UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CRISTIANE JOSÉ BORGES

ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO AOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS: PESQUISA PARTICIPANTE BASEADA NA COMUNIDADE

GOIÂNIA, 2017

sistema de bibliotecas ufg

UFG

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **[ ] Dissertação** **[x] Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Nome completo do autor: CRISTIANE JOSÉ BORGES

Título do trabalho: ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO AOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS: PESQUISA PARTICIPANTE BASEADA NA COMUNIDADE

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento [x] SIM [ ] NÃO[1]

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Cristiane José Borges

Assinatura do (a) autor (a)

Data: 27 / 03 / 17

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

CRISTIANE JOSÉ BORGES

ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO AOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS: PESQUISA PARTICIPANTE BASEADA NA COMUNIDADE

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do titulo de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana

Linha de pesquisa: Gestão em Saúde e em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Denize Bouttelet Munari

GOIÂNIA, 2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Borges, Cristiane José
Estratégias de Atenção aos Cuidadores Informais de Idosos: [manuscrito] : Pesquisa Participante Baseada na Comunidade / Cristiane José Borges. - 2017.
clxxviii, 178 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Denize Bouttelet Munari.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2017.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui siglas, abreviaturas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade. 2. Cuidadores. 3. Cuidadores familiares. 4. Idoso. I. Munari, Denize Bouttelet , orient. II. Título.

CDU 616-083

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DE **CRISTIANE JOSÉ BORGES** – Aos vinte e sete dias do mês de março de dois mil e dezessete (27/03/2017), às **15h30**min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora Profª. Drª. Denize Bouttelet Munari (orientadora/Presidente/PPGENF/FEN/UFG), Profª. Drª. Jeanne Marie R. Stacciarini (membro externo/Universidade da Flórida - EUA), Profª. Dra. Rosimere Ferreira Santana (membro externo/UFF), Profª. Drª.Valéria Pagotto (membro externo/FEN/UFG) e Prof. Dr. Marcelo Medeiros (membro interno/PPGENF/FEN/UFG), sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada na sala de aula Alzira Rezende do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, para procederem à avaliação da defesa de tese intitulada: "**ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO AOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS: PESQUISA PARTICIPANTE BASEADA NA COMUNIDADE** ", em nível de **Doutorado**, área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA**, de autoria de **Cristiane José Borges**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela presidente da Banca Examinadora, Profª. Drª. Denize Bouttelet Munari, que fez a apresentação formal dos membros da Banca. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Tese que, em 40 minutos, procedeu à apresentação de seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinanda, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta na Resolução nº. 1403/2016 do Conselho de Ensino, Pesquisa, Extensão e Cultura (CEPEC), que regulamenta o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a tese foi APROVADA, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **DOUTOR EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da tese, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta tese para publicação em periódicos de circulação nacional e/ou internacional no prazo de até 30 dias. Cumpridas as formalidades de pauta, a presidente da banca encerrou esta sessão de defesa de tese e para constar eu, Julianna Malagoni Cavalcante Oliveira, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, lavrei a presente Ata que depois de lida e aprovada será assinada pelos membros da Banca Examinadora em três vias de igual teor. A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da tese: _____

Profª. Drª. Denize Bouttelet Munari
Orientadora-Presidente /PPGENF/FEN/UFG

p/ videoconferência
Profª. Drª. Jeanne Marie R. Stacciarini
Membro externo/Universidade da Flórida - EUA

Rosimere Ferreira Santana
Profª. Drª. Rosimere Ferreira Santana
Membroexterno/UFF

Valéria Pagotto
Profª. Drª. Valéria Pagotto
Membro externo/FEN/UFG

Prof. Dr. Marcelo Medeiros
Membro interno/PPGENF/FEN/UFG

Ao meu esposo Wendell, que esteve e está sempre ao meu lado me apoiando e incentivando. Obrigada pelo companheirismo, compreensão e dedicação. Cada dia amo você mais e mais.

Ao meu rei Arthur, motivo da minha alegria e da minha determinação. Presente de Deus. Mamãe ama você incondicionalmente.

Aos meus pais Antônio e Joana, por tudo que fizeram por mim, pelo exemplo de simplicidade, dignidade, honestidade, determinação, coragem e fé. Amo muito vocês.

A todos os cuidadores informais de idosos que modificam a própria vida em prol do cuidado do outro.

AGRADECIMENTOS

A Deus,

Por estar sempre presente na minha vida, abençoando e guiando todos os meus passos. Graças te dou, meu Deus, pela força e perseverança para realizar este estudo.

À Profa. Dra. Denize Bouttelet Munari,

Primeiramente por aceitar ser a minha orientadora e me acolher com tanto carinho e atenção. Também por estar sempre ao meu lado durante toda a trajetória na construção desta tese, com dedicação e orientações altamente qualificadas, além das manifestações de amizade, otimismo, estímulo e confiança. Você é um grande exemplo de pessoa e de profissional. Muito obrigada por existir e por fazer a diferença.

À Profa. Dra. Jeanne Marie R. Stacciarini,

Sou grata pelo apoio, pela orientações cuidadosas e pela disponibilidade constante. Você tem minha admiração e respeito. Muito obrigada por me ajudar a compreender a pesquisa participante baseada na comunidade.

Aos Membros do Comitê de Assessoria Comunitária (CAC),

Não tenho palavras para agradecer a confiança e a maneira como vocês abraçaram as questões relacionadas ao cuidador informal de idosos. Agradeço pelo apoio, pela amizade e pelas contribuições valiosíssimas.

A toda minha família,

Agradeço pelo apoio em todos os momentos da minha vida e por se alegrarem e comemorarem comigo todas as minhas conquistas. Amo imensamente cada um de vocês.

A todos os bolsistas do Programa de Educação Tutorial – Enfermagem (UFG - Jataí) e monitores da disciplina de Saúde Coletiva,

Pela dedicação, pelo apoio e pelo compromisso no auxílio a este estudo. Agradeço também pela alegria contagiante e pelas ideias inusitadas e ao mesmo tempo brilhantes.

À Marise Ramos de Souza,

Pela amizade, parceria, apoio e estímulo para o desenvolvimento desta pesquisa e de muitos outros projetos.

À Sra. Veridiana Carvalho Bianco e ao Sr. Joaquim Ramos de Oliveira,

Pela amizade, pelo apoio e por aceitarem ser fotografados para modelos oficiais deste estudo.

À Coordenação da Atenção Básica de Jataí,

Por ter aprovado e apoiado a realização deste estudo, abrindo portas das Unidades Básicas de Saúde e disponibilizando dados relacionados a estas e aos profissionais de saúde sob esta coordenação .

À Coordenação do Condomínio Vila Vida na pessoa da Dona Maria Scopel,

Por disponibilizar o espaço físico para as reuniões do CAC. Isso foi fundamental para garantir o conforto dos membros do comitê, bem como a privacidade e a comunicação livre de interferências.

A Gabriel Peres de Oliveira e Raphael Brandão Pereira,

Por me auxiliar nos momentos de desespero e cruciais para a realização deste estudo.

À Patrícia de Sá Barros,

Pela amizade, pelo auxílio na análise estatística e por sempre à disposição para ajudar.

À Valéria Alves Carreiro,

Pela amizade e dedicação no cuidado com o meu filho e minha casa, durante os meus momentos de ausência.

À Tatiana Machiavelli Carmo Souza,

Pela amizade, parceria e apoio no cuidado com meu pequeno Arthur e na compreensão da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano.

À Lorrayne Emanuela Duarte da Silva e Marina Oliveira Chagas,

Pela amizade e ajuda valiosíssima na atenção e suporte aos cuidadores informais de idosos.

À coordenação e aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem –FEN,

Muito obrigada por todos os ensinamentos, a disponibilidade e a atenção. Vocês foram essenciais para o meu crescimento profissional e pessoal. Prossigo reproduzindo as palavras de Isaac Newton: " Se eu vi mais longe, foi por estar sobre os ombros de gigantes".

À professora Doutora Yolanda Rufina Condorimay Tacsi ,

Pela atenção e tradução do resumo do presente estudo.

Aos professores doutores Ana Luísa Lima Sousa, Valéria Pagotto, Marcelo Medeiros, Rosimere Ferreira Santana, Claci Fátima Weirich Rosso e Luana Cássia Miranda Ribeiro

Agradeço imensamente as contribuições para o refinamento do estudo. Elas foram preciosíssimas para o alcance do resultado final.

A Cristiana, Dayane, Lucimeire, Michele, Milton,

Meus companheiros da turma 2013, obrigada pela convivência ao longo desses anos, sempre me auxiliando e dividindo comigo os momentos de alegria e angústias. Adorei conhecê-los e os levarei para sempre no meu coração.

A todos os docentes, pessoal da área técnica administrativa e alunos do Curso de Graduação em Enfermagem – UFG-Regional Jataí,

Pelo apoio em muitos momentos, permitindo assim a viabilização e conclusão deste estudo.

Enfim, a todos que contribuíram de alguma maneira para a efetivação deste estudo.

Muito obrigada!

Cris.

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

(Leonardo Boff)

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES 11
LISTA DE TABELAS 12
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS 13
RESUMO 15
ABSTRACT 16
RESUMEN 17
APRESENTAÇÃO 18
1. INTRODUÇÃO 22
2. OBJETIVOS 29
2.1. Objetivo geral 29
2.2. Objetivos específicos 29
3. REFERENCIAL TEÓRICO 31
3.1. Envelhecimento populacional e as novas demandas para os cuidados em saúde 31
3.2. Políticas de atenção ao cuidador de idoso 39
3.3. Cuidador Informal de Idoso 43
3.4. Cuidador informal de idoso: desafios e intervenções 48
3.5. Pesquisa participante baseada na comunidade e Teoria bioecológica do desenvolvimento humano 58
3.5.1. Pesquisa Participante Baseada na Comunidade 58
3.5.2. Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano 63
4. DELINEAMENTO METODOLÓGICO 71
4.1. Tipo de estudo 71
4.2. Cenário do estudo 71
4.3. Participantes do estudo 73
4.4. Critérios de inclusão e exclusão dos participantes 75
4.5. Procedimentos e período de coleta de dados 76
4.5.1. I Fase – Formação de parceria com a comunidade 77
4.5.2. II Fase – Identificação de problemas relacionados ao cuidador informal de idoso 79
4.5.3. III Fase – Priorização de problemas relacionados ao cuidador informal de idoso 80

4.5.4. IV Fase – Levantamento das capacidades dos pontos fortes, dinâmicas e recursos da comunidade 81
4.5.5. V Fase – Planejamento de estratégias, método e intervenções de atenção ao cuidador informal de idoso 82
4.5.6. VI Fase – Implementação de estratégias, método e intervenções em atenção ao cuidador informal de idoso 83
4.5.7. VII Fase – Análise dos dados pelos membros do CAC 84
4.5.8. VIII Fase – Divulgação dos resultados obtidos pela parceria do CAC..... 84
4.5.9. Manutenção, sustentabilidade do CAC e avaliação das parcerias 85
4.6 Análise de dados 85
4.7. Aspectos éticos 86
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 88
5.1. Formação de parceria com a comunidade 88
5.2. A criação do Comitê de Assessoria Comunitária 91
5.3. Identificação e priorização de problemas relacionados aos cuidadores informais de idosos 99
5.4. Planejamento e implementação de ações relacionadas ao cuidador informal de idoso 104
5.4.1. Capacitação dos membros do CAC sobre os conceitos preconizados para definir o cuidador 109
5.4.2. Sensibilização dos profissionais da Estratégia Saúde da Família 110
5.4.3. I Encontro Multiprofissional de Atenção à Pessoa Idosa e ao Cuidador Informal 119
5.4.4. Cadastramento e construção do banco de dados dos cuidadores informais de idosos 122
5.4.5. Qualificação dos cuidadores informais de idosos 136
5.5. Análise de dados e divulgação dos resultados da pesquisa 143
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 145
REFERÊNCIAS 151
APÊNDICES 169
ANEXOS 177

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: A importância do processo de comunicação na PPBC 61
Figura 2: O cuidador informal de idoso na perspectiva da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Jataí, GO, Brasil, 2015 69
Figura 3: Caracterização do estado de Goiás por macrorregiões 71
Figura 4: Principais componentes nas fases de condução da PPBC 76
Figura 5: Diagrama arco-íris dos parceiros da comunidade 78
Figura 6: Conceitos de gravidade, urgência e tendência 81
Figura 7: Fluxograma de apresentação dos resultados obtidos na implementação de estratégias de atenção aos cuidadores informais de idosos por meio da PPBC. Jataí, GO, Brasil, 2015 88
Figura 8: Identificação de pessoas chaves na área de atenção ao idoso e ao seu cuidador informal. Jataí, GO, Brasil, 2015 90
Figura 9: Banner informativo sobre o cuidador informal de idosos fixado nas UBS. Jataí, GO, Brasil, 2015 114
Figura 10: Programação do I Encontro Multiprofissional de Atenção à Pessoa Idosa e ao Cuidador Informal. Jataí, GO, Brasil, 2015 120
Figura 11: Modelo da ficha cadastral aplicada aos cuidadores informais de idosos. Jataí, GO, Brasil, 2015 127

Quadro 1: Matriz de Priorização GUT (Gravidade – Urgência – Tendência) 81
Quadro 2: Atividades e participação dos membros do CAC nas reuniões desta pesquisa. Jataí, GO, Brasil, 2015 98
Quadro 3: Priorização dos problemas relacionados ao cuidador informal de idosos. Jataí, GO, Brasil, 2015 101
Quadro 4: Plano de ação para implementação de estratégias e atenção aos cuidadores informais de idosos. Jataí, GO, Brasil, 2015 106
Quadro 5: Cronograma de sensibilização dos profissionais das Equipes Saúde da Família. Jataí, GO, Brasil, 2015 111

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Participação dos profissionais das Equipes Saúde da Família nas atividades de sensibilização em atenção ao cuidador informal de idosos. Jataí, GO, Brasil, 2015 112
Tabela 2: Distribuição dos profissionais das Equipes Saúde da Família presentes na ação de sensibilização sobre o cuidador informal de idoso. Jataí, GO, Brasil, 2015 115
Tabela 3: Distribuição do número de cuidadores informais de idosos cadastrados por área/microárea. Jataí, GO, Brasil, 2015 127
Tabela 4: Perfil sociodemográfico dos cuidadores informais de idosos cadastrados por área. Jataí, GO, Brasil, 2015 128

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAz	Associação Brasileira de Alzheimer
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
APS	Atenção Primária de Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
CAC	Comitê de Assessoria Comunitária
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CBPR	Community-Based Participatory Research
CC	Cuidador Cadastrado
CI	Cuidador que participou da intervenção proposta pelo CAC
CLD	Cuidado de Longa Duração
CMI	Conselho Municipal do Idoso
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPEG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás
GUT	Gravidade, Urgência e Tendência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFG	Instituto Federal de Goiás
MCAC	Membro do Comitê de Assessoria Comunitária
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONG	Organização Não Governamentais
PC	Pessoa chave
PET	Programa de Educação Tutorial
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPBC	Pesquisa Participante Baseada na Comunidade
PPCT	Processo, Pessoa, Contexto e Tempo
PS	Profissionais da Área da Saúde

SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TBDH	Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
UNATI	Universidade Aberta da Terceira Idade

RESUMO

INTRODUÇÃO: O processo de envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e, concomitante a ele, emergiu um novo papel social – o cuidador informal –, visto como uma peça elementar para promover a qualidade de vida do idoso em alguma situação de dependência no domicílio. **OBJETIVO:** Descrever a construção e a implementação de estratégias de atenção e suporte aos cuidadores informais de idosos por meio da Pesquisa Participante Baseada na Comunidade. **MÉTODO:** Estudo descritivo guiado pelos princípios da Pesquisa Participante Baseada na Comunidade e realizado a partir da organização de um Comitê de Assessoria Comunitária (CAC), que envolveu participantes acadêmicos e da comunidade. Participaram do estudo 384 pessoas, sendo nove parceiros da comunidade, 255 profissionais que atuam nas estratégias saúde da família e 120 cuidadores informais de idosos. A investigação foi dividida nas seguintes fases: 1 - formação de parceria com a comunidade; 2 - identificação de problemas relacionados ao cuidador informal de idoso; 3 - priorização de problemas relacionados ao cuidador informal de idoso; 4 - levantamento das capacidades de pontos fortes, dinâmicas e recursos da comunidade; 5 - planejamento de estratégias, método e intervenções de atenção ao cuidador informal de idoso; 6 - implementação de estratégias, método e intervenções em atenção ao cuidador informal de idosos; 7 - análise dos dados pelos membros do CAC; 8 - divulgação dos resultados obtidos com a parceria do CAC; 9 - manutenção, sustentabilidade do CAC e avaliação das parcerias. Para o processo analítico dos resultados, utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin, para os dados qualitativos, e a análise estatística descritiva, para os dados quantitativos. Adotou-se como fundamentação complementar para análise dos dados a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. **RESULTADOS:** A partir da constituição do CAC identificaram-se, de maneira coletiva, 17 problemas enfrentados no cotidiano do cuidador informal de idoso. O uso da matriz de Gravidade, Urgência e Tendência possibilitou a priorização desses problemas para a tomada de decisão. Esse processo mobilizou a construção de um plano de ação composto por cinco estratégias: 1 - capacitação dos membros do CAC sobre os conceitos preconizados para definir o papel do cuidador; 2 - sensibilização dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a importância de incluir o cuidador informal como alvo de cuidados; 3 - realização do I Encontro Multiprofissional de Atenção à Pessoa Idosa e ao Cuidador Informal; 4 - cadastramento dos cuidadores informais de idosos do município; 5 - qualificação dos cuidadores informais de idosos. **CONCLUSÃO:** O uso da Pesquisa Participante Baseada na Comunidade possibilitou o empoderamento dos parceiros comunitários que se mobilizaram em prol dos cuidadores informais de idosos, desenvolvendo ações que incluíram o mapeamento dos cuidadores informais no município, a mobilização e a qualificação de profissionais da Estratégia Saúde da Família, e também a organização de espaços de cuidados. Nesse processo, constatou-se que essa abordagem de pesquisa fortalece a democratização da saúde por promover maior envolvimento e protagonismo social dos parceiros da comunidade, gerando ideias e ações concretas para o estabelecimento de estratégias de atenção aos cuidadores informais de idosos.

