, provido pelas mulheres, que cuidam sozinhas e de modo intuitivo<sup>(7)</sup>. Contudo, sabidamente, “a tarefa de cuidar de um adulto dependente é

desgastante e implicará riscos de tornar doente e igualmente dependente o cuidador”<sup>(9)</sup>.

Neste cenário, fica evidente a demanda por intervenções públicas que respondam a necessidade de assistência qualificada e de suporte às pessoas idosas e seus familiares - principais agentes do cuidado.

Buscando apoiar o cuidador familiar de pessoas idosas frágeis, a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte desenvolve duas ações inovadoras: o Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil (PQCIF) e o Programa Maior Cuidado. O primeiro, implantado em 2009, pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, com apoio do Ministério da Saúde, tem o propósito de qualificar os profissionais da atenção primária, em interface com demais níveis de atenção e de criar grupos de cuidadores familiares de pessoas idosas frágeis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>(10)</sup>. O segundo, em funcionamento desde 2011, tem o objetivo de qualificar e humanizar o cuidado no domicílio, fortalecer o cuidado familiar e evitar hospitalizações e institucionalizações das pessoas idosas. Embora de amplitude ainda reduzida – são 127 cuidadores para o município que atendem pouco mais de 700 idosos – é prevista a contratação de cuidadores formais para colaborar e, em alguns casos, substituir o cuidador familiar em algumas tarefas, a fim de permitir que ele exerça atividades fora de casa<sup>(11)</sup>, inclusive participar de grupos de cuidadores do PQCIF. Tais grupos realizam atividades que proporcionam a troca de informações de forma

interativa e participativa, além de acolher o cuidador em suas dificuldades relacionadas ao cuidado de si e do outro.

Trabalhar em grupo com cuidadores familiares de idosos frágeis é uma possibilidade de apoio a este agente do cuidado que necessita transformar suas atitudes, especialmente consigo mesmo, buscando novas habilidades para lidar com o cuidado da pessoa idosa e com seu próprio cuidado<sup>(12)</sup>.

Portanto, o objetivo do presente estudo foi compreender a percepção do cuidador familiar de idosos frágeis sobre o cuidado e sobre a sua participação nos grupos instituídos pelo PQCIF.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, que investigou cuidadores familiares que participaram de grupos de cuidadores promovidos pelo PQCIF, no ano de 2013.

A primeira etapa, de natureza quantitativa, buscou caracterizar os participantes por meio da aplicação de questionário. Na segunda etapa, qualitativa, realizaram-se entrevistas individuais junto a cuidadores familiares para investigar sua percepção sobre o cuidado e sua participação nos grupos.

O estudo foi realizado em Belo Horizonte/MG, cidade que conta com 299.572 mil idosos<sup>(13)</sup>, assistidos em 147 UBS, por 583 equipes de Saúde da Família, com cobertura de 83% do território<sup>(14)</sup>.

No ano de 2013, seis UBS de diferentes níveis de vulnerabilidade em saúde<sup>(15)</sup> realizaram grupos do PQCIF. Os cuidadores elegíveis para o estudo foram identificados através das listas de presença e selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: permanecer cuidador de um familiar idoso e estar em condições de responder ao questionário. Os critérios de exclusão foram: óbito da pessoa idosa; ser cuidador formal ou profissional da UBS; residir fora da área de abrangência da UBS; não ser localizado ou não aceitar participar.

Para desenhar o perfil dos cuidadores foi feita adaptação do questionário utilizado pelo Estudo Saúde, Bem estar e Envelhecimento (SABE), realizado em sete países da América Latina e Caribe (<http://www.fsp.usp.br/sabe>), com o objetivo de investigar as condições de vida do idoso, que inclui a questão do cuidado<sup>(16)</sup>. Foram selecionadas 30 questões fechadas abrangendo as seguintes variáveis: a) Características sociodemográficas do cuidador: sexo, idade, escolaridade, local de moradia, vínculo de parentesco com a pessoa cuidada e religião; b) a condição de trabalho do cuidador: se está trabalhando; se parou de trabalhar para cuidar; se contribui para previdência; c) informações sobre a atividade de cuidado: tempo gasto, apoio da família e formação específica e d) atividades avançadas de vida diária (sociais, produtivas e de

lazer), realizadas pelo cuidador. A aplicação do questionário aconteceu na UBS de referência ou no domicílio, conforme escolha do cuidador.

Participaram da etapa qualitativa, cuidadores familiares que contemplavam a multivocalidade quanto ao gênero, idade, parentesco com a pessoa cuidada, local de moradia, tempo de cuidado e o território. Realizou-se uma entrevista aberta com duração de 30 minutos, em local, dia e horário escolhidos pelo cuidador que será identificado respectivamente, pelo gênero (letras M para mulher e H para homem), pelo número correspondente à ordem da entrevista, idade e estado civil, garantindo assim o seu anonimato. As entrevistas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora. Foi utilizado roteiro semi-estruturado para a entrevista, incluindo as seguintes questões: a) como se sente cuidando de alguém idoso?; b) o que é cuidar?; c) a participação no grupo: se o grupo ajudou ou não; se teria sugestões para aprimorá-lo. O número de entrevistas foi definido segundo o critério de saturação<sup>(17)</sup>. Foi realizado um pré-teste com cuidadores familiares que haviam participado do grupo do PQCIF em período anterior a 2013, visando à padronização e maior domínio do instrumento pela pesquisadora.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Os cuidadores que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que continha

informações sobre: objetivos e procedimentos da pesquisa, sua participação voluntária e a possibilidade de se retirar da pesquisa a qualquer momento.

Os dados obtidos a partir da aplicação do questionário foram organizados em banco de dados e o software *Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version* (SPSS), versão 18.0, foi utilizado para os procedimentos estatísticos, cálculo da frequência, medida de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão). Os dados obtidos nas entrevistas foram organizados e seu conteúdo analisado segundo o método proposto por Bardin <sup>(18)</sup>, em três etapas: a) pré-análise na qual buscou-se sistematizar as ideias e impressões iniciais em um plano de análise; b) a exploração do material feita a partir da leitura atenta das entrevistas, visando identificar as categorias que classificam os elementos da mensagem, dando sentido e certa ordem ao conteúdo das entrevistas e c) o tratamento e a interpretação dos resultados para que se tornem significativos e válidos.

## **RESULTADOSE DISCUSSÃO**

Trinta e sete cuidadores familiares responderam o questionário, cujos resultados consolidados estão apresentados na Tabela 1.



Tabela1. Características sociodemográficas de cuidadores de idosos (Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil- BH/MG – 2014)

Variáveis	Categorias	N= 37 ( %)
<b>Sexo</b>	masculino	5,4
	feminino	94,6
<b>Faixa etária</b>	< 50	29,8
	51-59	21,6
	60-69	32,4
	70 ou +	16,2
<b>Estado Conjugal</b>	solteiro	35,1
	casado/amasiado	32,4
	separado/desquitado/divorciado	16,2
	viúvo	16,2
<b>Anos completos de escolaridade</b>	nenhum	10,8
	de 1 a 3	13,5
	de 4 a 7	37,8
	mais que 8	37,8
<b>Renda própria do cuidador</b>	sim	75,7
	não	24,3
<b>Renda familiar (s.m* da época)</b>	1	18,9
	2 a 3	51,4
	4 e 5	18,9
	> 5	8,1
<b>Local de moradia</b>	junto com o idoso	70,3
	próximo ao idoso	24,3
	distante do idoso	5,4
<b>Tipo de arranjo familiar (nºpessoas no domicílio do cuidador)</b>	mora sozinho	5,4
	2 pessoas	24,3
	3 a 4 pessoas	45,9
	5 ou mais pessoas	24,3
<b>Grau de parentesco com a pessoa idosa cuidada</b>	Cônjuge/companheiro	10,8
	Filho/enteado	62,2
	Irmão	10,8
	Genro/nora	8,1
	Outro familiar	8,1

\*s.m= salário mínimo no valor de R\$ 724,00

O perfil sociodemográfico encontrado neste estudo assemelha-se aos descritos na literatura brasileira<sup>(16)</sup> e de países como Itália, Holanda<sup>(19)</sup> e Portugal<sup>(20)</sup>, onde o cuidado é realizado por um membro da família, geralmente mulher (94,6%),

com idade média de 59 anos ( $\pm 13$  anos), sendo a faixa etária predominante de 60 a 70 anos ou mais, demonstrando que são idosos que mesmo experimentando limitações devidas ao seu próprio envelhecimento, continuaram exercendo a tarefa de cuidar, expondo-se a problemas de saúde, desgastes físico e emocional, sobrecarga, além do comprometimento do próprio cuidado<sup>(21-22)</sup>. A renda familiar variou entre 2 e 3 salários mínimos (51,4%), sendo que 75,7% dos cuidadores têm renda própria advinda de aposentadoria. Mais de 75% residem em casa própria, com a pessoa idosa ou próximo a ela, confirmando outros estudos brasileiros<sup>(16)</sup>. Cuidadores e pessoas idosas residem com 2 a 5 pessoas ou mais (94,5%). Na maioria dos casos o familiar cuida do idoso ao longo de 24 horas (45,9%), por muitos anos, necessitando por vezes abandonar ou reduzir suas atividades de trabalho, sociais e de lazer, pois não contam com ajuda (32,4%) e não tem preparo para o cuidado (97,3%). Sobre a escolaridade, 75,6% dos cuidadores têm de quatro a oito anos de estudo e se consideram capazes de ler um recado (89,2%).

A preponderância da mulher no exercício do cuidado domiciliar advém de normas e valores culturais vigentes na sociedade, onde a mulher é a cuidadora do lar, do cônjuge, dos filhos e mais tarde de seus pais<sup>(7)</sup>.

Em Cuba, como demonstrado neste estudo, os cuidadores são mulheres (filhas, esposas e noras), que cuidam sozinhas, com média de idade de 52 anos, predominando a faixa etária de 60 anos ou mais, porém apresentam um nível de escolaridade mais alto, com ensino médio completo<sup>(23)</sup>. Estudo

realizado no interior da Bahia demonstra que os cuidadores têm baixa escolaridade e renda familiar de até um salário mínimo <sup>(24)</sup>, divergindo deste estudo onde os cuidadores vivem em melhores condições sociais.

No grupo pesquisado, a maioria professa o cristianismo, sendo 59,5% católicos; 32,4% evangélicos, 2,7% espíritas e 5,4% afirmam não ter religião. No nosso meio, a religiosidade representa uma estratégia de enfrentamento para lidar com problemas relacionados ao cuidado, embora revele certo fatalismo diante da falta de alternativas e do apoio de políticas públicas <sup>(7)</sup>.

Quanto à inserção dos cuidadores no mercado de trabalho, 48,6% deles não exercem ocupação formal, porém 35,1% se encontram aposentados, o que garante renda própria ao cuidador. Realidade diferente daquela de pesquisa italiana, na qual 80% dos cuidadores familiares de pessoas idosas eram mulheres, com idade entre 25 e 49 anos e estavam fora do mercado de trabalho em consequência da tarefa de cuidar <sup>(19)</sup>.

Por sua vez, a atividade de cuidar, muitas vezes, obriga a pessoa que cuida a reduzir sua jornada de trabalho ou deixar o trabalho formal<sup>(25)</sup>, situação compatível com 18,9% dos cuidadores entrevistados. Destes, 32,4% relataram estar contribuindo para a previdência social, o que lhes garante auxílio doença, se necessário, e aposentadoria futura.

No presente estudo, o cuidado com a pessoa idosa demanda da família uma dedicação muitas vezes exclusiva e por longo período de tempo, variando de 1 a 26 anos, com exceção de uma cuidadora de 88 anos que cuida de seus irmãos há pelo menos 70 anos. Das pessoas cuidadas, 45,9% necessitavam de cuidado por 24 horas. Em Portugal, o tempo de cuidado é permanente e por muitas horas, podendo desencadear limitações na vida cotidiana, na saúde e no bem estar do cuidador<sup>(20)</sup>. Com a progressão da dependência, é maior o desgaste de quem cuida, especialmente sendo ele(a) também idoso(a)<sup>(21)</sup>.

Quanto ao apoio da família, 32,4% disseram não ter ninguém para ajudar. Outra carência evidenciada no grupo: 97,3% disseram não ter preparo para o cuidado. Esses dados concordam com Caldas<sup>(26)</sup> ao afirmar a necessidade de oferecer oportunidades de preparação para os cuidadores.

Ademais, o cuidado impõe aos cuidadores familiares limitações para realizar atividades relativas a convívio social e familiar, lazer e cuidado de si. Na Tabela 2 estão apresentadas as atividades exercidas ou não pelos cuidadores.

Tabela 2. Atividades sociais, produtivas e de lazer realizadas pelos cuidadores familiares

Atividades sociais, produtivas e de lazer da vida diária	SIM	NÃO
	%	
Mantém contato com outras pessoas por meio de telefone ou outros meios	89,2	10,8
Visita amigos ou familiares com frequência	48,6	51,4
Convida outras pessoas para virem à sua casa	86,5	13,5
Sai com outras pessoas para lugares públicos (praças, bares, etc.)	37,8	62,2
Cuida ou provê assistência a outras pessoas	51,4	48,6
Trabalha como voluntário	13,5	86,5
Participa de atividades sociais organizadas (clube, grupos religiosos, de convivência ou terceira idade)	40,5	59,5
Participa de associações civis, conselhos, lideranças comunitárias, partidos políticos	5,4	94,6
Costuma se reunir com seus colegas/amigos para se divertir	48,6	51,4
Faz trabalhos manuais	24,3	75,7

Os cuidadores participantes do estudo relataram preservar sua relação com amigos e familiares, por meio de contatos telefônicos (89,2%) e convites para vir à sua casa (86,5%), mas não saem para lugares públicos (62,2%) nem participam de grupos e atividades da comunidade. Atividades sociais que exigem a saída dos cuidadores são realizadas por 40,5% deles.

O Gráfico1 demonstra os motivos que levam os cuidadores a não exercerem as atividades sociais, produtivas e de lazer. O principal deles é a sobrecarga, seguido da falta de interesse pela atividade ou não ter com quem deixar a pessoa idosa. A categoria “outros” representa principalmente, a falta de oportunidade e de recursos financeiros, não contempladas nos itens anteriores.

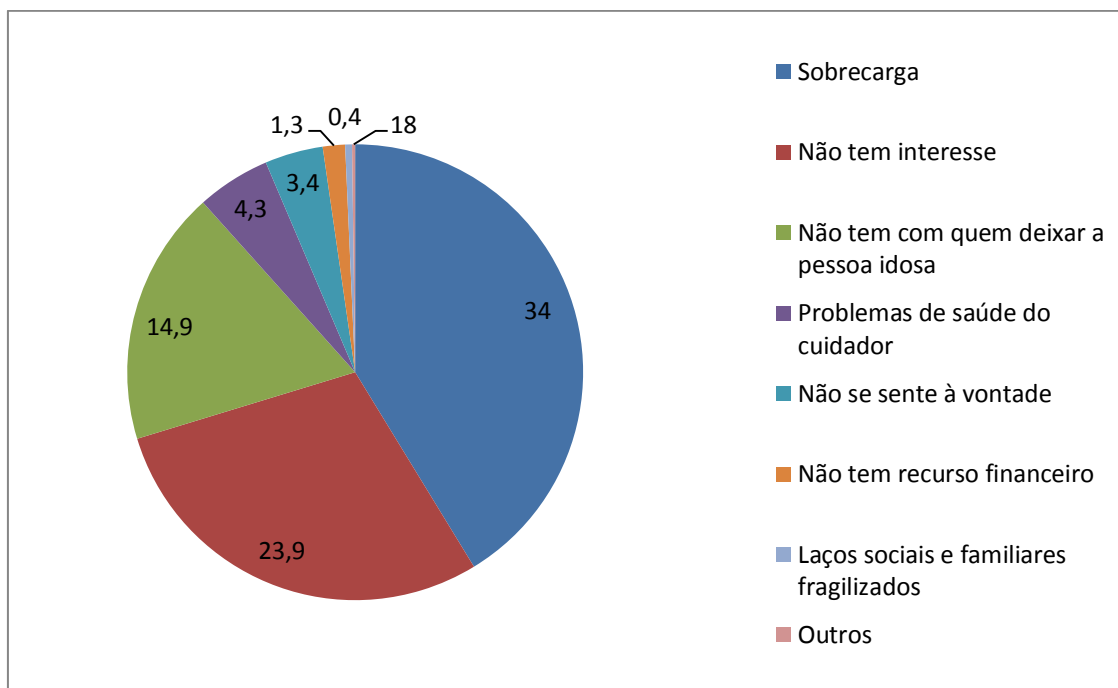


Gráfico 1. Distribuição percentual das razões alegadas pelos cuidadores para não exercerem as atividades sociais, produtivas e de lazer.

Os dados apresentados no gráfico mostram que a sobrecarga é o principal motivo para os cuidadores não saírem de casa, pois cuidam sozinhos e acumulam tarefas. O segundo motivo é a falta de interesse que advém de laços sociais e familiares fragilizados relatado por eles como “*não tenho companhia*”; “*nem sempre estou disponível*”; “*não conheço pessoas*”, “*não sou chamada para sair*”.

Esse achado concorda com outros estudos nos quais cuidadores afirmam não participar de atividades sociais porque dedicam a maior parte de seu tempo aos cuidados com seu familiar ou pela falta do apoio de outra pessoa para cuidar <sup>(25)</sup>. As relações sociais ficam comprometidas pelo cuidado, pois a

família e os amigos não entendem as mudanças ocorridas com a pessoa idosa e se afastam<sup>(27)</sup>, além dos conflitos familiares que emergem por falta de apoio no cuidado e isolamento social<sup>(25)</sup>. Assim, a presença de outra pessoa para substituir o cuidador possibilita que este cuide de si e saia de casa para realizar atividades de lazer e convívio social, contribuindo para a qualidade do cuidado.

Para compreender como os cuidadores familiares percebem o cuidado, o cuidar e o grupo do PQCIF, foram entrevistados doze mulheres e dois homens, com idades entre 37 e 88 anos. Sete cuidadores eram casados(as), quatro solteiros(as), dois separados(as) e um viúvo. Apenas três não residiam com a pessoa idosa. A maioria cuidava dos pais, quatro dos cônjuges, dois de irmãos e uma mulher da sogra. Uma entrevistada precisou parar de trabalhar para cuidar do marido.