Palavras-chave: Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade**;** Cuidadores; Cuidadores familiares; Idoso.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The process of population aging is a worldwide phenomenon and, simultaneously, a new social role emerges - the informal caregiver-, seen as an essential component to promote elderly's quality of life in some dependency situation at home. **OBJECTIVE:** To describe the construction and implementation of care and support strategies for elderlies' informal caregivers through the Community Based Participatory Research. **METHOD:** A descriptive study guided by Community Based Participatory Research (CBPR) principles and carried out through the organization of a Community Advisory Committee (CAC), which involved academic and community participants. The study was attended by 384 people, nine community partners, 255 professionals working in family health strategies and 120 elderlies' informal caregivers. The research was divided into the following phases: 1 - establishment of the community partnership; 2 - identification of problems related to elderly's informal caregiver; 3 - prioritization of problems related to elderly's informal caregiver; 4 - capacity survey of community strengths, dynamics and resources; 5 – arrangement of strategies, method, support and care interventions to elderly's informal caregiver; 6 - implementation of strategies, method, support and care interventions to elderly's informal caregiver; 7 - data analysis by CAC members; 8- dissemination of results obtained with CAC partnership; 9 - maintenance, CAC sustainability and partnerships evaluation. For the results' analytical process, the content analysis proposed by Bardin was used for qualitative data and the descriptive statistical analysis was used for quantitative data. The Bioecological Theory of Human Development was adopted as a complementary basis for data analysis. **RESULTS:** Through the CAC constitution, there were identified, in a collective way, 17 problems faced in the elderly's informal caregiver daily life. The use of the Severity, Urgency and Trend matrix allowed these problems prioritization for decision making. This process mobilized the construction of an action plan composed by five strategies: 1 - teaching of CAC members about the concepts recommended to define the caregiver role; 2 - raising the knowledge of Family Health Strategy professionals about the importance of including the informal caregiver as a care focus; 3 - performance of the 1st Multiprofessional Care Meeting for Elderly and Informal Caregiver; 4 - recording of the city's informal caregivers of elderly people; 5 - qualification of the elderlies' informal caregivers. **CONCLUSION:** The use of Community Based Participatory Research enabled the community partners' empowerment, that mobilized themselves in support of elderlies' informal caregivers, developing actions that included the mapping of the city's informal caregivers of elderly people, mobilization and qualification of the Family Health Strategy professionals, and the organization of care spaces. In this process, it was verified that this research approach strengthens health democratization by promoting greater involvement and social protagonism of community partners, creating ideas and concrete actions for the establishment of care strategies for the elderlies' informal caregivers.

Key Words: Community Based Participatory Research; Caregivers; Family caregivers; Aged.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El proceso de envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial y concomitante a este surge un nuevo papel social - el cuidador informal -, siendo pieza fundamental para promover calidad de vida del anciano con alguna dependencia en el domicilio. **OBJETIVO:** Describir la construcción e implementación de estrategias de atención y soporte a los cuidadores informales de ancianos por medio de la investigación participante basada en la comunidad. **MÉTODO:** Estudio descriptivo guiado por los principios de la Investigación Participante basada en la Comunidad y realizado a partir de la organización de un Comité Asesor Comunitario (CAC), compuesto por académicos y miembros de la comunidad. Participaron 384 personas, siendo nueve socios de la comunidad, 255 profesionales que actuan en las estrategias de salud de la familia y 120 cuidadores informales de ancianos. La investigación fue dividida en fases: 1. Formación de cooperación con la comunidad; 2. Identificación de problemas relacionados al cuidador informal del anciano; 3. Priorización de problemas relacionados con el cuidador informal; 4. Levantamiento de las capacidades y puntos fuertes, dinámicas y recursos de la comunidad; 5. Planeamiento de estrategias, método e intervenciones de atención al cuidador informal; 6. Implementación de estrategias, métodos e intervenciones de atención al cuidador informal; 7. Análisis de los datos por los miembros del CAC; 8. Divulgación de los resultados obtenidos en cooperación del CAC; 9. Manutención, sustentabilidad del CAC y evaluación de la cooperación. Para el proceso analítico se utilizó el análisis de contenido propuesto por Bardin, para los datos cualitativos y análisis estadístico descriptivo para los datos cuantitativos. **RESULTADOS:** A partir de la constitución del CAC, se identifica, de manera colectiva, 17 problemas enfrentados día a día por el cuidador informal del anciano. El uso de la matriz de gravedad, urgencia y tendencia, posibilito y priorizo los problemas para la toma de decisión. Ese proceso movilizo la construcción de un plano de acción compuesto por cinco estrategias: 1. Capacitación de los miembros del CAC sobre los conceptos preconizados para definir el papel del cuidador; 2. Sensibilización de los profesionales de la estrategia de salud de la familia sobre la importancia de incluir al cuidador informal como centro de cuidados; 3. Realización del I encuentro multiprofesional de atención al anciano y al cuidador informal; 4. Registro de los cuidadores informales de ancianos en la municipalidad; 5. Calificación de los cuidadores informales de ancianos. **Conclusión:** El uso de la Investigación Participante Basada en la comunidad posibilito el empoderamiento de los socios comunitarios que se movilizaron en favor de los cuidadores informales de ancianos, desenvolviendo acciones que incluye desde el mapeamiento de los cuidadores informales en el municipio, movilización y calificación de profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia, hasta la organización de espacios de cuidados. En ese proceso fue constatado que esta investigación fortalece la democratización de la salud, por promover mayor envolvimiento y protagonismo social de los socios de la comunidad, generando ideas y acciones concretas para el establecimiento de estrategias de atención a los cuidadores informales de ancianos.

Palabras Claves: Investigación participativa basada en la comunidad; Cuidadores; Cuidadores familares; Anciano.

APRESENTAÇÃO

O ato de cuidar de uma pessoa idosa está presente em nossa sociedade desde a antiguidade. No entanto, em minha experiência pessoal, comecei a observá-lo mais atentamente em 2003, quando a minha querida avó Roberta José da Costa, octogenária, adoeceu e ficou acamada por quase cinco anos.

Inicialmente, em decorrência da patologia associada ao processo de envelhecimento, ela necessitava de ajuda para desempenhar as atividades instrumentais da vida diária; posteriormente, passou a precisar de auxílio também para a realização de algumas atividades básicas, como tomar banho e se vestir. Com a piora do quadro clínico, nos últimos meses de vida, tornou-se totalmente dependente. Assim, surgiu a demanda por cuidadores, e foi então que ocorreu a minha vivência relacionada à assistência ao idoso com dependência.

Dona Roberta, como era conhecida, era mãe de sete filhos vivos e quatro enteados. Era também avó de vinte dois netos, os quais começaram a se organizar para melhor atendê-la. Apesar de a maioria dos familiares ajudar nos cuidados diários, o que se observava cotidianamente era que uma das filhas, minha tia/madrinha, ficava com a maior responsabilidade da assistência.

No decorrer dos cinco anos em que minha avó esteve doente, minha tia/madrinha teve que alterar a sua própria vida em prol do cuidado com a mãe idosa, tendo com esse processo o agravamento de alguns problemas de saúde pré-existentes. Embora na ocasião eu já fosse enfermeira, confidencio que fiz muito pouco para auxiliá-la na sua atividade de cuidadora informal de idoso, acredito que por imaturidade e/ou inexperiência em compreender as necessidades do cuidador. Entretanto, o fato de vê-la, em vários momentos, negligenciando a sua vida e a sua saúde me deixava extremamente incomodada.

Em 2009, ao ser efetivada como docente da disciplina de Saúde Coletiva, no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG) – Regional Jataí, veio à tona a inquietação de anos, a saber, como auxiliar o cuidador informal a cuidar de si mesmo no período em que zela do idoso. Desse modo, comecei a implementar atividades relacionadas ao tripé da universidade, ou seja, ensino, pesquisa e

extensão, sendo essas voltadas para a área do envelhecimento e da atenção integral à saúde do idoso e dos seus cuidadores, tanto formais como informais.

Dos vários projetos desenvolvidos, destaco três atividades de extensão, as quais foram intituladas “1º, 2º e 3º Curso Básico para Cuidadores de Idosos”. Em cada uma das edições desses cursos, ficava mais evidente a carência dos profissionais, em especial os da área da saúde, para o atendimento dos cuidadores informais de idosos, visto que nos relatos destes era notório que o enfoque nos atendimentos era voltado predominantemente à pessoa idosa, excluindo, na maioria das vezes, o cuidador e suas necessidades de cuidado.

O conceito de “atenção” utilizado neste estudo se baseia na ideia de “atenção à saúde”, citada pelo Ministério da Saúde (2009) como um conjunto de ações que visam proporcionar o cuidado mais abrangente e de acordo com as reais necessidades do ser humano.

Diante dos relatos dos cuidadores de idosos, minha inquietação aumentava e, ao mesmo tempo, eu me sentia estimulada a buscar na literatura nacional e internacional produções científicas relacionadas à saúde desses sujeitos. Assim, identifiquei vários estudos relacionados com a sobrecarga, o adoecimento, a satisfação com o ato de cuidar e intervenções, na maioria pontuais, direcionadas ao cuidador informal de idoso.

Contudo, tais pesquisas apontaram lacunas teóricas em relação à necessidade de participação ativa do cuidador informal e de seu poder de decisão no tocante à própria saúde, bem como na utilização de recursos da comunidade para melhorar a sua qualidade de vida.

A imersão na literatura especializada e o desafio de buscar métodos, estratégias e meios de tornar o cuidador informal um protagonista no contexto do cuidado em saúde, aliados ao meu papel como docente, me impulsionaram a buscar qualificação em nível doutorado, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFG - Regional Goiânia.

Nessa conjuntura, surgiu a proposta de implementar o presente estudo, no qual o cuidador informal de idoso e a comunidade seriam fundamentais para atender aos princípios da Pesquisa Participante Baseada na Comunidade (PPBC), a qual, segundo Viswanathan et al (2004), permite desenvolver intervenções “com e para a comunidade”. Assim, os cuidadores informais de idosos, comunidade e pesquisadores compartilhariam conhecimentos e, sobretudo, o produziriam de maneira coletiva.

Para viabilizar a proposta do estudo, fez-se necessário buscar a fundamentação teórica e prática para estruturação adequada do método. Dessa maneira, a preciosa parceria com a professora Jeanne Marie Rodrigues Stacciarini, docente associada e diretora de diversidade e inclusão da Universidade da Flórida – Gainesville - EUA, especialista e competente pesquisadora na aplicação da presente abordagem metodológica, foi um ganho inestimável para levar o projeto adiante.

Além do aprofundamento teórico/metodológico, foi necessário aprimorar conhecimentos sobre como atuar junto a grupos. A realização do Curso de Coordenação de Grupos, no Instituto Brasileiro de Psicanálise, Dinâmica de Grupo e Psicodrama – SOBRAP – Regional Goiás, me proporcionou suporte para estruturar e coordenar o grupo de trabalho em parceria com a comunidade, e também me ajudou a compreender e avaliar a dinâmica grupal.

Dessa maneira, os esforços empreendidos ao longo de quatro anos de doutorado culminaram no estudo aqui apresentado, o qual está estruturado em capítulos. O primeiro e o segundo se referem à introdução, a qual contém a descrição do objeto de estudo, o delineamento do problema e a respectiva justificativa, além dos objetivos gerais e específicos da pesquisa. O terceiro capítulo foi destinado ao referencial teórico, composto por tópicos referentes a: 1) envelhecimento populacional e as novas demandas para os cuidados em saúde; 2) políticas de atenção ao cuidador de idoso; 3) cuidador informal de idoso; 4) cuidador informal de idosos: desafios e intervenções; 5) pesquisa participante baseada na comunidade e teoria bioecológica do desenvolvimento humano.

O quarto capítulo destinou-se ao delineamento metodológico, e o quinto, à apresentação dos resultados e da discussão. Por último, são apresentadas as considerações finais, as referências, os apêndices e os anexos.

"Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência"
(Leornado Boff)

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um relevante fenômeno mundial. No Brasil, assim como nos demais países da América Latina e do Caribe, a transição demográfica ocorre em ritmo mais acelerado do que o notabilizado em nações desenvolvidas, sendo que nas próximas décadas a estimativa é de que aconteça aumento expressivo na proporção de pessoas idosas (BANCO MUNDIAL, 2011; CAMARANO, 2002; LEBRÃ, 2009; VERAS, 2009). Estima-se que a porcentagem de idosos variará de 13,7% em 2014 para 18,6% em 2030 e 33,7% em 2060 (IBGE, 2015a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2005), a estimativa é que até o ano 2025, o Brasil seja considerado o sexto país em número de idosos. O conceito utilizado para idoso neste trabalho é o de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, conforme preconizado no Estatuto do Idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O século XXI é considerado como o período do envelhecimento populacional (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011) e marcado por inúmeros desafios. De acordo com a literatura, o mais significante deles está relacionado com o cuidado a ser dispensado a essa crescente população de pessoas idosas, visto que a maioria apresenta doenças crônicas e degenerativas (BEZERRA; ALMEIDA; NÓBREGA-THERRIN, 2012; KUCHEMANN, 2012; LUCCHESI, 2017) e alguns desses lidam com a presença de limitações funcionais (VERAS, 2009).

Com isso, estabelece-se a transição de um cenário que antes era assinalado por enfermidades próprias de uma população jovem para um quadro de doenças complexas, onerosas, múltiplas e de longa duração, exigindo a necessidade de dar cuidados contínuos a esses indivíduos (VERAS, 2009).

Contudo, o idoso com algum tipo de dependência física e cognitiva, assim como a sua família, podem ser percebidos, no contexto brasileiro, como mais um segmento excluído da sociedade, tanto no que se refere à saúde quanto aos aspectos sociais (MAZZA; LEFERE, 2005). Apesar de as políticas públicas brasileiras regulamentarem questões referentes ao envelhecimento populacional, com a preconização de que o cuidado atribuído à pessoa idosa seja de responsabilidade do Estado, da sociedade e da família (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988; MINISTÉRIO

DA SAÚDE, 2003), o que se constata no cotidiano é que a família assume a maior responsabilidade pelo cuidado desse indivíduo, enquanto o Estado exerce o apoio pontual, com poucas responsabilidades (FERNANDES; SOARES, 2012).

Embora a família seja compreendida como a principal fonte cuidadora do idoso, percebe-se na prática a inexistência de políticas que especificam os papéis atribuídos a ela, assim como os tipos de apoio que as redes de serviços devem ofertar ao idoso e aos familiares cuidadores (BONFIM, 2017; FERNANDES; SOARES, 2012).

O apoio e a rede de suporte ao idoso podem acontecer de maneira informal (FERNANDES; SOARES, 2012). Assim, a atenção concedida à pessoa idosa está diretamente relacionada com a presença de um cuidador no âmbito domiciliar, o qual a auxilia no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária (MAZZA; LEFERE, 2005), contribuindo significativamente para a prevenção, proteção e recuperação da saúde do ser cuidado (MARQUES et al., 2011).

O cuidado no âmbito domiciliar é efetivado pelo cuidador informal, o qual voluntariamente auxilia o idoso nas suas necessidades, sendo esse caracterizado por familiares, amigos, vizinhos e membros da comunidade (CALDAS, 2003; PATROCÍNIO, 2015; VIEIRA et al., 2011;). Entretanto, a família, em geral, é a principal responsável pelo cuidado informal da pessoa idosa (LOUREIRO et al., 2014).

Geralmente, os cuidadores informais de idosos assumem o cuidado em período integral e ininterrupto. Isso pode acarretar diversos danos à saúde de quem cuida devido à presença de agentes estressores relacionados à atividade de cuidar da pessoa idosa, os quais influenciam diretamente na qualidade de vida desses indivíduos, trazendo-lhes comprometimentos biopsicossociais (ANJOS et al., 2015; BAPTISTA et al., 2012; BAUAB; EMMEL, 2014).

O ato de cuidar do idoso é complexo e inclui em seu contexto variáveis positivas e negativas (MAFRA, 2011). As evidências mostram que o cuidado com a pessoa idosa exige esforço físico, mental, psicológico, social e econômico, e tudo isso muitas vezes ultrapassa os limites suportados pelo cuidador (MAFRA, 2011).

Nesses termos, o cotidiano do cuidador informal de idoso apresenta inúmeros desafios que podem ser compreendidos em quatro grandes grupos: questões relacionadas aos aspectos emocionais e interpessoais; dificuldades financeiras; necessidades de apoio informacional; e necessidades de suporte prático-instrumental (DOMÍNGUEZ GUEDEA et al., 2009).

Apesar de os dados revelarem inúmeros desafios na prática do cuidador

informal de idoso, percebe-se que ele é pouco evidenciado nas investigações e nos cuidados, sendo na maioria das vezes relegado a segundo plano em detrimento das necessidades da pessoa idosa (ARAÚJO et al., 2013). Além disso, nas políticas públicas não há o reconhecimento do cuidador na atenção diária dispensada ao idoso (GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA, 2005), o que passa a ser uma das lacunas encontradas no planejamento de políticas públicas de atenção à saúde da pessoa idosa (GARBIN et al., 2010).

A maioria dos estudos sobre o cuidador informal o retratam como portador de diversas carências. As investigações sinalizam para a necessidade de se traçarem estratégias de suporte e apoio aos cuidadores informais, a fim de minimizar os níveis de sobrecarga, os desconfortos psicológicos e as tensões (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016; DELALIBERA et al., 2015; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013). Apontam também para a necessidade de garantir condições de assistência à saúde e o autocuidado (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011; LOUREIRO et al., 2014); de melhorar sua qualidade de vida (ANJOS et al., 2015); de promover intervenções e políticas de suporte voltadas para o cuidador (LOPEZ-HARTMANN et al., 2012; SOUZA et al., 2015a); de realizar ações de qualificação e formação (DÍAZ-ÁLVAREZ; ROJAS-MARTÍNEZ, 2009; MIRANDA et al., 2015); de avaliar a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada (VIEIRA et al., 2012); de compreender a família cuidadora como parceira do cuidado ao idoso (GONÇALVES et al., 2013); de verificar o estresse e o *coping* do cuidador informal (ROCHA; PACHECO, 2013).

Tais evidências reafirmam a premissa de que os cuidadores informais, ao cuidar do idoso, estão expostos a riscos que comprometem sua saúde**.** Emerge, assim, a necessidade de uma atenção integral e de ações de suporte para esses indivíduos. Contudo, esse tipo de atenção ainda se caracteriza como grande desafio a ser superado no contexto brasileiro (NASCIMENTO et al., 2008; NAVAIE-WALISER et al., 2002).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) concebe o cuidador informal, em especial o familiar, como um parceiro fundamental nos cuidados à saúde do idoso. As evidências científicas sinalizam para a necessidade de efetivar suporte e apoio a esse indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; NERI; VIEIRA 2013; OLIVEIRA; PEDREIRA, 2012; TOMOMITSU; PERRACIN, 2013; RESENDE; DIAS, 2008). Apesar disso, verifica-se que essas iniciativas são isoladas e, na maioria das vezes, pontuais e desarticuladas do sistema público

(RESENDE; DIAS, 2008).

Em países desenvolvidos como Alemanha, Dinamarca e Estados Unidos, os cuidadores informais são valorizados, visto que se reconhece oficialmente a necessidade de eles receberem diferentes tipos de suportes dos setores públicos e privados (PASINATO; KORNIS, 2010). Um desses suportes é a previsão de contribuições previdenciárias para o cuidador e um período destinado ao descanso do ato de cuidar (PASINATO; KORNIS, 2010).

Como profissão da área da saúde, a enfermagem tem papel fundamental na atenção e no apoio ao cuidador de idoso, sobretudo na avaliação de situações de riscos à saúde e no planejamento de intervenções, a fim de evitar complicações (FUHRMANN et al., 2015). Os profissionais que atuam na atenção primária à saúde, em particular, têm uma importante missão de oferecer cobertura de cuidados a esse grupo, tanto no âmbito da instituição quanto no domicílio (PEDREIRA; OLIVEIRA 2012; SILVA; VICENTE; SANTOS, 2014).

Por essa razão, é fundamental que o enfermeiro seja capaz de sistematizar estratégias de suporte e de apoio aos cuidadores de idosos. Entretanto, a literatura nacional indica a carência de intervenções baseadas em evidências e que possam ser aplicadas na atuação da Enfermagem junto às famílias cuidadoras da pessoa idosa (OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012).

Além disso, Domínguez Guedea et al. (2009), em pesquisa realizada no México, mostram a necessidade de se desenvolver estudos que focalizem a implementação de estratégias de atenção direcionadas ao cuidador de idoso no âmbito domiciliar. Ainda segundo os referidos autores, é necessário existir dados de pesquisas que reconheçam as reais necessidades desses indivíduos.

A revisão sistemática da literatura realizada para a condução desta tese apontou que parcela significativa dos estudos identificados, tanto os nacionais quanto internacionais, é de natureza observacional (ARAÚJO; PAUL; MARTINS, 2011; BRINDA et al., 2014; DEL DUCÁ; THUMÉ; HALLAL, 2011; DE VALLE-ALONSO et al., 2015; KAHN et al., 2016; MIRANDA et al., 2015). Identificou-se, ainda, que há uma carência de pesquisas cuja abordagem metodológica considere e valorize a participação ativa da comunidade, mobilizando-a para ser mais proativa na busca por soluções de problemas relacionados a essa temática.

Segundo Karmaliani et al. (2009), o caminho mais efetivo para melhorar a saúde da comunidade é envolvê-la no sistema, de modo que suas necessidades e

preferências possam ser atendidas com mais resolutividade e eficácia. Nesse sentido, emerge o empoderamento da comunidade, o qual é considerado como fundamental no mapeamento de necessidades dos cuidadores informais de idosos e na potencialização de recursos comunitários, a fim de propiciar transformações que sejam de fato relevantes para a população em estudo e a sociedade em geral.

A crença em modelos de investigação que pudessem ser mais eficientes na produção de resultados práticos no contexto da saúde de cuidadores informais de idosos e que também permitissem explorar o objeto do presente estudo, ou seja, o processo de construção de estratégias de atenção aos cuidadores informais de idosos, nos levou a identificar abordagens que fizessem sentido diante dos anseios dos pesquisadores e que encontrassem, nas evidências, justificativas suficientes para empreender uma pesquisa nessa perspectiva, o que foi consolidado nas revisões ora realizadas.

Adotou-se como abordagem da presente investigação a Pesquisa Participante Baseada na Comunidade (PPBC). Ela permite estabelecer uma relação estreita e integral entre o pesquisador e os pesquisados, com valorização das diversidades culturais (ISRAEL et al., 2013), do conhecimento e das prioridades da comunidade, sem deixar de lado o rigor necessário ao estudo científico (HOROWITZ; ROBINSON; SEIFER, 2009).

Para tanto, foi realizada a revisão sistemática da literatura em cinco bases (CINAHL, LILACS, PUBMED, PsycINFO e Web of Science), buscando por informações sobre o idoso, o cuidador e a PPBC, no período compreendido entre 2009 e 2016, nos idiomas inglês, português e espanhol. Identificaram-se 968 artigos que remetiam às questões envolvendo o idoso e/ou seu cuidador informal, dos quais foram selecionados 54. Somente quatro desses estudos tiveram como objeto de estudo o cuidador informal (familiar) de idosos (AUSTROM et al., 2010; ETKIN et al., 2012; MENDEZ-LUCK et al., 2011; MORGAN et al., 2014). Os demais artigos enfocaram os aspectos relacionados ao próprio idoso.

Frente a esse resultado, emergiram dois questionamentos, os quais direcionaram a presente investigação: Como construir e implementar estratégias de atenção aos cuidadores informais de idosos usando como abordagem a PPBC? Como a participação ativa de todos os envolvidos no processo de cuidar pode contribuir para o cuidador informal de idosos?

Assim, por se tratar de uma temática incipiente e relevante para a saúde pública brasileira, em particular para o profissional enfermeiro, espera-se que as experiências vivenciadas e apresentadas neste estudo forneçam subsídios para a implementação de políticas públicas relacionadas ao cuidado com a pessoa idosa, nas quais sejam destacados o papel e a importância do cuidador informal.

Também espera-se que os dados contribuam para embasar a prática assistencial do enfermeiro, em especial dos que atuam na atenção primária de saúde, no sentido de que esse profissional compreenda as necessidades do cuidador informal de idoso e, sobretudo, o valorize e o envolva no processo saúde, cuidado e doença.

Finalmente, acredita-se que o estudo possa oferecer elementos para a continuidade de investigações sobre a construção de estratégias de atenção aos cuidadores informais de idosos, sobretudo por abordagens participativas, pois acredita-se que esse seja um dos meios mais efetivos para promover a saúde e a qualidade de vida do binômio cuidador e idoso.

"Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão".
(Paulo Freire)

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Descrever a construção e implementação de estratégias de atenção aos cuidadores informais de idosos por meio da pesquisa participante baseada na comunidade.

2.2. Objetivos específicos

- Criar Comitê de Assessoria Comunitária com participação ativa de parceiros da comunidade e membros da academia;
- Identificar os principais problemas enfrentados no cotidiano dos cuidadores informais de idosos, a partir da perspectiva deles mesmos e dos membros do Comitê de Assessoria Comunitária;
- Construir e implementar estratégias de atenção ao cuidador informal de idosos;
- Avaliar os resultados da pesquisa numa perspectiva processual e colaborativa entre parceiros comunitários e acadêmicos.

"Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano do outro torna-se um radar de alta sensibilidade; se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria". (PESSINI; BERTACHINI, 2006)

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresenta-se as concepções teóricas que subsidiaram esse estudo. Estas foram elaboradas em cinco tópicos: 1- Envelhecimento populacional e as novas demandas para os cuidados em saúde; 2- Políticas de atenção ao cuidador de idoso; 3 - Cuidador informal de idoso; 4- Cuidador informal de idosos: desafios e intervenções; 5 - Pesquisa participante baseada na comunidade e Teoria bioecológica do desenvolvimento humano.

3.1. Envelhecimento populacional e as novas demandas para os cuidados em saúde

O envelhecimento populacional é reconhecido internacionalmente como uma das maiores conquistas alcançadas pela humanidade (KALACHE, 2012; OMS, 2005). Os indivíduos idosos em países em desenvolvimento, ou seja, com idade de 60 anos ou mais eram 600 milhões no ano 2000 e atingirão aproximadamente dois bilhões em 2050, englobando os países desenvolvidos e em desenvolvimento (ONU, 2002).

O aumento do número de pessoas idosas se deve aos inúmeros avanços ocorridos no século 20, relacionados à evolução tecnológica e científica na assistência à saúde, ao controle de doenças infecciosas e à melhoria nos setores social e econômico (BANERJEE, 2015; FLORIANO et al., 2012). Além disso, o declínio nos coeficientes de fecundidade e uma queda, em menor proporção, nas taxas de mortalidade em todas as faixas etárias também explicam esse fenômeno (CAMARANO; KANSO, 2009; IBGE, 2010a).

O processo de envelhecimento no Brasil, assim como em outras nações em desenvolvimento, ocorre em ritmo acelerado e em uma proporção maior do que nos países desenvolvidos. Essa mudança na pirâmide populacional na maioria dos países de primeiro mundo aconteceu por volta de 10 décadas ou em mais de um século, ao passo que, no contexto brasileiro, esse aspecto sucederá em aproximadamente duas décadas (2011 a 2031) (BANCO MUNDIAL, 2011; VERAS, 2012). Desse modo, o quantitativo de indivíduos com idade de 60 anos ou mais tende a triplicar nos próximos

quatro decênios, colocando o Brasil como a sexta nação em quantidade de pessoas idosas (BANCO MUNDIAL, 2011; OMS, 2005).

Nesse segmento, o contingente de idosos brasileiros referenciados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos censos demográficos dos anos de 2000 e 2010, corresponderam a 14.377.562 e 20.590.597 respectivamente. Já a proporção dessa população passou de 9,7%, em 2004, para 13,7%, em 2014, com projeções de que, em 2030, se alcance o índice de 18,6%, e, em 2060, de 33,7% (IBGE, 2015a). É possível verificar um crescimento considerável no grupo de indivíduos com 80 anos ou mais de idade na população, o qual passou de 1,2%, em 2004, para 1,9%, em 2014 (IBGE, 2015a).

As projeções para 2040 mostram que os indivíduos muito idosos serão responsáveis por um quarto da população idosa e cerca de 7% da população total, representando um contingente populacional de aproximadamente 13,7 milhões (CAMARANO; MELLO, 2010). De fato, a expectativa de vida dos brasileiros também aumentou significativamente, uma vez que, em 2000, o índice era de 69,8 anos, passando para 73,9 em 2010, com projeções de 76,7, em 2020; 78,6, em 2030; e 80,7 anos, em 2040 (IBGE, 2013a).

Nessa direção, identificou-se que, em 1998, as mulheres ao completarem 60 anos tinham uma expectativa de vida de 2,8 anos a mais que os homens, em média. Já em 2008, elas representavam cerca de 3,2 anos a mais que os indivíduos do sexo masculino (CAMARGOS; GONZAGA, 2015).

Ao mesmo tempo em que o aumento da expectativa de vida se constituiu em uma conquista para a sociedade, ele também trouxe reflexos em diversos setores, como, por exemplo, o social e o de saúde. Isso impactou na diminuição considerável da população economicamente ativa, na ampliação das despesas previdenciárias, na necessidade de uma rede de suporte social, no acréscimo dos índices de condições crônicas nos idosos, entre outros problemas relacionados aos aspectos socioeconômicos (BEARD; BLOOM, 2015; CARREIRA; RODRIGUES, 2010).

Com isso, observaram-se alterações significativas nas principais causas de morbidades e mortalidades da população idosa. Tal fato determinou uma transição epidemiológica assinalada pela diminuição progressiva das mortes por patologias infectocontagiosas e agudas, e, concomitantemente, o aumento expressivo nas mortalidades por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Nesse sentido, o perfil da população idosa brasileira constatado pelo IBGE (2014) mostrou que a maioria dos idosos são do sexo feminino (55,7%), de cor branca (54,5%), residem nas áreas urbanas (84,3%), com escolaridade equivalente a 4,2 anos de estudos e receberam algum tipo de benefício da previdência social. Ademais, 47,8% possuíam rendimento superior a um salário mínimo, convivem no domicílio com a presença de outra pessoa (84,9%), com quem estabelecem alguma relação familiar (cônjuge, filho ou outro parente) e são reconhecidos como a pessoa de referência no domicílio (64,2%) (IBGE, 2014).

No que se refere ao perfil de saúde, Nunes et al. (2015) identificaram que 63,5% dos idosos possuíam duas ou mais doenças, 65,8% tinham dificuldades em pelo menos uma atividade instrumental de vida diária, 43,3% relataram a necessidade de um cuidador, 26,1% manifestaram declínio cognitivo e 18,5%, sintomas depressivos.

Nesse contexto, Singh (2012) relatou que os problemas de saúde relacionados aos idosos podem ser classificados em três grupos, os quais se associam com patologias relacionadas diretamente com o processo de envelhecimento, DCNT e problemas psicológicos.

Em se tratando das DCNT, as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas foram as principais responsáveis pelas causas de mortes em indivíduos com idade inferior a 70 anos, assim como pela perda de qualidade de vida e capacidade funcional (IBGE, 2013b; SEIMA; LEINARDT; CALDAS, 2014). De acordo com o IBGE (2010b), o percentual de mulheres com doenças crônicas correspondeu a 35,2%, ao passo que, em homens, equivale a 27,2% – a proporção de pessoas com DCNT aumentou conforme se elevou a faixa etária; por conseguinte, para a faixa de 50 a 64 anos, 17,1% e 28,3%, respectivamente, para aqueles indivíduos com 65 anos ou mais.

As DCNT são múltiplas, mas se assemelharam por serem de longa duração e demandarem, na maioria das vezes, cuidados permanentes, exigindo que o indivíduo modifique o estilo de vida (CARREIRA; RODRIGUES, 2010; CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010). São ainda complexas, onerosas e demandam cuidados de saúde contínuos por parte dos idosos, podendo acarretar incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde (VERAS, 2009), inclusive por fatores multicausais decorrentes do próprio envelhecimento (DELLAROZA et al., 2013). Por essa razão, as condições geriátricas deveriam receber atenção nas políticas de saúde tanto

quanto às DCNT (LU; CHANG; WU, 2016).

O envelhecimento populacional e a maior exposição às DCNT caracterizaram-se como um dos maiores desafios para manter a qualidade de vida das pessoas com 60 anos ou mais de idade, além de influenciar no aumento do percentual de indivíduos sem autonomia e com dependência – tal quadro é intensificado devido a alguns aspectos como pobreza e desigualdade social, os quais predominaram na maioria dos países em desenvolvimento (CAMARANO, 2010). A questão da dependência do idoso foi reconhecida como um problema que traz várias implicações tanto para o dependente quanto para o seu cuidador (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

Moraes (2012) asseverou que a independência e a autonomia estavam diretamente relacionadas ao funcionamento dos principais sistemas do organismo do indivíduo. Logo, a independência estava intimamente interligada à capacidade funcional que, por sua vez, foi retratada como a competência para executar as Atividades de Vida Diária (AVD) sem a necessidade de auxílio de outras pessoas (BAUAB; EMMEL, 2014). As AVD podem ser classificadas como básicas, instrumentais e avançadas, em que a primeira se associa a atividades essenciais para manter a autopreservação e a sobrevivência do ser humano, como tomar banho, vestir-se, higiene pessoal (uso do banheiro), transferência, continência esfincteriana e alimentar-se sozinho (CARNEIRO; FRANÇA, 2011; MORAES, 2012).

O declínio funcional nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) pode ser classificado conforme Moraes (2012) em:

1. Independência: quando o indivíduo é capaz de realizar todas as atividades básicas de vida diária sem o auxílio de outras pessoas;
2. Semidependência: quando se apresenta o comprometimento de, no mínimo, uma das funções relacionadas ao banho, a vestir e ao uso do banheiro;
3. Dependência incompleta: quando ocorre o comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/ou continência), além das mencionadas na semidependência;
4. Dependência completa: considerado o grau máximo de dependência, em que há o comprometimento de todas as AVD

Já as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) foram relacionadas às ações mais complexas do que as descritas nas ABVD, sendo responsáveis por determinar se o idoso pode viver sozinho na comunidade. Elas são tarefas ligadas ao cuidado intradomiciliar ou doméstico, como preparar alimentos, fazer compras,

controlar o dinheiro, usar o telefone, realizar trabalhos domésticos, lavar e passar roupa, utilizar corretamente os medicamentos e sair de casa sozinho (CARNEIRO; FRANÇA, 2011; LAWTON; BRODY, 1969; MORAES, 2012).

As atividades de vida diária avançadas são individualizadas e de difícil generalização. Elas dizem respeito à integração social, incluindo ações produtivas, recreativas e sociais, como trabalho formal ou não, gestão financeira, direção veicular, participação em atividades religiosas, serviço voluntário, organização de eventos, uso de tecnologias, dentre outras (CARNEIRO; FRANÇA, 201; MORAES, 2012).

Em estudo realizado em sete cidades da América Latina e Caribe, constatou-se que o Brasil, em relação aos países investigados, foi o que apresentou maior número de idosos dependentes, ou seja, com dificuldades ABVD e/ou AIVD (MENÉNDEZ et al., 2005; PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012). Além disso, a cidade brasileira, São Paulo, ocupou o segundo lugar em número de variáveis associadas à dificuldade para realizar ABVD e primeiro, para a AIVD (MENÉNDEZ et al., 2005).

Na Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 pelo IBGE, observou-se que 6,8% das pessoas de 60 anos ou mais de idade tinham limitação funcional para realizar suas AVD. Quanto mais elevada a idade dos idosos brasileiros, maior era a proporção de indivíduos com limitações funcionais, ou seja, 2,8% para sujeitos com idade de 60 a 64 anos e 15,6%, para as com 75 ou mais (IBGE, 2015b).

Por outro lado, a referida pesquisa mostrou que, entre os 6,8% dos idosos brasileiros que citaram alguma limitação funcional para realizar suas AVD, 84,0% precisavam de ajuda para realizá-las, enquanto 10,9% destes não a recebia. Dentre os que eram auxiliados, 17,8% tinham de pagar pelos cuidados (familiar ou não familiar, residente ou não no mesmo domicílio) e 78,8% recebiam cuidados de algum membro da família (residente ou não no mesmo domicílio, com ou sem remuneração) (IBGE, 2015b).

Oliveira, Neri e D'Elboux (2013) verificaram que, em relação ao gênero, as mulheres apresentaram maior número de incapacidades para a realização das ABVD (12,42%). Também se notou o predomínio do grupo feminino (20,4%) entre os idosos que demonstraram possuir limitação para exercer as AIVD (IBGE, 2015b).

As evidências mostraram uma associação entre a dependência para ABVD e os idosos com diabetes mellitus, acidente vascular encefálico e doenças cardíacas – esta última patologia também relacionada com os casos de dependência para AIVD (BARBOSA et al., 2014).

Em referência à limitação funcional para AIVD, outra pesquisa apontou que, entre os idosos acometidos por acidente vascular cerebral, 83,4% eram dependentes e comprometidos em três ou mais AIVD; e em se tratando dos indivíduos com diagnóstico de catarata, 66,6% eram dependentes e, destes, 61,9% apresentaram comprometimento em três ou mais AIVD. Já para os idosos com quadro clínico de cardiopatias, 65,0% eram dependentes, e, desses, 55,0% estavam comprometidos em três ou mais AIVD. Assim, a deficiência visual e o acidente vascular cerebral foram as morbidades que mais influenciaram no grau de dependência do idoso, tanto no caso das AVD quanto no das AIVD (RODRIGUES et al., 2008).

Os dados indicaram que a incapacidade funcional determinou o aumento na utilização dos serviços de saúde por parte dos idosos (FIALHO et al., 2014). Assim, o envelhecimento populacional associado com a dependência emergiu-se como um novo desafio para a saúde pública brasileira, pois, apesar de existirem políticas nacionais voltadas à atenção à pessoa idosa, na prática os recursos existentes e destinados ao atendimento do idoso dependente têm sido precários e insuficientes, frente ao rápido aumento de indivíduos com essa característica no Brasil (BAUAB; EMMEL, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2011), quando o idoso possui uma limitação da capacidade que o impede de viver de forma independente, seja por causa da dificuldade de locomoção, fragilidade ou outros declínios no funcionamento físico e cognitivo, ele necessitará de algum tipo de Cuidado de Longa Duração (CLD). Tal situação gerará ônus significativo, com impacto na sociedade e nas famílias das pessoas idosas, pois nos países em desenvolvimento, ainda é precária a infraestrutura estabelecida e acessível aos idosos que necessitam desse tipo de assistência (OMS, 2011).