As categorias analíticas criadas à partir da transcrição e leitura atenta das entrevistas, permitiram fragmentá-las<sup>(28)</sup> em 27 unidades de significado relacionadas ao cuidado. A análise de conteúdo focalizou, primeiramente, categorias, que versavam sobre: a) a pessoa de quem cuida; o que é cuidar; efeitos decorrentes do cuidado na vida do cuidador, incluindo o comprometimento da própria saúde e a necessidade de ajuda; b) a avaliação sobre a participação no grupo de cuidadores; c) sugestões para grupos futuros. Feito isso, buscou-se a interação entre as categorias e sua articulação com o contexto sociocultural vigente. À análise emergiram três grandes categorias

temáticas: “O que é cuidar”; “A avaliação do grupo de cuidadores” e “Sugestões para grupos futuros”.

### **“O que é cuidar”**

Nesta categoria os entrevistados relataram o significado do cuidado, como se sentem cuidando e por que cuidam. No campo de fala dos cuidadores, o cuidado é definido em palavras e sentimentos como “amor”, “carinho”, “atenção”, “preocupação”, “dedicação”, “zelo”, “parceria”, “oração”, “gentileza”, “oportunidade”, “responsabilidade”, “não maltratar”, “prazer”, “obrigação” e “missão”. Para esta esposa:

*“Cuidar é dar atenção na hora certa, remédio na hora certa, o banho, tem que cuidar, ficar olhando se ele tá bem, a comida na hora certa... (...) eu levanto de noite, dou remédio, banho, eu olho, olho a pele, olho as unhas...” (M9, 66 anos, casada).*

Os cuidadores reconheceram que estão cuidando quando realizam atividades relativas à alimentação, higiene, medicação, consultas. Porém, para o cuidador homem, cuidar inclui assumir os cuidados com a casa:

*“É a casa. É o seguinte: eu lavo roupa, eu faço comida, arrumo a casa. Dentro de casa eu dou muito apoio pra ela.” (H2, 68 anos, casado).*

Tal posicionamento difere do encontrado em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, cujos participantes não incluem no cuidado as atividades domésticas. Realizam o cuidado como “retribuição”, “obrigação” e para “suprir



necessidades” do familiar idoso <sup>(29)</sup>. De todo modo, cuidar envolve múltiplas atividades e responsabilidades que se diferenciarão segundo a pessoa que cuida e é cuidada, perpassando por características de gênero, idade, escolaridade, condições socioeconômicas, culturais e rede de apoio, bem como pelas dimensões físicas, emocionais e relacionais<sup>(7)</sup>. Essa experiência heterogênea, influenciada por valores culturais, e muitas vezes não escolhida ou esperada, pode-se dar de diferentes formas e despertar sentimentos múltiplos <sup>(30,7)</sup>.

No universo pesquisado, as pessoas cuidam porque sempre cuidaram, por obrigação moral, filial ou marital ou por desígnio divino. Para esta mulher:

*“Porque a mulher que não cuida do marido ela tá boa de jogar fora... sempre cuidei.” (M4, 83 anos, casada).*

Deus emerge como explicação para cuidar e para continuar cuidando, como nesta fala:

*“...graças a Deus vai levando os dois velhinhos, cuidando um do outro”. (M4, 83 anos, casada)*

A fé proporciona força, esperança e conforto para lidar com a sobrecarga e a solidão do cuidado <sup>(7)</sup>.

Perguntados como se sentem cuidando, inicialmente os cuidadores disseram sentir-se bem, como neste excerto:

*“Pra falar a verdade, eu me sinto muito bem. Pra mim eu sinto que é uma oração que eu faço. Faço com a maior boa vontade, não queixo de nada...” (M8, 75 anos, solteira).*

Visão semelhante do cuidado como algo que faz bem e traz recompensa é relatada pela cuidadora mais velha do grupo - cuidadora dos irmãos há 70 anos. Ela percebe no cuidado o sentido para sua vida e sintetiza:

*“Muito feliz. Muito feliz mesmo. Só alegria” (M1, 88 anos, solteira).*

Cuidadores portugueses também percebem o cuidado como algo que traz dignidade, satisfação e gratidão da família pelos cuidados recebidos <sup>(20)</sup>. Porém, o cuidado interfere na rotina diária dos cuidadores. Uma viúva, cuidadora da mãe, explica:

*“Ah, eu gosto de cuidar, mas só que é um pouco pesado. Ih... eu fico muito presa, os meus irmãos não me ajudam. Eles que tem festa, eles vão pra festa” (M3, 59 anos, viúva).*

Emergem nas entrevistas dificuldades no cuidado de pessoas, idosas ou não, em razão da falta de apoio, do envolvimento afetivo e de relações prévias conflituosas, como explica esta mulher:

*“...ele toda vida não foi um bom marido, entendeu? Eu sofria demais, ele foi muito ruim mesmo, pegava faca... então foi muito sofrimento” (M9, 66 anos, casada).*

Para Caldas <sup>(27)</sup> a qualidade do relacionamento familiar determina a forma de cuidar. Conflitos familiares, desarmonia e incompatibilidade de valores

comprometem a qualidade do cuidado, e desafiam a obrigação imposta pela legislação de que o cuidado é responsabilidade, em primeiro lugar, da família.

Interessante notar que ao ser perguntado sobre o sentimento em relação ao cuidado todos começaram utilizando expressões positivas como *“sentir bem”*, *“ser útil”*, *“dever cumprido”*, *“satisfação”*, *“cuidar por amor”*, *“oportunidade de aproximação com a pessoa idosa”*. Porém, se descreveram como *“impacientes”*, *“fatigadas”* e *“presas”* pelo cuidado e, ao falar sobre a pessoa de quem cuidam, realçaram características negativas, tais como *“teimosa”*, *“ranzinza”*, *“nervoso”*, e infantilizaram a pessoa cuidada: *“é como se fosse uma criança”*, *“igual ao feto”*. Diante das dificuldades e angústias geradas no cuidado, sentimentos variados, conflituosos e ambíguos, emergem nas falas desses cuidadores.

*Ah, eu me sinto bem né? Só que às vezes eu fico um pouco impaciente, porque eu saí do emprego, eu larguei tudo (M7,45 anos, solteira)*

O acúmulo de tarefas e responsabilidades que o cuidar exige modificam a vida dos entrevistados. Essa constatação da interferência do cuidado nas atividades sociais e de lazer já verificada na etapa quantitativa (Tabela 2) traduz-se nas narrativas por termos como: *“cansada”*, *“doente”*, *“não contar com ajuda de outros familiares”*, *“ter saído do trabalho”*, *“ter responsabilidade sobre a pessoa idosa”*. Conseqüentemente, o isolamento social e as mudanças na relação familiar e no círculo de amizades repercutem negativamente na condição de saúde do cuidador <sup>(21)</sup>.

Ter alguém para orientar e ajudar no cuidado alivia a sobrecarga e permite ao cuidador realizar atividades que lhe dão prazer. A única pessoa contemplada pelo programa Maior Cuidado refere-se assim à ajuda que recebe da cuidadora formal:

*“Essa menina veio do céu” (M1, 88 anos, solteira)(grifo nosso).*

Outra senhora demandou alguém que possa orientá-la no cuidado, o que pode ser feito nos grupos do PQCIF:

*“...poderia ter um profissional pra orientar a gente pra tá tipo, uma janela, pra falar: “não, se você ficar doente, tem uma forma que você pode contar pra olhar aquele idoso que vai ficar sozinho” (M10, 62anos, solteira).*

### **“Avaliação do grupo de cuidadores”**

Embora decorrido mais de um ano da realização desses grupos, os cuidadores narraram com riqueza de detalhes como se deu o convite, a formação, as contribuições e lacunas relativas a essa atividade.

Na percepção dos entrevistados, ter participado do grupo ajudou-os de muitas maneiras. Para eles, o grupo significou: *“apoio”, “aprendizado”, “aproximação da equipe”, “inclusão”, “valorização”, “socialização”, “troca de experiências”, “segurança”*.

À análise, emergiram duas subcategorias: 'mudanças na forma de cuidar' e 'mudanças na relação com o serviço de saúde' induzidas pela participação no grupo.