Os países desenvolvidos também enfrentaram dificuldades no que concerne à provisão de cuidados aos idosos, embora já tivesse a oferta da assistência à pessoa idosa incluída nos sistemas de seguridade social. Em todos eles, os cuidados para a população de 60 anos ou mais de idade é sempre um desafio, o que levou à necessidade de refletir sobre a obrigação do cuidado: Ela é do Estado, das famílias ou do mercado privado? (CAMARANO, 2010). Para a referida autora, essa responsabilidade deveria ser compartilhada entre os referidos atores sociais, assim como, organizações religiosas, organizações não governamentais (ONG) e pessoas com disponibilidade para a função.

Tal entendimento também foi um preceito disposto no art. 230 da Constituição da República Federativa do Brasil (CONSTITUIÇÃO FEDERAL,1988), assim como no art. 3º do Estatuto do Idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003**).** Eles mencionaram que a obrigação de cuidar do idoso é um dever da família, da sociedade e do Estado, assegurando a ele o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Contudo, a situação referente ao CLD do idoso dependente no Brasil é ainda preocupante, suscitando a necessidade de discussões com vários atores, bem como de se espelhar nas experiências dos países desenvolvidos que já enfrentaram a questão da dependência (MENDONÇA, 2015). Na Espanha, por exemplo, a aprovação da Lei nº 39, de 2006, regulamentou a promoção da autonomia pessoal e atenção às pessoas em situação de dependência. Tal ação preconizou a assistência nos serviços de teleassistência, atenção domiciliar, centro-dia, residências e instituições de longa permanência para idosos (ILP). Além disso, a família receberá apoio financeiro, caso seja necessário buscar tais serviços em outros municípios ou contratar cuidadores formais (MENDONÇA, 2015).

Outros exemplos internacionais podem ser citados, a saber: 1 - seguro-cuidado disponibilizado na Alemanha, que atende indivíduos com nível moderado de dependência; 2 - seguro de assistência cuidado de longa duração no Japão, cujo propósito é minimizar a sobrecarga das famílias cuidadoras de pessoas com 65 anos ou mais, que vivem em situação de dependência, cujo *slogan* defende que os cuidados aos idosos devem ser dispensados pela sociedade (MENDONÇA, 2015; PIETRO, 2013); 3 - e a ação da Dinamarca que merece destaque, uma vez que é considerado país pioneiro e modelo no cuidado à pessoa idosa, sendo o CLD uma obrigação do Estado; logo, a família cuida do idoso com a cooperação do sistema formal (PASINATO; KORNIS, 2010).

Ainda segundo Pasinato e Kornis (2010), a Dinamarca destacou-se pelo caráter proativo, ou seja, o Estado avaliou periodicamente as condições do idoso, a fim de acompanhar a transição gradual e adaptativa entre uma situação marcada pela total independência e autonomia do idoso para uma perda desses aspectos.

Contudo, os CLD podem ser ofertados em diversos cenários, como domicílio, comunidade e instituições (CAMARANO; MELLO, 2010). Podem ser disponibilizados por redes sociais de apoio ao idoso, as quais são denominadas como formal (relações

profissionais, como hospitais, ambulatórios, asilos, centro-dia, unidade de apoio domiciliar, entre outros) e informal (relações de parentesco, amizade e coletividade, a exemplo de cônjuge e filhos) (BOCCHI; ANGELO, 2008). Como nas políticas brasileiras o cuidado com idoso não está claramente definido, compete à família a responsabilidade por auxiliar o idoso com dependência física e/ou cognitiva, sendo esta com pouco apoio do Estado (CAMARANO; MELLO, 2010).

Internacionalmente, notou-se que em alguns países desenvolvidos há um comprometimento tanto no setor público quanto no privado em prol de que o cuidado para com a pessoa idosa aconteça nos próprios lares e/ou comunidades. Essa alternativa tem como propósito reduzir os custos com os atendimentos requeridos pelo idoso, bem como, assegurar o seu bem-estar (PASINATO; KORNIS, 2010), visto que o cuidado é oferecido prioritariamente por membros da família, como no caso da Espanha, da Inglaterra e dos Estados Unidos (SOLÉ-AURÓ; CRIMMINS, 2014).

A exploração do contexto da atenção à saúde do idoso no Brasil e no mundo permite a afirmação de que o aumento progressivo do número de pessoas com idade igual ou maior 60 anos que demandam cuidados para as atividades básicas e instrumentais de vida diária levou ao surgimento de cuidadores, os quais segundo Patrocínio (2015), pode ser familiar ou profissional, tanto no âmbito domiciliar quanto institucional. Contudo, com o aumento progressivo dessa assistência no domicílio por membros da família (NARDI; OLIVEIRA, 2008), denotou-se a necessidade de se conceder uma atenção maior ao núcleo familiar de cuidado, no intuito de melhorar a qualidade e a quantidade dos cuidados promovidos ao idoso (BAUAB; EMMEL, 2014).

3.2. Políticas de atenção ao cuidador de idoso

O envelhecimento populacional embora já seja uma realidade no contexto brasileiro vem acompanhado por vários desafios para as políticas públicas e sociais, pois estas ainda encontram-se traçadas na perspectiva de um país jovem, (KALACHE, 2012).

Segundo Kalache (2012), o Brasil apresenta avanços em relação ao arcabouço legal das políticas públicas de garantia de direitos às pessoas idosas, mas há muito a ser efetivado, a fim de que as necessidades dos idosos sejam atendidas na integralidade. Vale ressaltar que a implantação e a implementação de políticas que enfoquem ações intersetoriais e que ofereçam suporte para a família, o idoso independente ou dependente e a sociedade como um todo, ainda se caracterizam como um importante desafio (BERZINS; BORGES, 2012).

No Brasil, a família é compreendida como a principal e mais efetiva alternativa de suporte informal às pessoas idosas, sendo a única opção de apoio em alguns países (CAMARANO, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). Por isso, neste texto abordou-se questões relacionadas à família do idoso, por ser esta o tipo majoritário de cuidador informal.

Legislações brasileiras como a Constituição da República Federativa do Brasil (CONSTITUIÇAO FEDERAL, 1988), a Política Nacional do Idoso (CONGRESSO NACIONAL, 1994) e o Estatuto do Idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003) reconhecem que a família, juntamente com a sociedade e o Estado, devem proporcionar ao idoso todos os direitos referentes à cidadania, assegurar a sua participação na comunidade e defender a dignidade, o bem-estar e o direito à vida.

No entanto, permanecem muitas dúvidas sobre a real responsabilidade de cada um dos três entes (Estado, sociedade e família), visto que, na prática, a última promove os cuidados fundamentais à pessoa idosa. Tal premissa conclama a refletir sobre o contexto familiar, uma vez que não existe família ideal, e sim famílias; o ambiente familiar é tido como cenário apropriado para a dispensação de cuidados, assim como um espaço de conflitos; e quando um membro da família adoece, todos os outros necessitam de cuidados (GIACOMIN, 2012). Portanto, as mudanças no núcleo familiar influenciam diretamente na capacidade de cuidar dos seus idosos,

suscitando mais uma necessidade de políticas públicas de cuidados à população idosa (LOUVISON; ROSA, 2012).

A Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que dispõe sobre a política nacional de saúde da pessoa idosa (PNSPI), menciona que, como a família é a principal responsável pelo cuidado ao indivíduo idoso, ela deve receber um suporte qualificado e constante por meio dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Tal apoio deve ser efetivado com orientações diretas aos cuidadores familiares e/ou promoção de grupos de autoajuda, com vistas a prevenir e detectar precocemente o desgaste entre os indivíduos que realizam o cuidado no domicílio, além de estimular o autocuidado do idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), o que consequentemente contribuirá para a promoção da saúde física e mental dos cuidadores informais de idoso.

Dessa maneira, as políticas de saúde mostraram que as responsabilidades pelo cuidado do idoso devem acontecer de maneira compartilhada entre a família, os profissionais da área de saúde e a comunidade (MICHEL et al., 2015). A Atenção Básica à Saúde (ABS), por meio da ESF, é considerada a porta de entrada para o atendimento à pessoa idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) e deveria ser também a dos cuidadores familiares.

Para que esse cuidado compartilhado e integrado ao idoso aconteça, os profissionais, ao realizarem a assistência, devem considerar os anseios do idoso e da família, incluindo esta última como peça-chave no cuidado, além de estabelecer com ela uma relação de colaboração e parceria. É fundamental, ainda, que durante as intervenções os profissionais analisem os recursos locais e sociais que envolvem a pessoa idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Embora houvesse sinalizações da necessidade dos profissionais da área de saúde serem capacitados por meio de educação permanente, o próprio Ministério da Saúde salienta que ainda há a carência de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento para assistência à saúde do idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; 2010).

Essa constatação leva a crer que a formação dos profissionais de saúde voltada às questões do envelhecimento é emergente, visto o aumento da demanda da população idosa nos serviços de saúde (FERNANDES; SOARES, 2012). Berlezi et al. (2011) constataram a necessidade de organização da rede de assistência de

forma hierarquizada, com garantia de atendimento a esse grupo etário em todos os níveis de complexidade.

Em estudo realizado por Couto, Castro e Caldas (2016) ressaltou-se a importância de identificar as necessidades da família do idoso, compreendendo as suas vivências, dificuldades e demandas em relação ao ato de cuidar. Isso poderá contribuir para a resolubilidade do atendimento ao idoso em condição de dependência, bem como a otimização do trabalho das Equipes de Saúde da Família, com ações de educação em saúde e consultas domiciliares, nas quais o cuidador familiar seja incluído, o que consequentemente minimizará a tensão vivenciada no seu dia a dia. Cumpre destacar que a falta de atenção e capacitação destinada a esse grupo pode ocasionar prejuízos tanto para ele quanto para o ser cuidado (GARBIN et al., 2010).

De acordo com Rodrigues et al. (2007), para cuidar do idoso com dependência é indispensável que os indivíduos envolvidos nesse processo recebam auxílio dos profissionais da área de saúde, não podendo ser a família a única a dispensar os cuidados necessários. Esses autores chamaram a atenção dos profissionais de enfermagem, mencionando que eles devem também focalizar as famílias dos idosos como alvo de seus cuidados, visto que elas são vistas como sujeitos ativos no cuidado do idoso; portanto, constituem parceiros essenciais.

Contudo, observou-se na Portaria/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, a qual trata das diretrizes do pacto pela saúde entre as três esferas de governo, que a implementação do suporte à família das pessoas idosas ainda é caracterizada como um dos grandes desafios a serem superados pelas políticas públicas brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Caldas (2003) e Giacomin, Ucho e Lima-Costa (2005) arrazoaram que, apesar dos preceitos legais e constitucionais, o sistema de apoio aos cuidadores familiares do idoso não é identificado no cotidiano da população brasileira. Portanto, é permitido afirmar que, no Brasil, o papel do cuidador de idoso ainda não é reconhecido, apresentando-se como uma lacuna e um ponto primordial a ser valorizado no planejamento de políticas de saúde, como acontece em países desenvolvidos onde o cuidador é certificado como parceiro da equipe de saúde (BAUER; SOUSA-POZA, 2015; GARBIN et al., 2010; GIACOMIN; UCHO; LIMA-COSTA, 2005).

Nesse sentido, Fernandes e Soares (2012) e Karsch (2003) relataram que a ausência de políticas que definem os papéis que competem às famílias e a atenção que a rede de serviços deve oferecer ao idoso e aos seus cuidadores familiares

favoreceram o aparecimento do apoio e da rede de suporte informal. Esse processo levou uma maior responsabilidade à família na dispensação de cuidado à pessoa idosa.

Em contrapartida, identificou-se que, em países desenvolvidos, onde o envelhecimento populacional aconteceu de forma mais gradual, foi possível construir uma rede de cuidados que possibilitou manter o idoso em seu domicílio, com oferta de suporte para a família cuidadora (KARSCH, 2003). Como é o exemplo da Inglaterra que possui uma legislação nacional que estabelece um amplo apoio aos cuidadores familiares (BONFIM, 2017).

Nessa acepção, Sanches (2012) referiu que o papel protetor do governo espanhol, por exemplo, ao disponibilizar profissionais para auxiliar os cuidados informais desempenhados pela família, garante o bem-estar de todos os envolvidos no ato de cuidar.

Em alguns países da Europa e nos Estados Unidos existe a construção de políticas públicas que vislumbram a manutenção da rede de atenção ao idoso, incluindo nela a prestação de apoio aos cuidadores familiares, voluntários e profissionais (KARSCH, 2003). Na Alemanha é previsto em lei o apoio formal às famílias cuidadoras (BAUER; SOUSA-POZA, 2015; BONFIM, 2017). Na Suécia, a legislação nacional estabelece um amplo apoio ao cuidador informal, incluindo o afastamento do trabalho com remuneração, com valor limitado, para o cuidado de pessoas em estado terminal (BONFIM, 2017).

Para Debert (2016), duas estratégias poderiam ser efetivadas no Brasil, a fim de auxiliar os cuidadores. A primeira se refere à oferta de recursos financeiros por parte do Estado aos familiares que cuidam do idoso e abrem mão de atuar no mercado formal de trabalho; e a segunda alude ao pagamento salarial de um cuidador formal, de modo que essa quantia seja declarada no imposto de renda do familiar contribuinte.

No Brasil, tanto as questões voltadas para o envelhecimento com dependência quanto para o cuidador precisam de novas estratégias de assistência e de novos destaques por parte das políticas públicas, em particular as que se referem ao setor da saúde (KARSCH, 2003). Os indivíduos que cuidam da pessoa idosa continuam sem o suporte adequado (OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012), emergindo a necessidade de uma política de proteção para que eles exerçam tal atividade (PINTO; RÓSEO, 2014).

De acordo com Bonfim (2017) para o Brasil desenvolver uma política pública sustentável de cuidados de longa duração é preciso avaliar as experiências internacionais, mas sobretudo construir uma política que reflita o interesse da sociedade brasileira, sendo esta efetivada por meio da participação de diferentes atores sociais que compartilham interesse pela temática, os quais poderão contribuir desde a sua concepção até a implementação.

3.3. Cuidador Informal de Idoso

O ato de cuidar é reconhecido desde o início da humanidade e, durante milhões de anos, se pautou em garantir a vida e recuar a morte. Todavia, com o passar do tempo, os cuidados provenientes das descobertas empíricas foram ganhando mais rigor devido a prática baseada em evidências científicas (COELHO; FONSECA, 2005).

Nessa vertente, o cuidado foi compreendido como uma adoção de comportamentos e ações que se fundamentam em conhecimentos, valores, habilidades e atitudes. Por conseguinte, favorece-se o desenvolvimento das competências dos indivíduos, com o intuito de manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer (VIEIRA et al., 2011; WALDOW; MEYER; LOPES, 1995).

O cuidado pode ser concebido sob duas perspectivas: a primeira relaciona-se com a prática ou um conjunto de práticas para o tratamento do outro; e a segunda se refere a valores que incluem o afeto, o amor e a compaixão/empatia em relação ao próximo (LIMA, 2016), sendo que ambas são consideradas nesta investigação.

No contexto da saúde do idoso, um novo papel social e ocupacional emergiu em meio ao processo de envelhecimento populacional: o cuidador, que se tornou indispensável diante das necessidades de cuidados decorrentes de limitações funcionais ou cognitivas, devido à idade avançada e/ou acometimento de DCNT que, em geral, ocasionam dependência (BAUAB; EMMEL, 2014; GARBIN et al., 2010; PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Apesar das abrangentes discussões sobre o conceito de cuidador de idosos, ainda não há um consenso sobre sua definição que, nesse caso, é diversificada (BAUAB; EMMEL, 2014; ROCHA; PACHECO, 2013). De modo geral, o cuidador de

idoso é compreendido como um indivíduo pertencente à família ou à comunidade, com ou sem remuneração e que atua no auxílio de pessoas com dependência devido a limitações físicas ou cognitivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), podendo ainda ser considerado formal ou informal (RAFACHO; OLIVER, 2010).

O cuidador informal, foco deste estudo, é reconhecido como uma peça elementar para promover a qualidade de vida do idoso em situação de dependência (ROCHA; PACHECO, 2013), além de ser a pessoa que executa os cuidados ao idoso no âmbito domiciliar, com ou sem vínculo familiar, de maneira voluntária e sem nenhum tipo de remuneração (CALDAS, 2003; PATROCÍNIO, 2015; VIEIRA et al., 2011).

Em diferentes culturas, a família é citada como a instituição mais efetiva para oferecer o cuidado informal à pessoa idosa (MAFRA, 2011), caracterizando-se como um espaço privilegiado para a produção de significados, ações e práticas relacionados à tríade saúde, doença e cuidado. Isso consequentemente possibilita a execução de atividades essenciais à saúde do indivíduo, em que a família se torna uma parceira fundamental da rede formal de cuidados, composta por profissionais com diferentes competências técnicas (GUITIERREZ; MINAYO, 2010; QUEIROZ et al., 2015).

Por outro lado, a ausência ou a pouca participação desse ator social (insuficiência familiar) poderá acarretar em riscos sociais consideráveis à vida do idoso, além de contribuir para o processo de institucionalização (MAZZA; LEVEFRE, 2005; SOUZA et al., 2015b). Contudo, de acordo com a política nacional do idoso (CONGRESSO NACIONAL,1994), a família não deve se responsabilizar sozinha, e sim ser apoiada pela sociedade e pelo Estado, a fim de que todos assegurem os direitos e o bem-estar dos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos.

Entretanto, a família ainda é referenciada como a principal rede de apoio e suporte ao idoso. Serbim, Gonçalves e Paskulin (2013) apontaram que 90,2% das pessoas idosas recebiam o apoio de familiares que co-residiam ou não com o indivíduo que necessitava de auxílio – o cônjuge foi o familiar mais mencionado como o prestador de cuidados (CORREA; QUEIROZ; FAZITO, 2016).

Nesse sentido, as evidências nacionais e internacionais mostraram que, em relação ao parentesco, o cuidado ao idoso no domicílio foi realizado, em sua maioria, por esposas e filhas (ALVARENGA et al., 2011; DE VALLE-ALONSO et al., 2015; NASCIMENTO et al., 2008). Entretanto, foi identificado na literatura a prestação de cuidados por outros parentes, como netas, noras, irmãs e irmãos, além de vizinhos,

amigos e membros de grupos religiosos que, mesmo não tendo laços de parentesco, cuidam do idoso de maneira voluntária (ALVARENGA et al., 2011; RAVAGNI, 2008).

No tocante ao gênero, observou-se uma feminização no papel do cuidador informal das pessoas com 60 anos ou mais (ALVARENGA et al., 2011; DE VALLE-ALONSO et al., 2015; KAHN et al., 2016; FLORIANO et al., 2012). A questão do cuidado prestado pela mulher é concebida como algo natural, relacionada ao papel social envolvendo a maternidade. Isso a levou a assumir também o ato de cuidar dentro do contexto domiciliar, pois inclui habilidades e competências consideradas historicamente femininas, em que essas atividades, na maioria das vezes, são repassadas de geração para geração (BRAZ; CIOSAK, 2009; CALDAS, 2003).

Convém salientar que o cuidado ao idoso foi raramente executado pelo homem (NERI, 2010), apesar das inúmeras mudanças no modelo da família brasileira contemporânea. A influência histórica de que o homem é o provedor do sustento e a mulher, a cuidadora do lar e dos seus familiares, justifica o predomínio do gênero feminino na atenção ao idoso (ARAÚJO et al., 2013).