*Mudanças na forma de cuidar* são notadas em vários âmbitos, incluindo sair de casa, trocar experiências e informações, estabelecer novas relações sociais e se distrair, como fica claro neste excerto:

*“É conversar, brincar. Conhecer as pessoas. Até hoje as pessoas passam pela gente e conhece a gente, porque... No grupo. Novas amizades.”(H1, 73 anos, casado).*

Esta mulher reconhece a contribuição do grupo:

*“Porque eu nunca tinha cuidado de idoso, então eu fui aprendendo. E lá eu aprendi muito. Tipo assim, o jeito mais fácil de deitar, de levantar...” (M11, 41 anos, casada)*

Duas filhas cuidadoras destacaram mudanças, respectivamente, na forma de cuidar e no próprio ambiente doméstico:

*“O jeito de eu pensar em relação ao idoso, porque eu achei que era só ficar quieto dentro de casa, mas não é assim não, tem que exercitar, tem que mudar o jeito de agir.” (M5, 37anos, casada).*

*“Ajudou é... dentro de casa, disposição dos móveis, organização de medicamento, horário de medicamento, bate-papo, como que a gente aceita... a modificação do idoso... (...) quanto à alimentação...” (M6, 53anos, separada).*

Esta cuidadora sentia-se insegura e esclarece a importância do grupo no aprimoramento do cuidado:

*“... eu tava me sentindo muito sozinha, porque tinha momentos que eu não sabia como lidar, assim como lidar, “será que se eu fizer isso tá certo? Será que se eu decidir isso vai dar certo?”(...) comecei a me sentir assim mais segura sabendo que eu tava aprendendo como lidar com o idoso, (...) o que era certo, o que era errado...” (M10, 62anos, solteira).*

Assim, o grupo contribui para gerar maior segurança, incluindo adaptar o ambiente às condições da pessoa idosa, o que favorece a organização do cuidado, reduzindo o risco de adoecimento e de acidentes domésticos para ambos – cuidador e pessoa cuidada. Estudo realizado em São Paulo confirma que o grupo contribui no manejo da pessoa cuidada, proporciona bem estar emocional e social para o cuidador, troca de informações sobre o envelhecimento, doenças comuns na velhice e desenvolve habilidades para o cuidado<sup>(31)</sup>.

Em Bogotá, Colômbia, foi desenvolvido um programa educativo semelhante ao PQCIF, com atividades de interação, valorização do cuidado realizado pelo cuidador familiar e construção de rede de apoio, com atividades diversas. Essa intervenção demonstrou resultados estatisticamente significativos em relação à sobrecarga do cuidador e funcionalidade familiar, confirmando a importância do trabalho com grupos<sup>(32)</sup>.

Cuidar compromete a saúde e as relações sociais dos cuidadores familiares: eles se esquecem de si para cuidar do outro <sup>(33)</sup>.

Esta mulher toma consciência de que:

*"Eu tenho que ter qualidade de vida também para que eu possa acompanhá-la...eu tenho que estar bem comigo. Porque senão eu vou desabar. (...) se você não cuida de você, você não consegue cuidar de outra pessoa". (M6,53 anos, separada).*

Experiência com intervenção grupal realizada em Niterói-RJ demonstrou que participar de grupo diminui o sentimento de solidão, na medida em que um cuidador se identifica na situação vivenciada pelo outro e compartilha suas frustrações, dúvidas, medos e conquistas, além de entender a importância de cuidar de sua própria saúde. O grupo permite ao cuidador enfrentar a situação, melhorar o cuidado e a sua qualidade de vida, compreender o que acontece com seu familiar e esclarecer dúvidas<sup>(33)</sup>. Caldas<sup>(1)</sup> destaca que nos grupos os cuidadores encontram pessoas que falam a "língua do cuidar", entendida somente por quem cuida de alguém idoso.

A outra subcategoria refere-se às *mudanças no vínculo com o serviço*, conforme esclarece esta entrevistada:

*"...eu podia contar, contar com nutricionista, psicóloga, professores de ginástica, que me ajudaram na parte física, contar com enfermeira, que deu o curso, que ela foi uma verdadeira irmã mais velha..."(M10, 62 anos, solteira).*

A aproximação do serviço abriu possibilidades para procurar ajuda:

*"Eu vi portas...que quando precisasse eu podia contar... Porque assim, o curso ajudou muito, porque às vezes o cuidador fica um pouco perdido, cansado, pensando: o que eu vou fazer?" (M10, 62anos, solteira)*

Outra cuidadora acredita que a melhoria do cuidado induzida pela aprendizagem no grupo pode contribuir para reduzir a demanda para o serviço:

*“As pessoas aprendem mais, tem mais conhecimento e vai poupar bastante esse lado [do serviço].” (M2, 45 anos, divorciada).*

A interação e a cooperação entre profissionais e cuidadores, que passam a contar com o serviço em suas dificuldades<sup>(34)</sup>, além de proporcionar bem estar para o cuidador, contribuem para redução dos custos indiretos relacionados a eles e da institucionalização da pessoa idosa<sup>(31)</sup>.

### **“Sugestões para futuros grupos”**

Os participantes sugeriram a continuidade e o aprimoramento dos grupos, destacando atividades que deveriam ser mantidas:

*“O que mais me marcou, eu acho que foi o da psicóloga e foi o da orientadora que veio, eu acho que da parte da prefeitura... falou dos direitos do idoso...” (M10, 62 anos, solteira)*

*“...eu emocionei lá, que ela pediu pra segurar a cadeira pra gente ver se a gente consegue fazer as coisas sozinha e não consegue”. (M5, 37 anos, casada)*

Uma revisão sistemática confirmou benefícios dos grupos com cuidadores familiares e identificou que intervenções que apresentam melhor resultado são as que realizam atividades variadas, como palestras, relaxamento e discussão de temas diversos<sup>(35)</sup>, à semelhança do grupo do PQCIF<sup>(36)</sup>. Informações e atividades que apenas aumentam a consciência em relação ao processo de



envelhecimento de seu familiar geram mais ansiedade <sup>(35)</sup>. Sendo assim, o grupo deve ir além das informações e ser um espaço de apoio às descobertas de seus participantes.

Além da avaliação positiva quanto à efetividade do grupo em induzir mudanças no olhar e no cuidado, foram destacados o horário, local e tempo de reunião; agenda favorável; atenção e dedicação da equipe; dinâmicas onde os cuidadores experimentaram situações vivenciadas pela pessoa idosa.

*“Foi o que me colocou na cadeira de rodas também. Como que é horrível, você querer levantar, querer ir com suas pernas e não conseguir”. (M2, 45 anos, divorciada).*

Dentre as lacunas apontadas, duas mulheres reconhecem:

*“Faltou... coisas de aprendizado mesmo, como dar alimentação, ela é diabética, eu tenho muita dificuldade de fazer o cardápio dela...” (M7, 45 anos, solteira).*

*“Nesse curso se abordar esse tema de aceitação [das mudanças trazidas pelo envelhecimento] é muito importante. Porque nesse ponto aí é cuidar de quem cuida”. (M6, 53 anos, separada).*

Para esta cuidadora seria importante promover encontros entre as pessoas idosas, não necessariamente focados apenas nas questões do cuidado:

*“Acho que faltou um encontro de idoso, pros idosos conversarem entre eles”. (M5, 37 anos, casada)*

O cuidado traz consigo um compromisso que nem sempre as pessoas conseguem cumprir. Uma das cuidadoras precisou lidar com a institucionalização da mãe:

*“Ela precisa de cuidados 24 horas... Eu não estava dando conta... eu já tinha extrapolado meu limite...” (M6, 53 anos, separada)*

Sentindo-se culpada pela decisão tomada, explica:

*“...você acha que você tem que ficar ali, enchendo de carinho, se agarrar e é perigoso você não aceitar que você já extrapolou, não está nas suas condições mais e você tem que levar pra um local que tenha condição de dar qualidade de vida. (...) Tô fazendo tratamento com psicólogo.(...)porque eu ainda acho assim, que eu tinha que ficar do lado dela o tempo todo...” (M6, 53 anos, separada)*

Para amenizar seu sofrimento, ela reafirma seu compromisso de cuidado para com a mãe idosa:

*“...eu continuo indo lá e participando da fisioterapia, da musicoterapia. Porque eu quero que ela sente assim, que eu estou ali com ela.” (M6, 53 anos, separada)*

A institucionalização de um familiar não é uma escolha fácil, mas uma atitude que desperta sentimentos fortes de culpa, abandono, incapacidade para cuidar e os grupos podem contribuir como apoio, acolhendo o cuidador em sua angústia e processo de aceitação da institucionalização. As duas cuidadoras que optaram por institucionalizar seu familiar idoso mantêm os laços afetivos e conseguem se inserir nas atividades realizadas pelas instituições e se sentem amparadas e seguras no tratamento dispensado ao seu familiar. Apesar do preconceito em relação à institucionalização, ela deve ser vista como

alternativa para situações específicas, quando o cuidador está no seu limite e como possibilidade de o cuidador cuidar de si, como visto neste trabalho. A institucionalização pode proporcionar melhores condições de vida e convívio social para a pessoa idosa, sem romper os laços familiares, muito menos diminuir a importância da família, mas dividir responsabilidades com a sociedade e o Estado<sup>(37)</sup>.

Quanto às limitações deste estudo cabe ressaltar que a coleta dos dados foi realizada um ano após a participação dos cuidadores nos grupos, o que pode favorecer um viés de memória. Apesar disso, todos os cuidadores familiares localizados, aceitaram participar do estudo, demonstrando bastante segurança nas informações, espontaneidade e interesse nas respostas.

Apesar das lacunas apontadas, os cuidadores valorizaram o grupo por contribuir para aprendizagem de novas habilidades, troca de experiências, mudanças positivas no cuidado e promover o vínculo com o serviço de saúde. Dentre as sugestões para futuros grupos, destaca-se incluir o tema institucionalização e a parceria com o programa Maior Cuidado para viabilizar a participação dos cuidadores nos encontros.

## **CONCLUSÃO**

Na percepção dos cuidadores, a realização dos grupos do PQCIF na atenção primária abre portas para o serviço, fortalece o vínculo com as equipes e os

beneficia em relação à compreensão do processo de envelhecimento, do cuidado do outro e de si.