Outro aspecto importante relacionado ao cuidador informal é a faixa etária. Estudos sinalizam que uma parcela significativa desses indivíduos apresentou idade avançada, com média superior a 50 anos (CARVALHO et al., 2015; HOFMAN et al., 2014; VAINGANKAR et al., 2016). Essa variável, associada com a falta de outro membro da família que auxilie na atenção ao idoso em condição de dependência, poderá ocasionar maior sobrecarga para a pessoa que cuida e influenciará na assistência concedida ao ser cuidado (CARVALHO et al., 2015). Cumpre destacar que o cuidador informal, na maioria das vezes, assume o papel de cuidar sozinho ou com pouco auxílio de outras pessoas (BORN, 2008).

Quanto à renda familiar dos cuidadores informais de idosos, estudos apontaram que esta variou de meio até quatro salários mínimos (ARAÚJO et al., 2013; CARVALHO et al., 2015; GARCES et al., 2012; NAKATANI et al., 2003; SANTOS; PAVARINI, 2010). A maior parcela dos dividendos são provenientes de benefícios ou aposentadoria do próprio idoso (CARVALHO et al., 2015).

Em relação à escolaridade, observou-se que a maioria dos cuidadores informais apresentou menos de 12 anos de educação formal; destes, muitos não concluíram o ensino fundamental ou médio (ARAÚJO et al., 2013; FORNÉS, 2014; MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015). Tal indicador é importante, visto que poderá impactar na adequada provisão de cuidados (FORNÉS, 2014) tanto para o idoso

quanto para o próprio cuidador.

No que se refere ao estado civil dos cuidadores, estudos mostraram que parcela significativa se declarou casado (ARAÚJO et al., 2013; MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015; SANTOS; PAVARINI, 2010). Essa variável poderá se constituir como um aspecto positivo para o cuidador, quando ele conta com o apoio do cônjuge no cuidado do idoso. Por outro lado, quando o cônjuge do cuidador não auxilia, essa variável poderá contribuir para o adoecimento do cuidador, tendo em vista a sobrecarga e a falta de tempo para se dedicar ao cuidado e à vida conjugal de maneira simultânea (ARAÚJO et al., 2013).

O cuidador informal pode também ser classificado quanto ao comprometimento em dispensar os cuidados ao idoso, conforme três grupos: 1 - Principal ou Primário, que se refere ao indivíduo que desempenha a maior responsabilidade em relação aos cuidados ofertados à pessoa idosa e às demandas de tarefas cotidianas; 2 - Secundário, que se relaciona àquele que executa atividades com menor responsabilidade e desempenha ações pontuais junto ao idoso; 3 - Terciário, que alude aos sujeitos que auxiliam, mas não têm responsabilidade pelo cuidado, substituindo o cuidador primário por curtos períodos de tempo, executando tarefas específicas na maioria das vezes (ELIOPOULOS, 2005; VIEIRA et al., 2011).

Entre os cuidadores principais, a prevalência foi do sexo feminino (filhas, esposas e noras). No entanto, quando o cuidador principal era homem, este em geral se referiu ao cônjuge; já entre os cuidadores secundários predominou a presença dos indivíduos do sexo masculino (SALGUEIRO; LOPES, 2010). Ainda segundo esses autores, quando os cuidadores principais compõem um grupo etário de pessoas com idade mais avançada, eles se adaptam melhor no que diz respeito a prestar atenção ao membro familiar dependente, visto que eles não possuem preocupações relacionadas às questões laborais e nem à criação dos filhos, que já são adultos e independentes.

Outro aspecto concerne ao cuidado do idoso, o que influencia diretamente nas relações domiciliares. Muitos cuidadores deixaram de ser subordinados ao assumirem a referida ocupação, configurando uma nova relação de poder interpessoal dentro da dinâmica familiar, além de ocasionar uma inversão de papéis intergeracionais (MENDES, 1995; OLIVEIRA; CALDANA, 2012).

A maioria dos membros da família executava o cuidado à pessoa com dependência como uma obrigação e retribuição pelo que receberam ao longo da vida

(OLIVEIRA; CALDANA, 2012). Ademais, uma pesquisa identificou que os motivos que levaram mulheres idosas a se tornarem cuidadoras principais se relacionavam à resignação, ao medo de perder o ente querido, ao compromisso, à compaixão e à exigência dos familiares e do próprio idoso (BRAZ; CIOSAK, 2009).

Diante disso, o cuidador informal passou a desempenhar inúmeras ações junto à pessoa idosa, a saber: 1 - realização de funções domésticas; 2 - acompanhamento do idoso em atividades fora do domicílio; 3 - auxílio no cuidado e higiene pessoal; 4 - administração de dinheiro e bens financeiros; 5 - ajuda para uso dos medicamentos prescritos, entre outros (BORN, 2008). Contudo, as atividades que englobam o ato de cuidar foram retratadas pelos cuidadores como árduas, visto que, na maioria das vezes, foram realizadas de maneira ininterrupta e solitária (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016; FLORIANO et al., 2012), além de estarem acompanhadas de dificuldades que incluíam aspectos socioculturais, psicológicos e físicos (ROCHA; PACHECO, 2013).

O indivíduo, na maioria das vezes, ao assumir a ocupação de cuidador informal, presta a assistência baseada na intuição, na emoção e no amor**,** visto que uma parcela significativa desses indivíduos não possui conhecimentos e habilidades para tal (RAVAGNI, 2008).

A dinâmica de cuidar do idoso no âmbito domiciliar poderá ocasionar o aparecimento de sentimentos ambíguos, positivos e negativos, os quais refletirão diretamente no cuidado. As manifestações positivas dos cuidadores incluíram a afetividade pelo idoso, a solidariedade, a gratificação, a valorização dos atos dispensados, o comprometimento e o bem-estar; e os aspectos negativos se referiram a abandono do trabalho, comprometimento das atividades sociais e de saúde, angústia, tristeza, ansiedade, culpa, remorso, irritabilidade, nervosismo e sobrecarga física e emocional (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016). Vale mencionar que esses fatores poderão favorecer a ocorrência de violências contra o idoso, bem como o adoecimento do próprio cuidador (NASCIMENTO et al., 2008).

Nesses termos, um estudo evidenciou que, devido às repercussões negativas em cuidar de um familiar idoso com dependência, alguns cuidadores adquiriram ou pioraram o quadro já existente de doenças crônicas, o que faz com que precisassem de cuidados e acompanhamentos constantes de profissionais e uso contínuo de medicamentos (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016).

Além disso, os cuidadores que se responsabilizam pelas atividades diárias do

idoso e atendem às demandas de cuidados desse indivíduo poderão apresentar dificuldades até para realizarem as necessidades fisiológicas; logo, há entre eles questões relacionadas com o déficit no autocuidado (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016).

A literatura tem apresentado um aumento expressivo de investigações que retrataram as diferentes complexidades do cuidador informal de idoso. Estudos sinalizaram a necessidade de se traçar estratégias de suporte e apoio aos cuidadores informais, a fim de minimizar os níveis de sobrecarga, desconforto psicológico e tensões (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016; DELALIBERA et al., 2015; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013); de garantir condições de assistência à saúde e ao autocuidado (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011; LOUREIRO et al., 2014); de melhorar a qualidade de vida (ANJOS et al., 2015); de promover intervenções e políticas de suporte voltadas ao cuidador (LOPEZ-HARTMANN et al., 2012; SOUZA et al., 2015a); de realizar ações de qualificação e formação (DÍAZ-ÁLVAREZ; ROJAS-MARTÍNEZ, 2009; MIRANDA et al., 2015); de avaliar a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada (VIEIRA et al., 2012); de compreender a família cuidadora como parceira do cuidado ao idoso (GONÇALVES et al., 2013); e de verificar o estresse e o *coping* do cuidador informal (ROCHA; PACHECO, 2013).

3.4. Cuidador informal de idoso: desafios e intervenções

O ato de cuidar da pessoa idosa constitui uma realidade presente no contexto assistencial brasileiro (NASCIMENTO et al., 2008). Contudo, as evidências mostraram que a atenção dispensada nesse processo não deveria ser focada somente no idoso, mas também no cuidador informal (VIEIRA et al., 2012).

A pessoa que exerce esse papel é um elemento essencial no cuidado do idoso no âmbito domiciliar. Ela enfrenta, na prática cotidiana, diferentes tipos de desafios relacionados a: 1- questões emocionais pessoais e interpessoais; 2- dificuldades financeiras; 3- apoio informacional; 4- suporte prático-instrumental (DOMÍNGUEZ GUEDEA et al., 2009).

No presente estudo, essa classificação será a base para se discorrer sobre os desafios enfrentados pelos cuidadores informais de idosos.

Em relação às questões emocionais pessoais e interpessoais, observou-se que a figura do cuidador informal, na maioria das vezes, emerge de relações familiares predominantemente fragilizadas, em virtude da doença do idoso e do que já vivenciaram anteriormente enquanto família. Tal fato requer uma organização nos arranjos e na dinâmica intrafamiliar (GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA, 2005).

Além disso, o núcleo familiar se demonstra cada vez mais reduzido, com um número menor de membros (SALGUEIRO; LOPES, 2010). Verificou-se que, na maioria das relações de cuidado, a responsabilidade de zelar pelo idoso fragilizado/dependente foi destinada a apenas um membro da família (BAPTISTA et, 2012; VIEIRA et al., 2012). Este, muitas vezes, era obrigado por imposição ou por falta de opção a assumir tal atribuição, o que consequentemente poderá acarretar em um alto nível de estresse (BAPTISTA et al., 2012).

Nessa perspectiva, Souza et al. (2015a) constataram que uma parcela significativa dos cuidadores domiciliares (81,8%) apresentou registro de estresse e destes, 44,5% com presença de sintomatologias psicológicas e 37,0% com registro de sintomas físicos. Ainda conforme os autores, foi notado uma associação entre o estresse e a sobrecarga emocional, sendo estas relacionadas ao familiar cuidado, às implicações na vida pessoal, reação às exigências e a satisfação com as atribuições exercidas.

Outro aspecto inerente ao papel do cuidador de idoso é a sobrecarga, a qual mostrou-se associada a várias questões, entre elas o número de morbidades, a funcionalidade e o nível de dependência do idoso. Quanto mais elevado for este último, maior será a sobrecarga vivenciada pelo cuidador (BAPTISTA et al., 2012; LOUREIRO et al., 2014;) e, quanto mais velho for o idoso que necessita de cuidados, maior será a sobrecarga de quem cuida. Ademais, a idade avançada do cuidador poderá deixá-lo mais suscetível à sobrecarga (GRATÃO et al., 2012).

A sobrecarga poderá ocasionar diversas implicações para a saúde emocional do cuidador informal de idoso, entre elas: sintomas psiquiátricos, fadiga, uso de medicamentos psicotrópicos e falta de cuidado com a própria saúde (GRATÃO et al., 2012). Baptista et al. (2012) averiguaram que os registros de tristeza e baixa autoestima também se apresentaram como uma constante entre os cuidadores da pessoa idosa. Entre eles houveram também relatos de sobrecarga física, sendo esta expressa por queixas somáticas múltiplas (GRATÃO et al., 2012), como cansaço e fadiga (BAPTISTA et al., 2012).

Por outro prisma, notou-se que a rede e o apoio social do cuidador foram algumas das vertentes mais afetadas, sendo perceptíveis a falta de tempo para atividades de lazer e trabalho, e a exigência de mudanças nas rotinas do cotidiano (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011; MORENO-CÁMARA et al., 2016). Isso poderá gerar contrariedade não somente pela realização das atividades em si, mas por ter de abdicar das próprias necessidades em detrimento das do outro (BAPTISTA et al., 2012).

Dessa maneira, a restrição da vida social e a ausência ou a pouca participação da família nos cuidados da pessoa idosa favoreceram a sobrecarga e influenciaram negativamente a qualidade de vida do indivíduo que cuida (BAPTISTA et al., 2012; BAUB, EMMEL, 2014). Tal fato gerou sentimentos de sofrimento, impotência e autonegligência com a própria saúde (MORENO-CÁMARA et al., 2016).

O adoecimento em decorrência das atribuições assumidas na ocupação de cuidador de idoso se revelou como um elemento constante no cotidiano desse sujeito (BAPTISTA et al., 2012). Anjos et al. (2015) constataram que 87,9% dos cuidadores possuíam comprometimento da própria saúde, com a presença de pelo menos uma doença.

Por outro lado, Williams et al. (2016) explicitaram que os cuidadores familiares mais idosos, que cuidam geralmente do cônjuge, apresentaram maiores complicações de saúde, em que a afecção osteomuscular foi uma das patologias mais citadas, principalmente em mulheres acima de 65 anos (MORENO-CÁMARA et al., 2016). Tais constatações reafirmaram a premissa de que os cuidadores informais são indivíduos susceptíveis, pois as atividades exercidas implicarão em riscos para a própria saúde, emergindo a necessidade de implementação de serviços e programas de apoio destinados a eles (NAVAIE-WALISER et al., 2002).

Em se tratando das necessidades financeiras do cuidador informal de idoso, a literatura mostrou que o ato de cuidar de uma pessoa com dependência no âmbito domiciliar trouxe repercussões significativas na vida econômica familiar (MORENO-CÂMARA, 2016). O período que esse indivíduo dedica ao cuidado acarretará em redução do tempo para o trabalho externo e/ou busca de proventos pessoais (ARAÚJO et al., 2013).

Os aspectos citados levaram, na maioria dos casos, à carência de recursos para cobrir as despesas básicas do cotidiano familiar (CARVALHO et al., 2015; DOMINGUEZ GUEDEA et al., 2009). As dificuldades financeiras foram apontadas

também como um dos fatores determinantes para a sobrecarga e o sofrimento do cuidador familiar da pessoa idosa (CUSTÓDIO et al., 2014; ROCHA; AVILLA; BOCCHI, 2016).

No que se refere à necessidade de apoio informacional, as evidências revelaram que ela se caracterizou como um grande desafio para os cuidadores informais de idosos, pois, além de não se sentirem preparados, na maioria das vezes, não contaram com suporte profissional (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008). Contudo, a prática de proporcionar cuidado à saúde de uma pessoa idosa requer conhecimento, competências e habilidades (FLORIANO et al., 2012).

Muitos desses sujeitos se tornaram cuidadores sem nenhum preparo prévio, sendo imperioso aprender e desenvolver habilidades com base na prática cotidiana (DOMINGUEZ GUEDEA et al., 2009; MORENO-CÁMARA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2014) e nos próprios conhecimentos, contribuiu para a prevalência de estresse e a exaustão do cuidador informal de idoso (GRATÃO et al., 2010).

Baptista et al. (2012), Gratão et al. (2010) e Oliveira et al. (2014) ressaltaram que o cuidador familiar, na maioria das vezes, não possuía informações e orientações adequadas para zelar da pessoa idosa e intervir em situações de riscos provenientes do processo de cuidado. Isso quer dizer que há a necessidade de maior atenção dos profissionais da área da saúde, no propósito de implementar estratégias e oportunizar benefícios para a díade idoso e cuidador, como por exemplo, atividades educativas voltadas para as reais necessidades desses indivíduos.

Na perspectiva dos cuidadores, orientações relacionadas a diferentes temáticas associadas ao ato de cuidar, a exemplo do tratamento da patologia, à relação interpessoal com idoso e à resolução de problemas específicos dos membros da família foram as necessidades mais expressadas (DOMINGUEZ GUEDEA et al., 2009). Tais orientações se constituirá em importante estratégia para minimizar a sobrecarga física e o desgaste biopsicossocial das pessoas quem cuidam de idosos em condições de dependência (ANJOS et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2014).

Entretanto, os cuidadores informais sinalizaram que não receberam apoio para desempenharem os cuidados com o idoso (ANJOS et al., 2015), em que os conhecimentos que possuíam sobre o assunto se restringiram àqueles transmitidos entre as gerações (MICHEL et al., 2015).

O apoio informacional deverá ser ofertado por parte da equipe multiprofissional, mas de forma contínua, a fim de que os indivíduos possam

apreender os conteúdos necessários para prestarem os cuidados à pessoa com dependência (DUARTE; FERNANDES; FREITAS, 2013). Para esses autores, é imprescindível que a comunicação seja realizada com linguagem acessível aos membros do núcleo familiar, possibilitando que eles se sintam realmente acolhidos e atendidos conforme suas demandas.

Todavia, para Rocha Junior et al. (2011), as questões referentes ao despreparo dos cuidadores quanto ao cuidado com idoso não podem ser resolvidas a curto prazo. Tornando-se indispensável conhecer o perfil sociodemográfico desses sujeitos, a fim de que as intervenções sejam traçadas em consonância com as reais necessidades dessa população.

No que concerne ao suporte prático-instrumental, certificou-se que o apoio e o suporte dos profissionais da área de saúde são essenciais para auxiliar o cuidador informal de idoso no enfrentamento prático das suas atividades. Isso, consequentemente, favorecerá a redução da sobrecarga (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011; OLIVEIRA et al., 2014).

A literatura revelou um distanciamento entre esses sujeitos, não sendo valorizado o papel exercido pelo cuidador de idoso (ROCHA; AVILA; BOCCHI, 2016). Nesse entendimento, o estudo de Creutzberg e Santos (2003) denotou que os atendimentos dispensados às famílias cuidadoras de idosos nas instituições de saúde geram indignações neles, haja vista que constantemente acontecem episódios de falta de humanização, discriminação, postura autoritária por parte dos profissionais e desrespeito em relação à realidade vivenciada pelo idoso e pelo cuidador.

Tais dados sinalizaram para a necessidade de reflexões e mudança de postura dos profissionais da área da saúde em relação ao atendimento dos cuidadores de idosos, os quais devem ser pautados nos princípios da humanização do cuidado e do Sistema Único de Saúde (SUS) (CREUTZBERG; SANTOS, 2003). Compete ao profissional avaliar as demandas tanto do ser cuidado quanto do cuidador, tendo em vista a integralidade do atendimento e o bem-estar de todos os indivíduos envolvidos no processo de cuidar (HERNANDEZ; MORENO; BARRAGAN, 2014).

Os profissionais da área social e de saúde devem avaliar sistematicamente o idoso e o cuidador, abrangendo as principais dificuldades, o estado de saúde e as reais necessidades de apoio informacional (PIMENTEL; ALBUQUERQUE, 2010), o que denota-se que o profissional de saúde é diretamente responsável pelo suporte

àquele que desempenha o cuidado diariamente ao idoso no domicílio (BERLEZI et al., 2011).

Por outro lado, os profissionais da ESF foram mencionados como elementos fundamentais para à assistência destes indivíduos, mediante a promoção de ações e orientações em relação às demandas advindas do ato de cuidar. Eles contribuirão para a qualidade do cuidado prestado, com reflexos positivos tanto para o idoso quanto para o cuidador (PINTO; ROSEO, 2014).