Inserir o cuidador no plano de assistência e promoção da saúde da família, dando-lhe visibilidade e valorizando seu papel é uma das recomendações da PNSPI e integra o escopo da Estratégia de Saúde da Família. No entanto pouco se faz para a implementação de ações que apoiem esses cuidadores familiares, que exercem o cuidado sem contar com o apoio do Estado, um dos responsáveis legal por essa ação.

O presente estudo demonstrou que embora os cuidadores se declarem satisfeitos com a tarefa de cuidar, a sua inserção social, a realização de atividades de lazer e a convivência com amigos e familiares fica comprometida. Em relação ao cuidado, faltam informações, suporte emocional e rede de apoio que possam amenizar a sobrecarga, solidão e despreparo para o cuidado.

O apoio ao cuidador é um preceito legal recomendado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, mas ainda realizado de forma incipiente. Portanto, é fundamental que os gestores públicos reconheçam que a realização de grupos de cuidadores familiares na atenção primária é uma intervenção efetiva para a qualidade do cuidado e para a atenção ao cuidador, garantindo a sua formação nas UBS, como parte da agenda das equipes. O PQCIF deve ser aperfeiçoado uma vez que demonstrou ser uma estratégia de fortalecimento de vínculo, de

otimização dos recursos da rede de atenção e cuidado a uma população até então invisível ao serviço: os cuidadores familiares.

Novas pesquisas sobre o tema e o monitoramento das ações já implementadas podem contribuir para o aprimoramento deste recurso, bem como para o cuidado digno do cuidador e da pessoa cuidada.

## REFERÊNCIAS

- 1.Caldas CP. A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador.Textos Envelhecimento. [Internet]. 2000 jul. [Acesso em 2015 mar 30]; 3(4).Disponível em <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282000000200004&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000200004&lng=pt&nrm=iso)>.
- 2.Hirata H, Guimarães N. A. Introdução. In: Hirata H, Guimarães N, organizadores. Cuidado e Cuidadoras: as várias faces do trabalho do care. São Paulo; 2012. p.1- 11.
- 3.Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Revista de Saúde Pública. [Internet]2009 maio/jun. [Acesso em 2015 mar]; 43(3):548-554.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>.
- 4.Veras RP. et al. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso:hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional.Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. [Internet].2013 [Acesso em 2015 mar]; 16(2):385-392. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/18.pdf>>.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).Informações da população. [Acesso em2014 jan 21] Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>.
- 6.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, 2008. [Acesso em2014 jan 17] .Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
- 7.Giacomin KC, Uchoa E, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. Cad. Saúde Pública

[Internet] 2005 set./out [Acesso em 2014 fev15];21(5):1509-1518. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/24.pdf>>.

8.Camarano AA, Mello JL. Introdução. In: Camarano AA, organizador. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010. p. 13-37.

9.Brasil. Portaria 1395/GM de 10 de dezembro de 1999. Brasil Gabinete do Ministro de Estado da Saúde (BR). Portaria n.1.395 de 9 de dezembro de 1999: aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil 1999;13 Dez . Seção I, n.237-E, p.12. [Acesso em 2014 jan17].Disponível em: <[http://crn3.org.br/legislacao/doc/Portaria\\_1395\\_de\\_10\\_12\\_1999.pdf](http://crn3.org.br/legislacao/doc/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf)>.

10.Ferreira PG. et al.A qualificação do cuidado ao idoso e o apoio a cuidadores familiares na atenção primária para promoção do envelhecimento ativo, cuidado e proteção na velhice. In: Teixeira MG, Rates SMM, Ferreira, J.M. O coletivo de uma construção: o sistema único de saúde de Belo Horizonte.Belo Horizonte: Rona; 2012. p.36-38.

11.Sartini CM, Correia AM. Programa Maior Cuidado: qualificando e humanizando o cuidado. Pensar/BH Política Social. 2012 mar. (31):10-13.

12.Lopes LO, Cachionill, M. Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. J. bras. psiquiatr, [Internet] 2012[Acesso em 2014 jan 21 jan].; 61(4):252-261. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n4/09.pdf>>.

13.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico, 2010. [Acesso em 2014 jan 21].Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>.

14.Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Índice de vulnerabilidade da saúde 2012. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2013. 24 p.

15.Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2013. [Acesso em 2015 mar 21].Disponível em: URL:<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?...relatorio-de-gestao-2013...pdf>.

16.Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. Rev. bras. epidemiol.[Internet]2005 jun [Acesso em 2014 jan 21]; 8(2): 127-141. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v8n2/05.pdf>>.

17.Fontanella BJB. et al.Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública[Internet]2011[Acesso em jun 10]; 27(2): 389-94. Disponível em : URL:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en).

18. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006. 223 p.

19. Gluksmann, M. Rumo a uma sociologia econômica do trabalho do care: comparando configurações em quatro países europeus. In: Hirata H, Guimarães NA. organizadores. Cuidado e Cuidadoras: as várias faces do trabalho do care. São Paulo, 2012. p.63-78.

20. Pimenta GMF. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande região do Porto, Portugal. Revista da Escola de Enfermagem USP. [Internet] 2009 [ Acesso em 2015 mar 12];3(43):609-614. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a16v43n3.pdf>>.

21. Vieira L, et al. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. [Internet] 2012 [Acesso em 2015 mar 15];15(2):255-263. Disponível em :< <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n2/08.pdf> >.

22. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Portaria do Gabinete do Ministro do Estado da Saúde, n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil 2006; [Acesso em 2014 jan17]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>.

23. Travieso DMH et al. Caracterización del cuidado informal de pacientes dependientes en el policlínico "Héroes de Girón" en el 2009. Revista Cubana de Medicina General Integral. [Internet] 2012 [ Acesso em 2015 abr 21];28(2):28-44. Disponível em <[http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28\\_2\\_12/mgi04212.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_2_12/mgi04212.htm)>.

24. Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. Texto Contexto Enfermagem, [Internet] 2014 Jul-Set [ Acesso em 2015 mar 05];3(23):600-608. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00600.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00600.pdf)>.

25. Fonseca NR et al. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as consequências de assumir este papel. Physis: Revista de Saúde Coletiva. [Internet] 2008 [Acesso em 2015 mar 10];18(4):727-743. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a07.pdf>>.

26. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Caderno de Saúde Pública [Internet] 2003 mai-jun. [Acesso em 2015 abr 12];3(19). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>

27.Caldas CP. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: Minayo MCS, Coimbra JR CEA, organizadores. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 51-71.

28.Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro:ABRASCO; 1998.

29.Silveira TM, Caldas CP, Carneiro TF.Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais.Caderno de Saúde Pública. [Internet]2006 ago [Acesso em 2015 mar 12];22(8):1629-1638. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/11.pdf>>.

30.Néri AL, Sommerhalder C. As várias faces do cuidador e do bem-estar do cuidador. In: Néri AL, organizador. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea;2012. p. 9-63.

31.Lopes LO, Cachionill M. Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. [Internet] 2013 jul./set. [Acesso em 2015 mar 05];3(16):443-460. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n3/v16n3a04.pdf>>.

32.Velásquez V, et al.Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. Revista de Salud Pública. [Internet] 2011 ago[Acesso em 2015 abr 21];13(4):610-619. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n4/v13n4a06>>.

33.Da Costa ML, et al.Programa para cuidadores de idosos com demência: um relato de experiência. Revista Enfermería global. [Internet] 2011 abr [Acesso em 2015 mar 05];10(22):619-624. Disponível em:<[http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/pt\\_administracion5.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/pt_administracion5.pdf)>.

34.Sá SPC, et al. Oficinas terapêuticas para cuidadores de idosos com demência – atuação da enfermagem no programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia da Universidade Federal Fluminense. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. [Internet] 2006 [ Acesso em 2015 mar 10];9(3):101-114. Disponível em:<[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1023/pdf\\_127](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1023/pdf_127)>.

35.Santos RL, Souza MFB,Dourado M.Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. Revista de Psiquiatria Clínica[Internet] 2011[ Acesso em 2015 mar 05];38(4):161-167. Disponível em: <<http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol38/n4/PDF/161.pdf>>.

36. Chacon PF .Grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis: porta aberta para o serviço, janela para o cuidado.127f. 2015.(Mestrado Profissional em



Promoção de Saúde e Prevenção da Violência). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

37.Camarano AA, Scharfstein EA. Instituições de Longa Permanência para Idosos: Abrigo ou retiro? In: Camarano AA, organizador. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010. p. 163-186.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAS

O envelhecimento da população brasileira é um fenômeno que está batendo à nossa porta, desafiando as políticas públicas, as famílias e a sociedade. No Brasil essa mudança demográfica se dá de forma diversa, a depender das condições socioeconômicas, de gênero, de raça e de etnia, o que gera uma demanda por serviços e atenção ainda não oferecidos integralmente pelas políticas públicas.

Porém, paradoxalmente, a julgar pela morosidade das políticas públicas em dar respostas às demandas da população idosa, especialmente a parcela mais frágil, parece que não acreditamos nos dados que comprovam a tendência de envelhecimento populacional rápido e intenso por que estamos passando: usuários, trabalhadores, gestores dos serviços.