O enfermeiro se destaca pela ampla atuação na atenção primária à saúde, com atribuições desenvolvidas tanto no âmbito da instituição de saúde quanto no domicílio. Ao considerar a sua formação, notou-se que ele tem potencial para oferecer suporte formal aos cuidadores de idosos, podendo lhes proporcionar uma assistência contextualizada e integral (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012; SILVA; VICENTE; SANTOS, 2014).

Contudo, para Borges e Telles (2010), os profissionais que atuavam na atenção primária à saúde se mostraram despreparados para efetuarem o atendimento, em especial no âmbito domiciliar, à população idosa e aos seus cuidadores. Motta, Aguiar e Caldas (2011) sinalizaram que os profissionais que atuam nesse nível de complexidade de assistência requerem o desenvolvimento de competências específicas para lidarem com as questões oriundas do envelhecimento populacional, entre elas o conhecimento do papel e a valorização da família que cuida do idoso que vive na comunidade.

Para os profissionais de enfermagem enfrentarem os desafios provenientes do envelhecimento populacional e das atribuições executadas pelo cuidador informal de idoso, é necessário se atentar a cinco aspectos: 1 - Acolher a família cuidadora, especialmente como unidade a ser cuidada, e não apenas como parceira de cuidados; 2 - Dispensar atenção especial para a saúde dos cuidadores com prevenção do adoecimento; 3 - Aconselhar os membros da família para a necessidade do rodízio entre os cuidadores, com vistas à preservação da qualidade de vida entre as pessoas que cuidam e na manutenção de estilo de vida saudável; 4 - Realizar a avaliação multidimensional, tendo como foco a atenção integral da unidade familiar; 5 - Promover o apoio e suporte ao autocuidado da família, mediante o uso de todos os recursos tecnológicos cuidativo-educativos disponíveis à assistência da família (POLARO et al., 2013).

No Brasil, apesar de a PNSPI conceber o cuidador familiar como um parceiro fundamental nos cuidados à saúde do idoso e das evidências científicas sinalizarem a necessidade de efetivar suporte e apoio aos cuidadores de idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; OLIVEIRA; PEDREIRA, 2012; RESENDE; DIAS, 2008; TOMOMITSU; PERRACIN; NERI, 2013) o que se tem são iniciativas isoladas na tentativa de suprir esses desafios, mas elas, na sua maioria, são pontuais e desarticuladas do sistema público (RESENDE; DIAS, 2008). Em contrapartida, nos países desenvolvidos como Alemanha, Dinamarca e Estados Unidos, os cuidadores informais são valorizados, em que se reconhece oficialmente a necessidade de receberem suporte e apoio (PASINATO; KARMIS, 2010).

Nos Estados Unidos, o programa nacional de suporte ao cuidador familiar visa à oferta de serviços de informações, assistência aos cuidadores, grupos de apoio aos indivíduos que cuidam, treinamento, serviços voltados para o descanso dos cuidadores e adaptação das residências às necessidades dos idosos. No entanto, dados de uma pesquisa revelaram que a capacidade de atendimento no referido programa se mostrava ainda insuficiente, correspondendo, em 2004, a 7,6% do total de cuidadores de idosos (PASINATO; KORNIS, 2010).

Em Portugal, Inglaterra, Finlândia, Alemanha e Suécia, verificou-se também o modelo estratégico de suporte voltado ao descanso do cuidador informal. Tal ação é intitulada de “substituição para descanso” e tem como propósito aliviar periodicamente o cuidador das responsabilidades e exigências inerentes ao cuidado da pessoa idosa (BONFIM, 2017; CARVALHO et al., 2015; LETHIN et al., 2016). Essa substituição deve ser realizada por um profissional (KARSCH, 2003).

Nessa perspectiva, observou que o cuidado formal tende a complementar o cuidado familiar mediante o auxílio especializado às famílias, as quais muitas vezes desempenham seus trabalhos em condições precárias e de conflitos (CAMARANO; MELLO, 2010). No entanto, no cenário brasileiro a atuação do Estado é voltada prioritariamente às instituições de longa permanência para idosos, com escassez de políticas e programas formais para domiciliares (DEBERT; OLIVEIRA, 2015, CAMARANO; MELLO, 2010).

Outra estratégia interessante identificada foi o programa de apoio psicoeducativo a familiares e pessoas com demência – ProFamílias, desenvolvido em Portugal. Tratou-se de um programa de intervenção com cuidadores nos serviços primários de saúde, cujo escopo foi apoiar os membros da família, promover a

adaptação dessas pessoas com o indivíduo com demência, estimulá-los para a melhoria da qualidade de vida e estreitar a comunicação entre eles e os profissionais e sistemas de suportes. De acordo com os autores, foi possível constatar vários benefícios aos cuidadores, entre eles: melhoria do controle emocional, compartilhamento de experiências e sentimentos, união da família, valorização do autocuidado, conhecimento sobre a patologia e resiliência (FIGUEIREDO et al., 2012).

Na Colômbia, uma investigação avaliou um programa destinado à atenção com o cuidador de indivíduos com doenças crônicas, com vistas a estimular o autocuidado das pessoas que cuidam do sujeito com alguma doença ou dependência, mediante a adoção de processo educativo estruturado em sessões grupais, com grupo experimental e grupo de controle (DÍAZ-ÁLVAREZ; ROJAS- MARTÍNEZ, 2009). Nas palavras dos autores, os dados do programa revelaram que os cuidadores obtiveram melhora expressiva nas dimensões referentes à capacidade geral, à valorização, ao conhecimento e à paciência.

Em países desenvolvidos diferentes modalidades de assistência ao cuidador podem ser identificadas, como por exemplo, a alternância dos serviços do cuidador com um profissional e o programa intitulado “Comida sobre Rodas”, que visa preparar e entregar refeições às pessoas doentes e incapacitadas, para que o cuidador deixe de fazer esse tipo de atividade (KARSCH, 2003).

Enquanto isso, no Brasil, uma das maiores iniciativas encontradas foi a instituição do Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, mediante a Portaria Interministerial nº 5.153/1999. Esta, por sua vez, almejava a capacitação de recursos humanos nas diferentes modalidades de cuidadores: domiciliares (familiar e não familiar) e institucionais. Isso foi feito conforme o estabelecimento de protocolos específicos com as universidades e entidades não governamentais e coordenado por comissão interministerial constituída por representantes da Secretaria de Estado de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência e da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DE ESTADO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL E DA SAÚDE, 1999).

Assim, em 2007, o Ministério da Saúde apontou a rede de escolas técnicas do SUS como responsável pela operacionalização da política intersetorial de formação de cuidadores. Posteriormente, a qualificação de cuidadores ficou no âmbito do programa de formação de profissionais de nível médio para a saúde, com a perspectiva de capacitar 65.800 cuidadores até 2011. Para tal, em 2008 foi lançado o

Guia do Cuidador e realizadas oficinas para a definição de critérios voltadas à capacitação das pessoas que cuidam do idoso; então, estabeleceu-se que o curso contemplaria os cuidadores informais e formais (CAMARANO; MELLO, 2010; GROISMAN, 2013; LOUVISON; ROSA, 2012). No entanto, observou-se uma descontinuidade desse programa em virtude de inúmeros fatores, entre eles questões relacionadas à profissionalização do cuidador de idoso, constituindo-se esse ainda um grande desafio ao sistema público (CAMARANO; MELLO, 2010; GROISMAN, 2013; LOUVISON; ROSA, 2012).

Outro exemplo em prol do cuidador informal identificado foi o da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz), a qual promove reuniões com cuidadores informais e formais, a fim de desenvolver ações em favor de indivíduos acometidos pela Doença de Alzheimer (DA) e de oferecer apoio ao familiar-cuidador. A ABRAz conta com aproximadamente 100 grupos de apoio em todo o Brasil, em que os cuidadores de pessoas com Alzheimer podem compartilhar suas ansiedades, experiências e alternativas para lidar com as situações do cotidiano (ABRAz, 2016).

Os Grupos de Apoio da ABRAz dividem-se em duas vertentes: 1 - Grupos Informativos, voltados para orientações sobre a patologia e o ato de cuidar do idoso; 2 - Grupos de Apoio Social e Emocional, relacionados ao acolhimento do cuidador mediante a troca de experiências e reflexões. Ademais, o grupo de convivência é realizado em algumas regionais do país, cujo objetivo é socializar tanto o cuidador quanto o ser cuidado que, em geral, vivem em situação de isolamento (ABRAz, 2016).

No tocante à intervenção baseada no cuidado compartilhado e na educação em saúde referente aos conceitos da pedagogia freireana e de cuidado cultural de Leininger, há uma pesquisa em que foi elaborado um plano de cuidados para idosos hospitalizados sobre a prevenção e o tratamento de úlcera por pressão, em hospital universitário público federal do município do Rio de Janeiro. A atividade considerou os saberes e as práticas advindas de vivências prévias dos cuidadores informais dos idosos supracitados, permitindo, por meio de intervenção individual e em grupo, dialogar, refletir e instrumentalizar-se em busca da participação ativa no processo de cuidado (TEIXEIRA; FERREIRA, 2009).

Diante disso, outra iniciativa que mereceu destaque foi a da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI), ligada à Universidade Estadual do Rio de Janeiro, a qual promove cursos de extensões voltados à informação e à orientação de acompanhantes e cuidadores familiares de idosos (UNATI, 2016).

Atividade de extensão semelhante foi realizada no município de Jataí, Goiás, desenvolvido pelo Programa de Educação Tutorial (PET) em Enfermagem da UFG, com o propósito de capacitar cuidadores de idosos da comunidade. Com isso, eles poderiam dispensar atividades cuidativas qualificadas e humanizadas em prol do idoso, mas com o escopo de beneficiar todos os envolvidos no processo (CAETANO et al., 2016).

O programa de educação em saúde destinado às cuidadoras também idosas, promovido pelo Grupo de Atenção à Saúde do Idoso, vinculado ao Ambulatório de Medicina Interna do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) também foi outra iniciativa exitosa. As atividades se fundamentaram nas experiências dos participantes e, para tal, utilizou-se a abordagem pedagógica de Paulo Freire. De acordo com as participantes, o programa proporcionou maior conhecimento sobre os cuidados diários e melhor compreensão sobre como enfrentar as dificuldades do cotidiano (DIOGO; CEOLIM; CINTRA 2005).

No programa de capacitação de cuidadores informais, tencionava-se auxiliar na qualidade de vida dos idosos com déficit do autocuidado. As ações se basearam no questionário SF-36 aplicado aos idosos, e, mediante a análise dos dados, definiu-se o conteúdo programático a ser ministrado aos seus cuidadores. Os resultados mostraram que os participantes da intervenção a julgaram como uma oportunidade para esclarecer dúvidas, trocar experiências, exteriorizar angústias e temores, bem como discutir estratégias de intervenção para os idosos com déficits de autocuidado (ROCHA JUNIOR et al., 2011).

Em síntese, a literatura expõe inúmeros estudos que retrataram uma heterogeneidade de suporte e apoio ao cuidador informal. Lopez-Hartmann et al. (2012) constataram que as estratégias de apoio mais referidas nos estudos estão relacionadas ao descanso e ao apoio psicossocial e informacional. Além disso, certificou-se uma predominância nas intervenções, em que o enfoque é o cuidador informal de idoso com algum tipo de demência.

Finalmente, é oportuno destacar que uma parcela significativa das iniciativas identificadas foram realizadas isoladamente, e muitas foram concluídas com o final das pesquisas, mas sem serem incorporadas aos serviços de saúde, mantendo-se assim uma carência de atenção ao cuidador informal e uma lacuna para o atendimento mais sistematizado e vinculado às políticas públicas de saúde. Por essa razão, defende-se neste estudo a importância de se criar estratégias baseadas em modelos

de atenção que possam, de fato, oferecer aos cuidadores informais uma rede de apoio para o cuidado do idoso no domicílio. As mudanças na pirâmide populacional em evolução e todas as evidências das necessidades desse grupo são argumentos suficientes para tratar tal problema como prioridade em saúde.

3.5. Pesquisa participante baseada na comunidade e Teoria bioecológica do desenvolvimento humano

Para a construção e implementação das estratégias de atenção aos cuidadores informais de idosos do presente estudo, optou-se por utilizar os pressupostos teóricos da Pesquisa Participante Baseada na Comunidade e como fundamentação complementar a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano.

3.5.1. Pesquisa Participante Baseada na Comunidade

A PPBC, tradução livre de Community-Based Participatory Research – (CBPR) tem se consolidado ao longo dos últimos 20 anos como uma proposta de pesquisa transformadora. Ela oportuniza a diminuição da lacuna existente entre a ciência e o envolvimento da comunidade, na perspectiva de minimizar as desigualdades sociais (MUHAMMAD et al., 2015; WALLERSTEIN; DURAN, 2010).

Como fundamentação, utilizou-se a pesquisa-ação proposta por Kurt Lewin (1946), que se sustenta na proposição de uma ação ou a resolução de um problema coletivo, na qual pesquisadores e participantes envolvem-se de modo cooperativo e participativo, com o intuito de melhorar a prática (THIOLLENT, 2008; TRIPP, 2005). Ademais, empregaram-se os pressupostos de Paulo Freire (1970, 1982), de que a educação libertadora pode diminuir as desigualdades sociais (STACCIARINI et al., 2011a).

A influência freireana na PPBC fundamenta a ideia de que o indivíduo deve ter uma compreensão crítica, globalizada e significativa do contexto em que está se vivenciando e, assim, torna-se possível reconhecê-lo na totalidade, bem como a

importância da interação das suas partes (FREIRE,1987). Permite-se inferir que tanto na pesquisa-ação quanto na educação libertadora, a participação ativa de todos os sujeitos no processo é indispensável para a construção e mudança de qualquer intervenção.

Nessa perspectiva, em 1995 no Canadá e em 1998 nos Estados Unidos, a PPBC foi definida como uma investigação que visa promover uma mudança em prol da comunidade. Conta-se com a colaboração ativa das pessoas, em especial as afetadas pelo mesmo problema (GREEN et al., 1995; ISRAEL et al., 1998; WALLERSTEIN; DURAN, 2010).

Posteriormente, em 2004, a Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado à Saúde, após analisar diversos conceitos desenvolvidos no Canadá e nos Estados Unidos que retratavam a PPBC, a definiu como uma abordagem colaborativa que incorpora em sua estrutura formal meios para a participação ativa da comunidade estudada em todas as etapas da pesquisa. Além disso, propicia a integração entre a comunidade, os pesquisadores e as instituições envolvidas na pesquisa, tendo como propósito a melhoria da saúde e do bem-estar dos indivíduos, mediante a tomada de decisões e a transformação do contexto social (VISWANATHAN et al., 2004).

Vale acrescentar, na definição conceitual, que a PPBC favorece a coaprendizagem entre todos os parceiros. Eles possuem poder de decisão compartilhada, estabelecendo-se o princípio de responsabilidade mútua do processo de pesquisa (VISWANATHAN et al., 2004).

Revela-se a necessidade de constituir um diálogo ativo e respeitoso entre os pesquisadores e a comunidade, com empoderamento de todos os parceiros, assim como a valorização dos conhecimentos, dos pontos fortes e das habilidades de todos os envolvidos no processo (ISRAEL et al., 1998; HOROWITZ; ROBINSON; SEIFER, 2009; MINKLER; WALLERSTEIN, 2008; VISWANATHAN et al., 2004).

Nesse segmento, a PPBC objetiva uma compreensão melhor de determinado fenômeno. O conhecimento adquirido é integrado com a implementação de intervenções imediatas, na perspectiva de mudanças no desenvolvimento de políticas de saúde e qualidade de vida dos membros da comunidade (ISRAEL et al., 1998; 2008; 2013).

A PPBC combina métodos de pesquisa e estratégias para capacitar a comunidade, a fim de diminuir o hiato entre o conhecimento produzido por meio da pesquisa e a aplicação dos resultados para fundamentar novas intervenções e

políticas (VISWANATHAN et al., 2004).

A PPBC não é compreendida como um método hermético mas como uma orientação/abordagem de investigação, que pode lançar mão de diferentes métodos para alcançar seus objetivos, primando pelo rigor metodológico pertinente a cada um. Além disso, modifica a relação entre os pesquisadores e os participantes do estudo (CORNWALL; JEWKES, 1995; FARIDI et al., 2007; HOROWITZ; ROBINSON; SEIFER, 2009; VISWATHAN et al., 2004;).

Essa relação é estreita e integral entre o pesquisador e os pesquisados, uma das diferenças entre a PPBC e outras abordagens de pesquisa, bem como a valorização das diversidades culturais. Isso permite que a investigação se torne mais adequada para o contexto em que ela está sendo realizada (FARIDI et al., 2007; ISRAEL et al., 2005).

Outro aspecto diferencial a ser destacado entre a pesquisa tradicional e a PPBC se refere ao papel da comunidade. O termo “pesquisa baseada na comunidade” pretende evidenciar que a investigação ocorreu na comunidade, e não em um laboratório, clínica, hospital, unidade de saúde ou em outro ambiente (BLUMENTHAL, 2011).

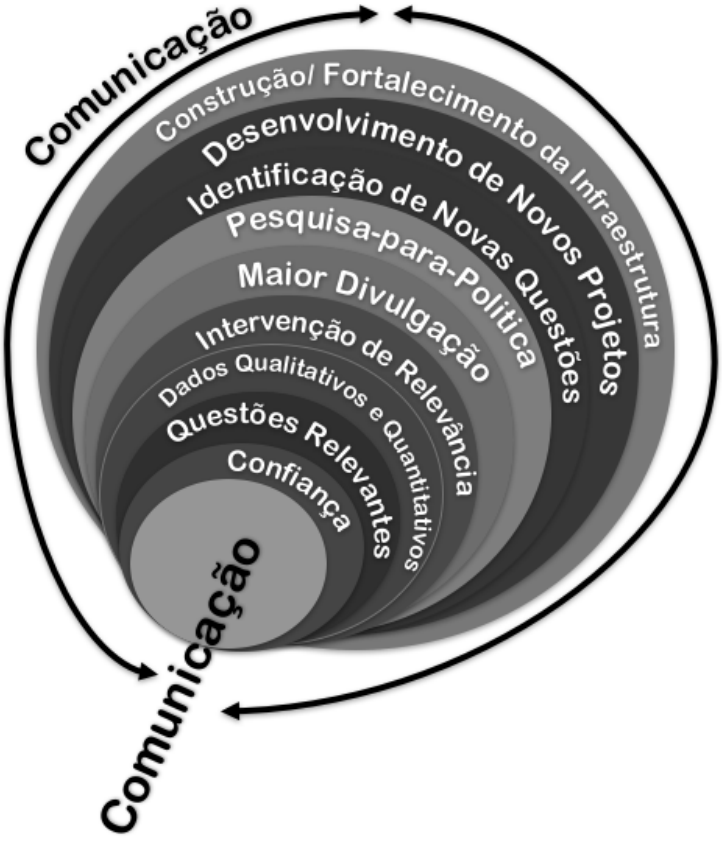
Nesse sentido, a comunidade é compreendida como entidade sociocultural que permite a participação ativa dos indivíduos (MINKLER; WALLERSTEIN, 2008; VISWANATHAN et al., 2004), por meio de um Comitê de Assessoria Comunitária (HOROWITZ; ROBINSON; SEIFER, 2009). Os membros da comunidade e pesquisadores devem contribuir equitativamente e se envolverem em todas as fases da pesquisa, conforme o grau de competência de cada um deles (HOROWITZ; ROBINSON; SEIFER, 2009).