Dessa recusa em enxergar o envelhecimento, possivelmente, decorra o despreparo da nossa sociedade – e também do sistema público de saúde – no cuidado da população idosa: os serviços não estão organizados para esse atendimento, nem de suas particularidades; a demanda por mais tempo de escuta concorre com a agenda múltipla das equipes; a pessoa idosa acaba por ser cuidada em uma abordagem semelhante àquela realizada na atenção ao adulto. Além disso, o que se observa é que, se há dificuldades para implementação de ações de atenção à pessoa idosa, muito menos se faz pelo

cuidador familiar. Dessa forma, até aqui, o cuidado de uma pessoa idosa frágil está sob a responsabilidade da família, enquanto a sociedade não se apresenta e o Estado parece se furtar a cumprir o seu papel de implementar as políticas existentes.

Assim, especialmente neste momento de dificuldades políticas e econômicas vivenciadas no Brasil, é preciso otimizar os recursos e sermos mais pró-ativos se quisermos lidar com a perspectiva de envelhecimento da sociedade e de cada um de nós. Afinal, essa situação afeta diretamente a população que além de envelhecer e cuidar de forma solitária vê-se excluída, desamparada e carente de apoio e recursos que poderiam advir de políticas públicas relativas ao cuidado.

Diante desse cenário, buscando contribuir para a melhoria do cuidado ao idoso frágil e atendendo uma recomendação da PNSPI, a prefeitura de Belo Horizonte, implanta o PQCIF para qualificar profissionais e criar grupos que apoiem os cuidadores familiares. Como resultado, 4.305 dos 5.255 profissionais incluídos na meta, da rede SUS BH, foram capacitados e grupos de cuidadores formados em 104 das 147 das UBS do município. Porém, estes grupos foram descontinuados e, atualmente, poucas UBS realizam grupos de cuidadores familiares de pessoas idosas frágeis.

Esta descontinuidade pode ser atribuída a questões de ordem gerencial, logística, política e do próprio PQCIF. Quanto aos aspectos relativos à gestão,

a descontinuidade pode ser reflexo da alta rotatividade dos profissionais facilitadores na rede ou a saída dos mesmos, interrompendo os grupos. Porém, a nosso ver, quando a referência técnica em saúde do idoso do distrito sanitário se envolve e o matriciamento proposto acontece, isso favorece a permanência dessa atividade na UBS, a exemplo da regional Pampulha onde os grupos ainda acontecem.

Do ponto de vista da logística, o cuidador familiar não tem com quem deixar a pessoa idosa dificultando sua participação no grupo. Um aspecto relevante do apoio logístico é a falta de envolvimento do gestor da UBS na realização dos grupos, os quais não estão incluídos nas agendas das equipes e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o que fragiliza o projeto.

Para melhorar a participação dos cuidadores nos grupos, uma proposta seria a expansão do Programa Maior Cuidado, de modo a possibilitar a substituição do cuidador em casa.

Em relação ao PQCIF, é necessário implementar uma rotina de matriciamento para que os profissionais sejam apoiados na realização dos grupos.

Este estudo surgiu do incômodo com a desarticulação dos grupos e do interesse em fortalecer o Projeto gerador na rede de saúde, além de mostrar aos gestores a contribuição dessa atividade na vida dos cuidadores familiares e no cuidado à pessoa idosa. A proposta foi escutar os cuidadores familiares a

respeito dos grupos realizados, para compreender como eles percebem sua participação nos grupos implementados pelo PQCIF e se de algum modo ela auxiliou-os em sua maneira de cuidar.

O presente estudo demonstrou que, na percepção dos cuidadores entrevistados, cuidar de uma pessoa idosa afeta a vida do cuidador familiar em diversos aspectos. Em relação ao cuidado, os entrevistados percebem o cuidar como uma tarefa solitária que desperta sentimentos diversos, dificulta a realização de atividades de lazer e a convivência com amigos e familiares. Sentem falta de informações sobre como cuidar e de uma rede de apoio que possa amenizar a sobrecarga, a solidão e o despreparo para o cuidado.

Portanto, no campo de fala dos cuidadores familiares, a realização dos grupos do PQCIF abre portas para o serviço, fortalece o vínculo com as equipes e os beneficia em relação à compreensão do processo de envelhecimento, do cuidado do outro e de si. Além disso, o grupo contribui com a aprendizagem de novas habilidades, troca de experiências e mudanças positivas no cuidado.

É fundamental que os gestores públicos reconheçam a potencialidade do PQCIF como uma estratégia de fortalecimento de vínculo, de otimização dos recursos da rede e de atenção e cuidado a uma população até então invisível ao serviço: os cuidadores familiares.

Inserir o cuidador no plano de assistência e promoção da saúde da família, dando-lhe visibilidade e valorizando seu papel é uma das recomendações da PNSPI e integra o escopo da ESF. Cuidar de quem cuida é um preceito legal, custa menos ao sistema, diminui a sobrecarga das equipes, qualifica o cuidado e proporciona dignidade ao cuidador, possibilitando a manutenção da pessoa idosa em sua casa e a família como *locus* do cuidado.

Neste estudo, os cuidadores entrevistados sugerem a continuidade dos grupos e a parceria com o programa Maior Cuidado para viabilizar a sua participação nos encontros, pois não têm com quem deixar o idoso. Ambas as iniciativas - o programa Maior Cuidado e o PQCIF - são experiências inovadoras de apoio ao cuidador familiar, mas ainda muito incipientes e largamente insuficientes para o atendimento à demanda de toda a população idosa frágil do município. Porém, os cuidadores familiares beneficiados por estes programas reconhecem sua importância e sugerem a sua continuidade e ampliação.

Quanto às limitações do estudo, cabe destacar que a coleta de dados foi realizada um ano após a realização dos grupos, o que pode ter favorecido um viés de memória. Apesar disso, todos os cuidadores familiares localizados, aceitaram participar do estudo, demonstrando bastante segurança nas informações, espontaneidade e interesse nas respostas.

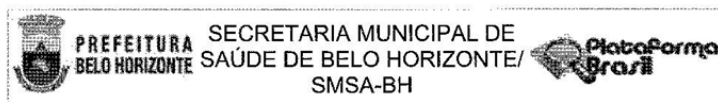
A nosso ver, novas pesquisas sobre o tema e o monitoramento das ações já implementadas podem contribuir para aprimorar este recurso para o cuidado

digno do cuidador e da pessoa cuidada. Para tanto, pensamos ser fundamental o envolvimento efetivo dos gestores no cuidado ao idoso frágil - nos vários níveis de atenção -, para que essa questão se torne uma determinação política, com garantia de agenda para realização dos grupos e ampliação do Maior Cuidado, de modo a contribuir na construção de uma sociedade mais digna e justa com seus idosos e familiares cuidadores.

**ANEXOS**



## ANEXO A. PARECER DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Estudo do processo de desenvolvimento do projeto qualificação do cuidado ao idoso frágil em Belo Horizonte

**Pesquisador:** Eliane Costa Dias Macedo Gonljo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 32588214.7.3001.5140

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da UFMG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 836.484

**Data da Relatoria:** 23/09/2014

#### Apresentação do Projeto:

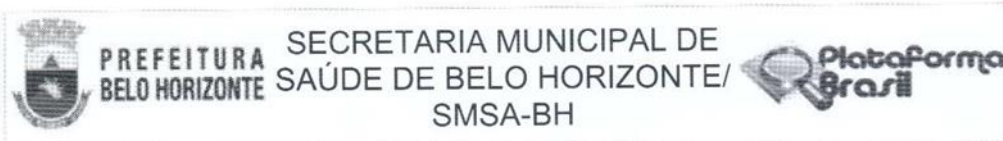
É um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa, com delineamento transversal. Será conduzido em Belo Horizonte (MG), junto aos distritos sanitários, unidades básicas e equipes de saúde vinculadas à Estratégia de Saúde da Família, que participaram do Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil da

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Esse projeto foi aprovado junto ao Ministério da Saúde e realizado no período de novembro de 2009 a dezembro de 2013 para qualificar profissionais da atenção primária visando a melhoria da assistência ao idoso e desenvolvimento de ações de promoção da saúde dos agentes envolvidos no cuidado, dentre elas, a instituição de grupos de cuidadores familiares de pessoas idosas frágeis nas unidades de saúde.

Serão utilizadas as informações existentes sobre os profissionais capacitados e os cuidadores que participaram dos grupos ao longo de toda a execução do Projeto. Dados retrospectivos relativos ao período de realização do Projeto serão utilizados para a caracterização dos participantes. Nos estudos quantitativos serão utilizados questionários padronizados para coleta de dados, sendo previstas a realização de grupos focais, de entrevistas semi-estruturadas gravadas e a utilização da técnica "card collection", que integra o método "Visualization in

**Endereço:** Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar  
**Bairro:** Funcionários **CEP:** 30.130-007  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br





Continuação do Parecer: 836.484

Participatory Programmes"(VIPPP). A análise dos dados qualitativos se fará consoante à técnica de análise de conteúdo. Poderão ser convidados a participar de pesquisas qualitativas profissionais e cuidadores familiares que tiverem participado de encontros com os facilitadores do projeto e aqueles que vierem a participar de encontros a serem realizados, mediante assinatura do TCLE. Há previsão de inclusão de agentes comunitários de saúde (n=32); gestores da secretaria municipal de saúde (n=27); facilitadores de grupos de cuidadores de idosos (n=18); e cuidadores de idosos (n=62).