Já Viswanathan et al. (2004) discorrem que esse tipo de pesquisa se diferencia de outras por trabalhar com e em comunidade, e não somente a reconhece como cenário ou localização de estudo. Outra diferença referida na literatura sobre ambas as investigações é que, na tradicional, o foco está no primeiro “P”, ou seja, na própria pesquisa. Já na PPBC, os estudos se voltam à tríade PBC, que se refere à participação com base na comunidade.

A PPBC tem como base estratégias de comunicação assertivas e eficazes entre todos os parceiros. Esse é um requisito importante, tendo em vista os princípios de poder compartilhados para a tomada de decisão em todas as fases da pesquisa (GUST; SEIFER, 2011).

Nesse sentido, a PPBC exige que se tenha a confiança mútua entre todos os envolvidos no processo, ou seja, representantes da academia científica, instituições e membros da comunidade (GUST; SEIFER, 2011). Tal relação favorece a construção de relevantes questões de pesquisa, assim como a coleta de dados, a análise, a interpretação e a divulgação dos resultados (O'FALLON; DEARRY, 2002; WINDSOR, 2013).

Para ilustrar a importância da comunicação no alcance de benefícios nos projetos que adotam PPBC, O'Fallon e Dearry (2002) elaboraram a Figura 1.



Fonte: O'Fallon; Dearry, 2002, p. 158.

Figura 1: A importância do processo de comunicação na PPBC.

Por outro lado, de acordo com Israel et al. (2013, p. 7-10), a PPBC é pautada em nove princípios:

> 1 - reconhecimento da comunidade como unidade de identidade; 2- ser construída de acordo com as capacidades e os recursos da própria comunidade; 3 - Facilita uma parceria colaborativa e equitativa em todas as fases da investigação, mediante uma capacitação e

> empoderamento de todos os parceiros de maneira que atenda as desigualdades sociais; 4 - promove a co-aprendizagem e capacitação de todos os parceiros; 5 - integra o conhecimento e ações em prol de benefícios mútuos para todos os parceiros; 6- foca na relevância local dos problemas de saúde pública por meio de perspectivas ecológicas que englobam os múltiplos determinantes de saúde; 7 - desenvolve-se mediante um processo interativo e cíclico; 8 - divulga os resultados obtidos à todos os parceiros e os envolvê-los na disseminação dos dados; 9- requer um envolvimento de longo prazo e um comprometimento com a sustentabilidade.

Apesar de a PPBC incorporar o conhecimento e as prioridades da comunidade, ela prima também pelo rigor metodológico que, por sua vez, deve estar em consonância com o necessário a qualquer outro estudo científico (HOROWITZ; ROBINSON; SEIFER, 2009; WINDSOR, 2013). Respeitar o conhecimento da comunidade é totalmente compatível com a investigação científica (GUST; SEIFER, 2011). Com o empenho da comunidade em participar de um estudo baseado na PPBC é possível, na definição conjunta dos interesses e objetivos compartilhados com os pesquisadores, obter dados qualitativos e quantitativos (WINDSOR, 2013).

Dessa maneira, a PPBC pode ser adotada em diferentes disciplinas e cenários (ISRAEL et al., 2013; O'TOOLE et al., 2003). No entanto, a PPBC vem sendo comumente utilizada em investigações relacionadas à saúde pública, uma vez que pesquisadores, profissionais e membros da comunidade reconhecem nela uma alternativa para resolver os problemas de saúde pública considerados complexos; por conseguinte, as soluções englobam várias dimensões, como política, social e biomédica (ISRAEL et al., 2013).

Nessa perspectiva, identificam-se vários estudos que utilizaram a PPBC para compreender e avaliar os problemas mais significativos de determinada comunidade. Isso favorece o desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde, do meio ambiente e de políticas baseadas em evidências (DONAHUE et al., 2014; DONG et al., 2014; FREUDENBERG; PASTOR; ISRAEL, 2011; GIBBS et al., 2014; HOROWITZ; ROBINSON; SEIFER, 2009; HUNSBERGER et al., 2014; STACCIARINI et al., 2011a) e em estudos clínicos (SEIFER; MICHAELS; COLLINS, 2010).

Embora a PPBC tenha se destacado no meio científico, observou-se na literatura o relato de alguns desafios na aplicação da referida pesquisa, os quais foram relacionados com inúmeros aspectos, entre eles o prazo determinado para término da pesquisa por parte das agências de fomento; a restrição de tempo dos parceiros comunitários; o gerenciamento de conflitos; a desconfiança no processo; a

valorização da cultura e classe social dos parceiros; manutenção do respeito mútuo; e a participação efetiva desses parceiros (HOROWITZ; ROBINSON; SEIFER, 2009). Outro desafio mencionado foi a dificuldade de garantir, na condução da PPBC, os princípios relativos ao envolvimento equitativo dos parceiros e o equilíbrio entre investigação e intervenção, para benefício de todos os parceiros (DIAS; GAMA, 2013).

Para Muhammad et al. (2015), com o desenvolvimento da PPBC, os desafios relacionados à participação equitativa entre os parceiros acadêmicos e comunitários já foram melhor compreendidos. Esses autores sugerem que os pesquisadores, ao conduzirem a PPBC, devem abordar o “quê ”, o “como” e o “quem”, ou seja: “Quais questões e qual o desenho de pesquisa?”; “Como nos envolvemos em parceria?”; “Quem está na pesquisa?”; “Como as identidades dos parceiros se relacionam?”.

Nessa lógica, para o desenvolvimento da PPBC os pesquisadores precisão de algumas competências, como: a necessidade de compreender a missão e os valores de tal abordagem de pesquisa; estudar e saber quais são os contextos teóricos, os modelos e métodos de planejamento, implementação e avaliação da PPBC; e desenvolver a capacidade de traduzir o processo e os resultados dessa ação (FARIDI et al., 2007; KELLOGG HEALTH SCHOLARS, 2007).

3.5.2. Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano

Para compreender melhor o arcabouço teórico aplicado ao contexto do cuidador utilizou-se também a Teoria bioecológica do desenvolvimento humano proposto por Urie Bronfenbrenner (BRONFENBRENNER, 1994). A adoção dessa teoria possibilitou uma fundamentação complementar a PPBC, no sentido de entender as perspectivas ecológicas que englobam o cuidador informal de idoso.

As evidências mostraram que a ocupação de cuidador informal de idoso está envolta de consequências positivas e negativas. No entanto, algumas delas podem ser percebidas pelo cuidador de formas diferenciadas, sendo essa percepção influenciada a partir da vivência de cada um dos envolvidos (ROGERO-GARCÍA, 2010).

Para o planejamento e a implementação de estratégias de atenção aos cuidadores informais de idosos, optou-se por utilizar os pressupostos da Teoria

Bioecológica do Desenvolvimento Humano, por ser uma abordagem contextualista e interacionista. Trata-se de um arcabouço teórico que considera os cenários/espaços nos quais os fenômenos são desenvolvidos e os compreendem a partir das relações e interações constituídas entre a pessoa e os demais componentes presentes no ambiente social (NARVAZ; KOLLER, 2004).

A teoria proposta teve origem na década de 1970, sendo publicada oficialmente em 1979, no livro intitulado “Ecologia do Desenvolvimento Humano”. O principal representante foi o “ecologista humano” Urie Bronfenbrenner, cientista que nasceu na Rússia, mas viveu desde os seis anos de idade nos Estados Unidos da América, onde morreu aos 88 anos em 2005. Bronfenbrenner expôs ao meio científico premissas importantes para o estudo sobre o desenvolvimento humano, pois lhe incomodava o fato de ele ser analisado com o uso de abordagens fragmentadas (BENETTI et al., 2013; DARLING, 2007; NARVAZ; KOLLER, 2004; YUNES; JULIANO, 2010).

As premissas envolveram uma gama de teorias e pesquisas que discutiam os métodos e as condições que norteavam o desenvolvimento humano ao longo da vida nos ambientes em que ele habita (BRONFENBRENNER, 1994; NARVAZ; KOLLER, 2004;).

Nesse entremeio, a teoria passou por várias reformulações e reestruturações. Em 1992, ao ser delineada com concepções um pouco mais detalhadas, ela foi denominada como Teoria dos Sistemas Ecológicos (BENETTI et al., 2013; PRATI et al., 2008). Posteriormente, os conceitos foram ampliados, mas sem refutar as inferências originais do modelo ecológico; então, foi intitulada de Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH), a qual se caracterizou como uma evolução ao proporcionar melhor entendimento sobre o desenvolvimento humano (BENETTI et al., 2013; BRONFENBRENNER, 1994; NARVAZ; KOLLER, 2004; PRATI et al., 2008; YUNES; JULIANO, 2010;).

De acordo com Urie Bronfenbrenner, para compreender o desenvolvimento humano é imprescindível considerar o Sistema Bioecológico que envolve a pessoa em desenvolvimento. Esse sistema se constitui na padronização e inter-relação de vários determinantes do desenvolvimento, bem como na interação recíproca entre um organismo humano ativo e as pessoas, os objetos e os símbolos presentes no ambiente que o cercam (BENETTI et al., 2013; BRONFENBRENNER, 1994; DARLING, 2007).

A TBDH indica que, para a compreensão de algum fenômeno em estudo**,** é indispensável valorizar a interação sinérgica de quatro dimensões inter-relacionadas: o Processo, a Pessoa, o Contexto e o Tempo (Modelo PPCT). Elas se constituem nos principais componentes dessa teoria (BENETTI et al., 2013; BRONFENBRENNER, 1994; MARTINS; SZYMANSKI, 2004; NARVAZ; KOLLER, 2004).

Diante desse quadro, a dimensão teórica relacionada ao Processo mostra que ele está ancorado nas relações proximais. Enfatiza-se, pois, que o desenvolvimento acontece mediante a interação recíproca entre a pessoa e o ambiente, sendo esta efetivada a partir de longos períodos de tempo (BENETTI et al., 2013; NARVAZ; KOLLER, 2004; PRATI et al., 2008). De acordo com Bronfenbrenner (1999), para que os processos proximais se estabeleçam é essencial a presença de cinco requisitos básicos: 1 - a pessoa deve estar inserida em uma atividade; 2 - a interação deve ocorrer em período de tempo prolongado; 3 - as ações devem ser progressivamente mais complexas; 4 - deve existir reciprocidade entre as relações interpessoais; 5 - os objetos e símbolos presentes no ambiente imediato devem estimular a atenção, exploração, manipulação e imaginação do indivíduo em desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1994; NARVAZ; KOLLER, 2004; PRATI et al., 2008).

Enquanto isso, a segunda dimensão da teoria – Pessoa, também denominada como “eu ecológico” – corresponde ao ser humano ou ao núcleo familiar em desenvolvimento (DE ANTONI; KOLLER, 2010), abrangendo todas as características determinadas biopsicologicamente, assim como as que foram estabelecidas a partir das interações com o ambiente (NARVAZ; KOLLER, 2004). A pessoa possui três características que influenciam tanto no desenvolvimento quanto nos processos proximais (demanda, recurso e força) (BENETTI et al., 2013; NARVAZ; KOLLER, 2004; TUDGE, 2008).

As características de demanda são aquelas relacionadas às disposições comportamentais, as quais favorecem ou não as operações dos processos proximais. As características de recurso aludem à capacidade de a pessoa se comprometer em processos proximais, englobando nesse recurso as habilidades, as experiências e os conhecimentos necessários para efetivar as operações de tais processos ao longo dos diferentes estágios de desenvolvimento (BENETTI et al., 2013; NARVAZ; KOLLER, 2004; TUDGE, 2008).

Enquanto isso, as características de força dizem respeito a disposições comportamentais que podem estimular os movimentos dos processos proximais e

sustentar suas operações ou, por outro lado, podem expor obstáculos e impedir que tais processos aconteçam. Dentre os exemplos de características de força é possível citar: motivação, curiosidade, persistência, irresponsabilidade, apatia, timidez excessiva, entre outros (BENETTI et al., 2013; NARVAZ; KOLLER, 2004; TUDGE, 2008).

A terceira dimensão teórica, intitulada Contexto, apresenta-se mediante a interação de quatro níveis ambientais (microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema) (BRONFENBRENNER, 1994; DE ANTONI; KOLLER, 2010; NARVAZ; KOLLER, 2004; SUCHCK; DE ANTONI, 2014; YUNES; JULIANO, 2010). O microssistema engloba atividades, papéis sociais e relações interpessoais vivenciadas pela pessoa em dada situação com recursos físicos, sociais e simbólicos que podem estimular, permitir ou inibir o envolvimento dela com o ambiente (BRONFENBRENNER, 1994). Trata-se, portanto, de um ambiente ou local onde o indivíduo pode estabelecer interações face a face, como a família, a escola, a creche, a universidade e a instituição, a depender da situação de vida de cada um (YUNES; JULIANO, 2010).

Além disso, o mesossistema é compreendido como um componente do microssistema e está relacionado às ligações, aos vínculos e aos processos que decorrem entre duas ou mais circunstâncias envolvendo a pessoa em desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1994). Tal sistema retrata as inter-relações entre os diversos ambientes em que o indivíduo participa ativamente, a exemplo da inter-relação da família com a escola e a igreja (DE ANTONI; KOLLER, 2010; YUNES, JULIANO, 2010).

O exossistema representa as ligações, os vínculos e os processos que perpassam entre dois ou mais ambientes (BRONFENBRENNER, 1994). A pessoa não participa ativamente, mas os eventos e as decisões afetam indiretamente o ambiente em que ela reside, influenciando o desenvolvimento humano (BRONFENBRENNER, 1994; DE ANTONI; KOLLER, 2010; YUNES, JULIANO, 2010).

Para Yunes e Juliano (2010, p. 362), na perspectiva de propiciar condições de proteção ao desenvolvimento humano, é fundamental no exossistema se atentar para cinco aspectos:

> a) a comunicação bidirecional em contraposição à unidirecional; b) a existência de informações precisas e fidedignas; c) o sentimento de

> objetivos comuns de dois ou mais sistemas envolvidos; d) a confiança mútua; e e) o equilíbrio de poder.

E o macrossistema corresponde a um padrão global das características do microssistema, mesossistema e exossistema de dada cultura ou subcultura, com relações particulares de sistemas de crença, conhecimentos, recursos materiais, costumes, oportunidades, contratempos e opções de estilo de vida incorporados em cada um desses sistemas (BRONFENBRENNER, 1994). Na visão ecológica, os modelos existentes no macrossistema afetam diretamente o desenvolvimento pessoal e social; com isso, as relações entre pessoa, família e sociedade tendem a se alterar ao longo do tempo (DE ANTONI; KOLLER, 2010).

A quarta e última dimensão teórica, denominada como cronossistema, se refere ao Tempo que repercute sobre os outros sistemas, sendo que as dimensões interligadas à pessoa, aos processos proximais e ao contexto podem mudar ao longo dele (BENETTI et al., 2013; BRONFENBRENNER, 1994; NARVAZ; KOLLER, 2004). Segundo Narvaz e Koller (2004), a análise do tempo deve levar em consideração os eventos presentes na vida da pessoa, dos mais recentes aos mais distantes, como os grandes eventos e as transições históricas. É necessário também avaliar as mudanças que aconteceram no ambiente, bem como a dinâmica das relações entre os processos (pessoa e ambiente).

Nessa perspectiva, o modelo sistêmico possibilita compreender o fenômeno com base em uma abordagem multifacetada, processual e interativa, com valorização do contexto, da história e das pessoas, as quais são protagonistas e coparticipantes de todo o desenvolvimento (BENETTI et al., 2013; DE ANTONI; KOLLER, 2010). Por outro lado, o modelo PPCT oportuniza uma análise ampla e específica dos mecanismos de risco e proteção presentes no núcleo familiar, por exemplo, evidenciando os fatores tanto intra quanto extrafamiliares (DE ANTONI; KOLLER, 2010).

Ainda de acordo com De Antoni e Koller (2010), o risco será responsável pelo acometimento de um distúrbio ou uma doença conforme severidade, duração, frequência ou intensidade. Já os fatores de proteção auxiliarão a pessoa na defesa ou no fortalecimento frente a exposição de riscos à saúde. Porém, tanto o risco quanto a proteção devem ser reconhecidos como processos, ocasionando implicações nas relações e nos resultados específicos.

Schuck e De Antoni (2014), ao investigarem sobre a “resiliência e vulnerabilidade no cuidado com o idoso dependente: um estudo de caso” utilizando esse modelo, observaram que a família, ao cuidar do idoso dependente, apresentou mais fatores de risco do que de proteção. Contudo, ela se apresenta em processo adaptativo positivo e resiliente frente ao envelhecimento com dependência.

Especificamente para compreender o contexto do idoso, permite-se a afirmação de que a teoria TBHD é útil para o planejamento e a implementação de estratégias de atenção e suporte aos cuidadores informais de idosos. Ela permite traçar um panorama com dados da pessoa, dos processos, do contexto, do tempo e dos fatores de risco e de proteção existentes no cotidiano do cuidador informal de idosos.

Com base no referencial teórico apresentado, elaborou-se um diagrama ilustrativo das dimensões a partir da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, em que o “eu ecológico” (cuidador informal de idoso) está inserido.

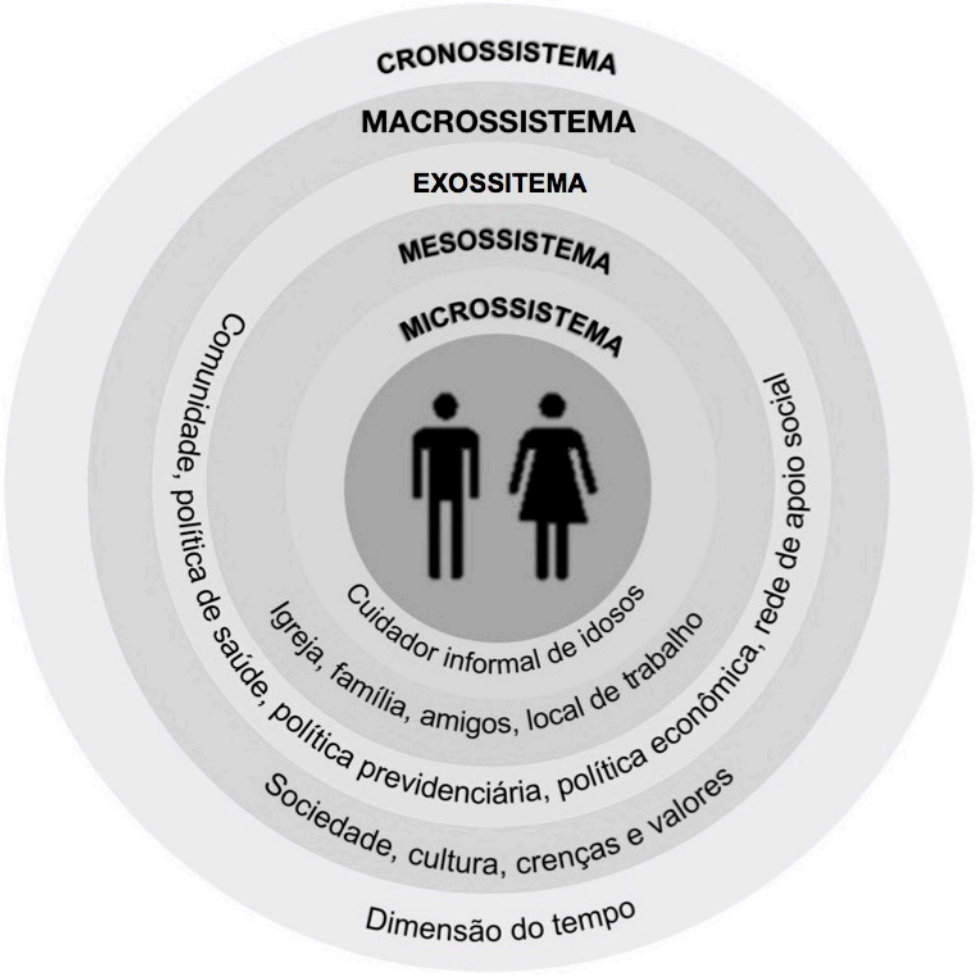


Figura 2: O cuidador informal de idoso na perspectiva da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Jataí-Goiás, 2016.