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo geral

Analisar o processo de desenvolvimento e de implantação do Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil, na rede de atenção à saúde- SUS de Belo Horizonte.

##### Objetivos específicos

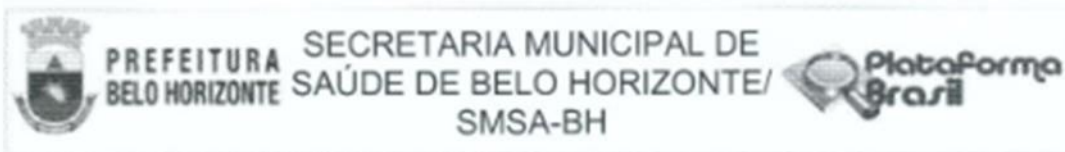
1. Avaliar o processo de implantação de grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis;
2. Identificar os fatores associados à adesão dos cuidadores aos grupos;
3. Identificar as repercussões do grupo de cuidadores familiares de idosos para os participantes, incluindo o cuidado de si;
4. Identificar o perfil de competência dos profissionais de saúde, dentre eles os Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações em saúde do idoso;
5. Contribuir com futuros processos de educação permanente.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador, o único risco que poderá acontecer será o constrangimento do participante durante o questionário e/ou da entrevista. O direito de não participar será acatado imediatamente pelos pesquisadores.

Ao mesmo tempo, caso manifeste-se cansado(a) ou incapaz de participar do questionário ou responder a entrevista serão interrompidos imediatamente e será agendado um novo encontro para sua finalização, caso seja do interesse do participante. Todas as perguntas necessárias para o esclarecimento de dúvidas acerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros serão fornecidas pelas autoras. E os participantes terão liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de

**Endereço:** Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar  
**Bairro:** Funcionários **CEP:** 30.130-007  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 836.484

participar desse estudo se assim o desejarem, sem nenhuma penalização ou constrangimento. Neste caso, o material já coletado no questionário e/ou entrevista serão destruídos.

Segundo o pesquisador, os benefícios estão relacionados aos resultados obtidos que poderão contribuir para a melhoria na assistência que permita acompanhar o cuidado ao idoso na rede pública de atenção à saúde, assim como acompanhar a implementação de parte da política pública de atenção ao idoso no município."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O pesquisador, após solicitação, apresentou os questionários a serem aplicados e o roteiro de perguntas do grupo focal.

O projeto está bem fundamentado, apresenta pertinência e relevância. O conhecimento dos resultados da pesquisa poderá subsidiar as ações de atenção à saúde do idoso no município.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE - as quatro versões apresentadas para cada um dos atores da pesquisa apresentam linguagem clara e adequada. Consta das minutas apresentadas de TCLE os dados da SMSA, incluídos após solicitação (postagem em 17/10/2014), sendo que estas ~~ser~~ levadas ao conhecimento do CEP da proponente. Ressalta-se que não houve mudanças do projeto aprovado pelo CEP da Proponente.

Folha de Rosto devidamente apresentada e assinada.

Carta de Anuência da SMSABH devidamente apresentada e assinada.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto Estudo do processo de desenvolvimento do projeto qualificação do cuidado ao idoso frágil em Belo Horizonte.

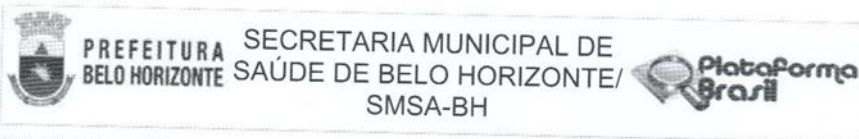
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar  
 Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 836.484

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

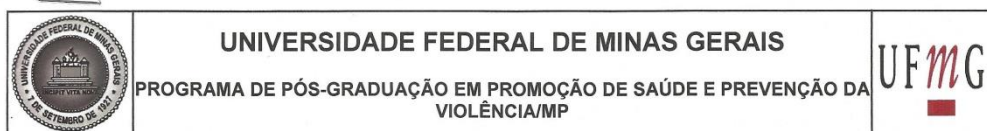
BELO HORIZONTE, 17 de Outubro de 2014

*Eduardo Prates Miranda*

Assinado por:  
Eduardo Prates Miranda  
(Coordenador)

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar  
Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

## ANEXO B. FOLHA DE APROVAÇÃO



### FOLHA DE APROVAÇÃO

**GRUPOS DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS: PORTA ABERTA PARA O SERVIÇO, JANELA PARA O CUIDADO.**

### PAULA FERREIRA CHACON

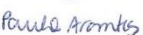
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.


Aprovada em 30 de junho de 2015, pela banca constituída pelos membros:

  
 Prof(a). Elizabeth Costa Dias - Orientador  
 UFMG

  
 Prof(a). Karla Cristina Giacomin  
 Secretaria Municipal de Belo Horizonte

  
 Prof(a). Marcella Guimarães Assis  
 UFMG

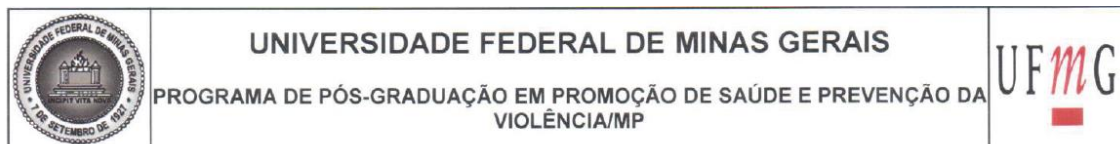
  
 Prof(a). Paula Maria Machado Arantes  
 Secretaria Municipal de Belo Horizonte

  
 Prof(a). Eliane Costa Dias Macedo Gontijo  
 UFMG

Belo Horizonte, 30 de junho de 2015.



## ANEXO C. ATA DE APROVAÇÃO



### ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA **PAULA FERREIRA CHACON - 2013712558**

Realizou-se, no dia 30 de junho de 2015, às 09:30 horas, Faculdade de Medicina, sala 138, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *GRUPOS DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS: PORTA ABERTA PARA O SERVIÇO, JANELA PARA O CUIDADO.*, apresentada por PAULA FERREIRA CHACON, número de registro 2013712558, graduada no curso de SERVIÇO SOCIAL, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Elizabeth Costa Dias - Orientador (UFMG), Prof(a). Karla Cristina Giacomin (Secretaria Municipal de Belo Horizonte), Prof(a). Marcella Guimaraes Assis (UFMG), Prof(a). Paula Maria Machado Arantes (Secretaria Municipal de Belo Horizonte), Prof(a). Eliane Costa Dias Macedo Gontijo (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 30 de junho de 2015.

  
 Prof(a). Elizabeth Costa Dias ( Doutora )

  
 Prof(a). Karla Cristina Giacomin ( Doutora )

  
 Prof(a). Marcella Guimaraes Assis ( Doutora )

  
 Prof(a). Paula Maria Machado Arantes ( Doutor )

  
 Prof(a). Eliane Costa Dias Macedo Gontijo ( Doutora )

## APÊNDICES

## APÊNDICE A. MOTIVOS DA EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES DA AMOSTRA

Nº DE CUIDADORES PARTICIPANTES EM 2013	91
--	----

Nº DE QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS	37
---------------------------------	----

MOTIVOS DA EXCLUSÃO	
IDOSO FALECEU	14
NÃO ACEITOU PARTICIPAR	3
CUIDADOR FORMAL	7
ACOMPANHANTE/ OUVINTE	6
NÃO MORA NA ÁREA	4
IDOSA FOI INSTITUCIONALIZADA	1
NÃO FOI LOCALIZADA	9
FUNCIONÁRIA	7
É A PESSOA IDOSA	3
TOTAL	54



## APÊNDICE B. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSOS

### IDENTIFICAÇÃO:

Nome do cuidador:

Cuidador do(a) Sr(a):

Endereço:

Telefone para contato:

UBS:

ACS:

Você nasceu em que ano?/tem que idade?	Ano de nascimento  _ _ _ _ _	1
	Idade  _ _  anos	
	NR	9
O cuidador é:	HOMEM	1
	MULHER	2
	NR	9
Qual o seu estado conjugal?	Solteiro(a)	1
	Casado(a)/Amasiado(a)	2
	Separado(a)/Desquitado(a)/Divorciado(a)	3
	Viúvo(a)	4
	NR	9
Você sabe ler e escrever um recado?	Sim	1
	Não	2
	NR	9
Quantos anos de estudo você tem?	0	1
	De 1 a 3 anos	2
	De 4 a 7 anos	3
	> de 8 anos	4
Você trabalha ou estuda atualmente?	Somente Trabalha	1
	Somente Estuda	2
	Trabalha e Estuda	3
	Não	4
	NR	9
Você precisou parar de trabalhar ou estudar para cuidar do (a) idoso (a)?	Sim	1
	Não	2
	NR	9
Que ocupação você exercia?	Empregado Doméstico	1
	Técnico de Enfermagem (auxiliar)	2
	Não tinha outra ocupação	3
	Outra _____	4
	NR	9

**DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS:**

Você tem renda própria?	Sim	1
	Não	2
	NR	9
A pessoa idosa de quem você cuida tem renda própria?	Sim	1
	Não	2
	NR	9
Qual é a renda familiar?	1 salário mínimo	1
	2 a 3 salários mínimos	2
	4 a 5 salários mínimos	3
	Mais de 5 salários mínimos	4
	NR	9
Onde você reside?	Na mesma casa junto com o(a) idoso(a)	1
	Em outra casa próxima à do(a) idoso(a)	2
	Em outra casa distante à do(a) idoso(a)	3
	NR	9
Você mora em casa própria?	Sim	1
	Não	2
	NR	9
Quantas pessoas moram na casa?	Mora sozinho(a)	1
	2 pessoas	2
	3 a 4 pessoas	3
	5 ou mais pessoas	4
	NR	9
Qual é o seu grau de parentesco com a pessoa idosa?	Cônjuge/companheiro(a)	1
	Filho(a)/enteado(a)	2
	Pais/sogros	3
	Irmão(s)	4
	Genro/nora	5
	Neto(a)	6
	Outro familiar	7
	Vizinho(a)	8
	Amigo(a)	9
	Outro não familiar (não remunerado)	10
	Cuidador (remunerado)	11
	Empregado doméstico	12
NR	99	
Qual a sua religião?	Católica	1
	Evangélica	2
	Espírita	3
	Sem religião	4
	Outros	5
	NR	9

**DADOS SOBRE O CUIDADOR**

Há quanto tempo você cuida do seu familiar?	_ _  dias	<b>1</b>
	_ _  meses	
	_ _  anos	
	NR	<b>9</b>
Com que frequência você auxilia o(a) idoso(a) no desempenho de suas atividades de vida diária?	O dia inteiro	<b>1</b>
	Uma ou mais vezes ao dia	<b>2</b>
	Em dias alternados	<b>3</b>
	Pelo menos 1 vez por semana	<b>4</b>
	Sempre que necessário	<b>5</b>
	Outro (especifique)	<b>6</b>
	NR	<b>9</b>
Alguém te auxilia no cuidado ao(à) idoso(a)?	Sim	<b>1</b>
	Não	<b>2</b>
	NR	<b>9</b>
Quem?	Esposo(a)	<b>1</b>
	Filho(a)	<b>2</b>
	Neto(a)	<b>3</b>
	Outros	<b>4</b>
	NR	<b>9</b>
Você fez algum curso para aprender a cuidar do idoso?	Sim	<b>1</b>
	De quantas horas? _____ horas.	
	Não	<b>2</b>
	NR	<b>9</b>
Você ou alguém contribui para o seu INSS?	Sim	<b>1</b>
	Não	<b>2</b>
	NSA	<b>3</b>
	NR	<b>9</b>

**ATIVIDADES AVANÇADAS DE VIDA DIÁRIA**(Atividades Sociais, produtivas e de lazer, etc).

	Sim	Não	Não costuma fazer – ao longoda vida nunca fez a atividade	Não sabe	Não responde	Se não, por quê?												
						Não tem meios físicos	Não pega ônibus	Não sai de casa sozinho	Não tem com quem deixar	Problemas de saúde (física/mental)	Laços sociais com e familiares fragilizados	Vergonha do comportamento do idoso	Não se sente à vontade	Não tem recurso financeiro	Sobrecarga (tempo/trabalho)	Não tem interesse	Outros	Não se aplica
Você mantém contato com outras pessoas por meio de telefone, e-mail e/ou utiliza redes sociais na internet?	1	2	3	8	9	1	2	3	4	5	6	7	10	11	12	13	14	15
Você visita seus amigos e/ou familiares em suas casas?	1	2	3	8	9	1	2	3	4	5	6	7	10	11	12	13	14	15
Você convida outras pessoas (familiares/amigos) para virem à sua casa para refeições, lazer, etc.?	1	2	3	8	9	1	2	3	4	5	6	7	10	11	12	13	14	15
Você sai com outras pessoas para lugares públicos (restaurante, cinema, clube, praça, etc.)?	1	2	3	8	9	1	2	3	4	5	6	7	10	11	12	13	14	15

	Sim	Não	Não costuma fazer – ao longoda vida nunca fez a atividade	Não sabe	Não responde	Se não, por quê?												
						Não tem meios físicos	Não pega ônibus	Não sai de casa sozinho	Não tem com quem deixar	Problemas de saúde (física/mental)	Laços sociais com e familiares fragilizados	Vergonha do comportamento do idoso	Não se sente à vontade	Não tem recurso financeiro	Sobrecarga (tempo/trabalho)	Não tem interesse	Outros	Não se aplica
Você cuida ou provê assistência a outras pessoas (outros idosos, doentes, crianças, etc.)?	1	2	3	8	9	1	2	3	4	5	6	7	10	11	12	13	14	15
Você trabalha como voluntário? *	1	2	3	8	9	1	2	3	4	5	6	7	10	11	12	13	14	15
Você participa de atividades sociais organizadas (clubes, grupos comunitários ou religiosos, grupos de cuidadores, centro de convivência, universidade da 3ª idade, etc.)?	1	2	3	8	9	1	2	3	4	5	6	7	10	11	12	13	14	15
Você participa em associações civis, conselhos, lideranças comunitárias, cooperativas, partidos políticos, etc	1	2	3	8	9	1	2	3	4	5	6	7	10	11	12	13	14	15

Você costuma se reunir com seus colegas/amigos para se divertir	1	2	3	8	9		1	2	3	4	5	6	7	10	11	12	13	14	15
Você faz trabalhos manuais?	1	2	3	8	9		1	2	3	4	5	6	7	10	11	12	13	14	15

\* **TRABALHO VOLUNTÁRIO** – pode ser compreendido como “qualquer atividade com finalidade de ajudar outras pessoas provida por uma organização e pela qual o voluntario não recebe pagamento ou compensação material”.

Okun MA, Michel J. Sense of Community and Being a Volunteer Among the Young-Old. The Journal of Applied Gerontology, 2006 Apr; 25(2):173-188.

## APÊNDICE C. ROTEIRO DE ENTREVISTA

Você foi convidado a participar desta entrevista por ser um(a) cuidador(a) de idoso que participou do grupo realizado pelo centro de saúde. Por isso quero que nos ajude para que possamos melhorar ainda mais estes grupos. Esta entrevista tem a intenção de te ouvir em relação a sua participação no grupo.

Eu li no questionário que você cuida do (a) seu (sua)....., por .....tempo.

- 1) Como você se sente cuidando dessa pessoa?
  
- 2) Fale para mim para você o que é cuidar?
  
- 3) Conte como foi para você participar do grupo?
  
- 4) Ter participado do grupo te ajudou em alguma coisa?
  
- 5) Se sim: o que mudou? Você sentiu falta de alguma coisa?
  
- 6) Se não: o que você acha que faltou ou poderia melhorar?
  
- 7) Se começou e parou: o que fez você não voltar?
  
- 8) Dos encontros que você participou, qual você mais gostou?
  
- 9) Se houvesse outros encontros você participaria?

## APÊNDICE D. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - Dados do participante da pesquisa:

Nome:

Data de nascimento:

Idade:

Sexo:

II - A pesquisa:

Título: Estudo do processo de desenvolvimento do projeto de qualificação do cuidado ao idoso frágil em Belo Horizonte

Responsável pela pesquisa: Eliane Costa Dias Macedo Gontijo

Prezado (a) Cuidador (a)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre o desenvolvimento de ações de Saúde do Idoso na rede de serviços de saúde SUS. A finalidade desta pesquisa é compreender como você percebe sua participação nos grupos de cuidadores realizados neste centro de saúde.

Caso concorde em participar deste estudo, você responderá a um questionário com o objetivo de saber as atividades que você realiza e se você conta com apoio para cuidar da pessoa idosa. A pesquisa não envolve riscos ou danos à saúde, mas pode haver algum desconforto em discutir alguns dos temas abordados. Neste caso você pode se abster de responder a qualquer questão ou poderá interromper o questionário ou sua participação no grupo quando quiser.

A sua participação na pesquisa é voluntária e não acarretará gasto para você, sendo totalmente gratuita. O conhecimento adquirido a partir de seus relatos poderá beneficiar futuramente muitas pessoas que se relacionam com o modelo de assistência ao idoso. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício a que tenha direito.

A sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados do estudo serão sempre apresentados como o retrato de um grupo e não de uma pessoa. Dessa forma, você não será identificado quando o material da pesquisa for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Ao assinar este consentimento informado, você autoriza o uso da sua participação para fins de estudo. O conteúdo da pesquisa ficará com a responsável pelo trabalho, não podendo ser utilizado para outros fins.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam os telefones de contato da coordenadora da pesquisa, da pesquisadora e do Comitê de Ética aos quais você poderá recorrer em caso de dúvidas sobre o projeto e sobre a sua participação nele.

III – Declaração de consentimento:

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem utilizada foi explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem que nada me prejudique. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Assinatura do participante:

Data:

COEP – Comitê de ética em Pesquisa

Avenida Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II –2ºandar, Campos Pampulha

Belo Horizonte –MG –Brasil, CEP: 31.270-901.

Telefone/FAX:3409-4592 –Email: coep@prpq.ufmg.br

Coordenadora da Pesquisa:Eliane Costa Dias Macedo Gontijo

Telefone: 3409-9641

Pesquisadora: Paula Ferreira Chacon

Telefone:(031)9868-1988