"O que vale na vida não é o ponto de partida e
sim a caminhada.
Caminhando e semeando, no fim terás o que
colher". (Cora Coralina)

4. DELINEAMENTO METODOLÓGICO

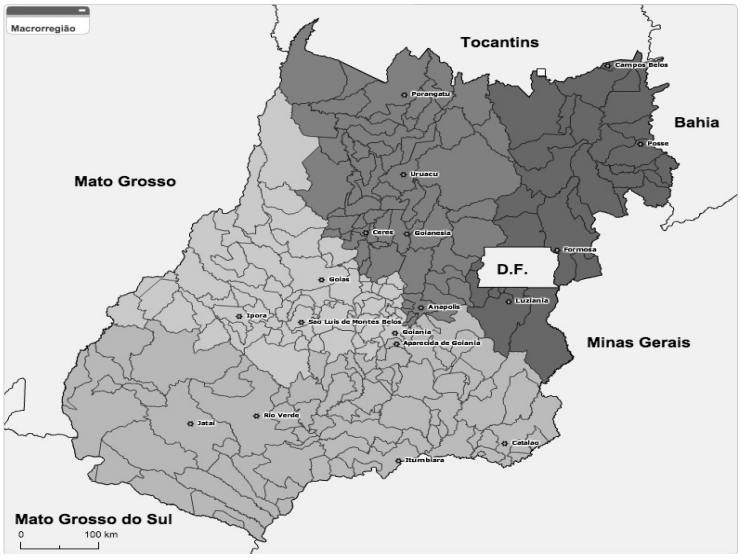
4.1. Tipo de estudo

Este estudo descritivo guiado pelos princípios da PPBC, cujo referencial teórico foi devidamente descrito no capítulo 3. A escolha da referida abordagem metodológica se deu devido ao seu alcance e pertinência em relação aos objetivos, bem como à sua adequação ao objeto de estudo proposto nesta investigação.

A pesquisa descritiva tem como propósito principal a “descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2002, p.42).

4.2. Cenário do estudo

O estudo foi realizado no município de Jataí, situado na região sudoeste goiana. Está localizado a 327 km da capital do estado, Goiânia, e a 535 km da capital federal, Brasília. Na Figura 3 está representada graficamente a localização da cidade em questão, conforme as macrorregiões estaduais.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, 2017.

Figura 3: Caracterização do estado de Goiás por macrorregiões.

De acordo com o censo demográfico publicado pelo IBGE em 2010, o município em possuía uma população de 88.006 habitantes, com estimativa de 97.077 munícipes para o ano de 2016. Ainda conforme esse instituto, a proporção dos residentes de 60 a 69 anos equivale a 5.038, e de 70 anos ou mais, 4.290, o que corresponde a 10,6% da população total.

No que se refere à responsabilidade de gestão do SUS, o município assume o compromisso de gestão plena, com a garantia de proporcionar a integralidade da assistência aos usuários. Com isso, ele fica responsável sobre as ações de assistência à saúde (atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar), de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica.

Também reconhecida como Atenção Primária de Saúde (APS), a ABS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde voltadas à promoção e à proteção da saúde, à prevenção de agravos, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação, à redução de danos e à manutenção da saúde desenvolvidas tanto no âmbito individual como no coletivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). Ainda é vista por essa instituição federal como a porta de entrada do SUS, em que a ESF se torna a ferramenta prioritária para expansão e consolidação da atenção básica/primária. Nesse sentido, de acordo com o Departamento de Atenção Básica, em março de 2016 o município de Jataí-GO possuía 20 equipes saúde da família, o que equivaleria à proporção de cobertura populacional estimada de 76,75%.

A ESF realiza o cadastro das famílias e dos indivíduos em sua área adstrita e o mantém atualizado em um sistema de informação indicado pelo gestor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). Utiliza-se o e-SUS atenção básica, criado no intuito de substituir o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e que tem como um dos propósitos otimizar o trabalho desenvolvido pelos profissionais, assim como viabilizar o uso da informação para gestão e qualificação do cuidado em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Com base nesse contexto e de acordo com o e-SUS atenção básica, cadastraram-se no município em estudo, 326 idosos no período de abril 2015 a março 2016, sendo 147 (45%) do sexo masculino e 179 (55%) do sexo feminino. O quantitativo de idosos comparados com o total de pessoas cadastradas nesse no período equivaleu a 15%.

Vale mencionar que não foi possível identificar, no sistema e-SUS atenção

básica, dados relacionados aos cuidadores informais de idosos, algo obtido diretamente na Coordenação Municipal do Programa de Atenção ao Idoso por meio do consolidado dos relatórios mensais enviados pelas ESF. Tendo como referência o mês de abril 2016, foram constatados 46 cuidadores com qualificação e oito sem qualificação, mas não fica evidente o que seria esse tipo de qualificação. Ademais, no e-SUS não foi verificada nenhuma ação de atenção específica para os cuidadores de idosos, seja ela formal ou informal.

4.3. Participantes do estudo

A definição do número de participantes de um estudo na modalidade da PPBC depende dos rumos do processo investigativo e do envolvimento da comunidade. Para iniciar um estudo nessa abordagem, não é possível definir previamente quais ou quantas pessoas irão participar. O ponto de partida de qualquer investigação que utilize a PPBC é a composição do Comitê de Assessoria Comunitária (CAC) que determina, junto ao pesquisador ou ao grupo de pesquisadores, além dos rumos da pesquisa, quais e quantos indivíduos pessoas farão parte das ações propostas pelo comitê.

Ao iniciar a investigação, o primeiro passo do pesquisador foi identificar na comunidade as pessoas chaves para compor o CAC e, a partir daí, delinear coletivamente os caminhos a serem seguidos.

Neste estudo, os nove participantes parceiros/membros da comunidade para constituição do CAC, primeira fase do estudo foram recrutados ao longo dos 14 meses de coleta de dados, a partir da composição do CAC.

De acordo com Israel et al. (2013), o termo “comunidade” no contexto da PPBC é definido como uma unidade de identidade relacionada a grupos de pessoas interligadas por diversas características, como rede social, área geográfica, sentimentos, interesses em comum, estilo de vida, valores, entre outras (ISRAEL et al., 2013; MACQUEEN et al., 2001; SADLER et al., 2012).

Nesses termos, os parceiros da comunidade foram selecionados por meio de amostragem por conveniência (PATTON, 2002), que viabiliza o acesso a pessoas da comunidade com informações privilegiadas ou interesses sobre o tema tratado no

estudo, que tenham a capacidade para contribuir na produção de conhecimentos e na compreensão em profundidade do fenômeno estudado. A estratégia bola de neve (PATTON, 2002) também foi empregada para identificar as pessoas chaves, considerando a rede de contatos de cada participante. Tais aspectos estão devidamente discriminados nos resultados desta investigação.

Posteriormente, houve o envolvimento de mais 375 participantes no estudo, que ocorreu por sugestão e definição das estratégias de ação discutidas no CAC. Assim, com o andamento do trabalho no CAC, definiram-se ações prioritárias que indicavam participação de outras pessoas, a exemplo da mobilização de 255 profissionais das ESF do município em questão, o que será descrito nos resultados. Esses participantes foram envolvidos durante as intervenções promovidas pelo CAC nas unidades básicas de saúde (UBS) e no auditório do Instituto Federal de Goiás (IFG), englobando diferentes profissionais, como agente comunitário de saúde, enfermeiro, médico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, recepcionistas, odontólogos, entre outros que atuam na APS.

Outra ação do CAC previu o cadastramento de cuidadores informais de idosos residentes no município, o que incluiu no estudo 120 pessoas também selecionados pela estratégia bola de neve e identificados em toda a extensão territorial de Jataí. Nas áreas cobertas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 49,25%, estes auxiliaram nas informações e nos cadastros dos cuidadores informais de idosos; e nas áreas descobertas pela ESF, contou-se com a colaboração de líderes comunitários e membros de instituições religiosas, em virtude da maior possibilidade de eles ajudarem no reconhecimento de outras pessoas que atuam no cuidado informal da pessoa idosa. Também houve o auxílio dos membros do CAC, os quais foram devidamente capacitados.

A seleção dos cuidadores baseou-se na autodeclaração do indivíduo em se considerar como cuidador informal do idoso, podendo ser o cuidador principal ou não. Nesse sentido, definiu-se a pessoa que auxiliava o idoso tanto em ABVD quanto nas AIVD.

4.4. Critérios de inclusão e exclusão dos participantes

Os critérios de inclusão no estudo foram:

- **CAC:**
  1. Idade superior a 18 anos;
  2. Ter disponibilidade para participar das reuniões do CAC;
  3. Ter interesse em se envolver no projeto de pesquisa, considerando a temática.
- **Profissionais das Equipes Saúde da Família:**
  1. Idade superior a 18 anos;
  2. Estar presente no dia das intervenções realizadas pelo CAC;
  3. Atuar em alguma atividade profissional na unidade de atenção básica.
- **Cuidadores informais de idosos:**
  1. Idade superior a 18 anos;
  2. Atuar como cuidador informal de idoso;
  3. Aceitar o preenchimento da ficha cadastral de cuidadores informais de idosos dependentes.

Os critérios de exclusão no estudo foram:

- **CAC:**
  1. Apresentar algum impedimento para dar continuidade na participação de reuniões do CAC.
- **Profissionais das Equipes Saúde da Família:**
  1. Não ter disponibilidade para se reunir com os demais profissionais no momento da implementação das intervenções realizadas pelo CAC, independentemente do motivo.
- **Cuidadores informais de idosos:**
  1. Apresentar alguma dificuldade cognitiva para responder corretamente a ficha de cadastramento dos cuidadores de idosos dependentes.

4.5. Procedimentos e período de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de outubro/2014 a dezembro/2015. Ela aconteceu em consonância com os princípios da PPBC (ISRAEL et al., 2013), os quais nortearam para a implementação cíclica e interativa dessa investigação junto a comunidade, conforme demonstrado na Figura 4.

Fonte: Israel et al. (2013), p. 47.

Figura 4: Principais componentes nas fases de condução da PPBC.

Como forma de apresentar o processo de pesquisa, optou-se por organizar didaticamente a coleta de dados em fases, a fim de facilitar o entendimento do desenvolvimento temporal de cada uma delas. Elas compreenderam a lógica da investigação na PPCB, considerando o caráter participativo da comunidade nesse caminhar.

4.5.1. I Fase – Formação de parceria com a comunidade

Para reconhecer a comunidade do estudo como unidade de identidade, os fundamentos da PPBC foram primordiais. Para tal, seguiu-se as recomendações de Habermas (1978) citado por Wallerstein; Duran (2006), em que é necessário realizar alguns questionamentos reflexivos antes da constituição da parceria com a comunidade: 1 - Quem estavam ou não estão participando como parceiros comunitários? 2 - Quais interesses da comunidade em estudo estavam ou não sendo atendidos? 3 - Qual o tipo de influência os parceiros terão sobre as discussões e tomadas de decisões? 4 - Em quais os aspectos do processo de PPBC os parceiros participarão? 5 - Como lidar com diferentes realidades e interesses apresentados durante a condução da pesquisa? 6 - Qual o compromisso dos parceiros universitários em manter uma parceria equitativa e que atenda a todas as diversidades culturais?

O conhecimento do município, o envolvimento com a política de atenção à saúde do idoso e a rede de contatos da pesquisadora permitiram o início do processo pela busca de parceiros ligados diretamente à área do idoso e, consequentemente, ao cuidador informal de idoso.

As primeiras pessoas identificadas na rede da pesquisadora foram profissionais da área da saúde e assistência social, gestores de serviços públicos e de ONG que prestam atendimento ao idoso, cuidadores informais e idosos. Vale ressaltar que a equipe da universidade integrou, além da pesquisadora principal, acadêmicos do Curso de Enfermagem, que foram sensibilizados pela pesquisadora, por já participarem de outras ações na atenção ao cuidador. Esses alunos integraram o CAC fazendo o registro de diário de campo além de auxiliar em demandas que emergiram nos encontros.

Diante disso, a seleção dessas pessoas levou em consideração o fato de que compreender e valorizar a realidade do cuidador informal de idoso por parte de formuladores de política e profissionais da saúde favorece a construção de modelos, teorias, políticas e programas compatíveis com a realidade de tais indivíduos (MIRANDA et al., 2015; SOUZA, et al., 2015a; TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2013).

Em seguida, utilizou-se um diagrama denominado “Arco-Íris dos Parceiros da Comunidade”, proposto por Chevalier e Buckles (2013) para a composição de grupos

em pesquisas que contam com a participação da comunidade. Nesse é apontada a relação desses indivíduos de acordo com o grau de influência e o nível em que foram afetados pela questão-problema do estudo, como ilustra a Figura 5.

Fonte: Chevalier e Buckles, 2013, p. 77.

Figura 5: Diagrama arco-íris dos parceiros da comunidade.

Após a identificação dos possíveis parceiros, iniciou-se a aproximação com as pessoas chaves, a fim de compor a CAC. Para tal, foi elaborado um convite para participar de um primeiro encontro, em que seria apresentada a ideia central da pesquisa. Esse foi entregue pessoalmente pela pesquisadora às pessoas relacionadas. Nessa oportunidade, foram explanados mais claramente os objetivos da reunião para qual estavam sendo convidados.

Na primeira reunião compareceram 11 pessoas chaves, sendo apresentada a proposta do estudo e a abordagem de pesquisa a ser utilizada, inclusive a necessidade de formalização do CAC. Com vistas a protocolar a parceria com os representantes da comunidade que concordaram em ser membros do CAC, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e o Termo de Autorização de Uso de Imagem (Apêndice B). Vale destacar que nesse momento foi informado que a pesquisa fazia parte do desenvolvimento de uma tese de doutorado.

Além das assinaturas dos referidos termos (Apêndices A e B), foram

estabelecidos, em concordância com todos os parceiros, dia, horário, local das reuniões e regras para o ingresso de novos integrantes no CAC. Também se discutiram aspectos para garantir confidencialidade e respeito mútuo pelos componentes do CAC. Tais requisitos fizeram-se necessários, visto que segundo Chiesa et al. (2007) estabelecer termo de acordo e compromisso entre os membros do grupo é essencial para que esse efetive e atinja os objetivos desejáveis.

No intuito de identificar o perfil sociodemográfico dos parceiros do CAC, foi aplicado um instrumento semiestruturado de coleta de dados, elaborado pela pesquisadora (Apêndice C). Ele foi composto, na primeira parte, por oito questões fechadas relacionadas à identificação sociodemográfica: sexo, faixa etária, naturalidade, nacionalidade, escolaridade, estado civil, religião e segmento da comunidade que representa. A segunda parte foi constituída por uma questão aberta: “Fale sobre o seu interesse em participar do Comitê de Assessoria Comunitária (CAC)”.

As reuniões e intervenções realizadas pelo CAC foram registradas em diário de campo, gravações e fotos. A técnica de coleta de dados nessa fase foi mediante a observação participante e a entrevista semiestruturada. A partir disso, analisaram-se os dados qualitativos e quantitativos de maneira contínua e colaborativa, conforme preconizado nos princípios da PPBC, considerando o rigor exigido na pesquisa científica.

Para manter a comunicação efetiva entre os parceiros do CAC, antes do início de cada reunião era feito um resumo orientador com lembranças da reunião anterior. Vale destacar que as fases subsequentes aconteceram a partir da criação do CAC, quais sejam: levantamento e priorização dos problemas; e planejamento e implementação das estratégias.

4.5.2. II Fase – Identificação de problemas relacionados ao cuidador informal de idoso

Nesta fase, os membros do CAC buscaram identificar os problemas, independentemente da sua natureza, relacionados ao cuidador informal de idosos e, para isso, utilizou-se a técnica “tempestade de ideias”. De acordo com Behr, Moro e

Estabel (2008), essa técnica surgiu na década de 1930 com o publicitário Alex Osborn, cujo objetivo era propiciar um ambiente para a criação de conhecimento. Trata-se de uma ferramenta simples que permite visualizar várias concepções ou evidenciar um problema, devendo ser realizada em grupo para estimular a maior quantidade possível de ideias. Esse método possui uma sequência caracterizada por introdução, criação de ideias, revisão, seleção e ordenação.

Para dar início ao desenvolvimento da atividade, utilizou-se a seguinte questão: Qual(is) o(s) problema(s) relacionado(s) ao cuidador informal de idosos? A técnica foi desenvolvida em duas reuniões do CAC, o que permitiu identificar ideias relevantes sobre o cuidador informal de idoso, além de serem condizentes com a realidade local. Nesse sentido, após o levantamento de todas as ideias, elas foram agrupadas por afinidade. Vale salientar que a pesquisadora participou como facilitadora desse processo.

4.5.3. III Fase – Priorização de problemas relacionados ao cuidador informal de idoso

Nesta fase, os membros do CAC, em uma reunião, priorizaram os problemas referentes aos cuidadores informais de idosos, a fim de identificar os mais relevantes. Tal ação partiu do seguinte questionamento: Qual deve ser a ordem de prioridade dos problemas identificados em relação ao cuidador informal de idoso?

Para estabelecer a ordem de prioridade, utilizou-se uma ferramenta denominada matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência), cujo objetivo é priorizar a resolução de problemas (BAGGIO; LAMPERT, 2010), o que possibilita tratá-los de maneira mais apropriada, conforme o modelo representado no Quadro 1.

Quadro 1: Matriz de Priorização GUT (Gravidade – Urgência – Tendência).

Valores para ponderação dos problemas				
Valor	**Gravidade**	**Urgência**	**Tendência**	**GxUxT**
5	Extremamente grave	Ação imediata	Piorar rapidamente	125
4	Muito grave	Com alguma urgência	Piorar em pouco tempo	64
3	Grave	O mais cedo possível	Piorar em médio prazo	27
2	Pouco grave	Pode esperar um pouco	Piorar em longo prazo	8
1	Sem gravidade	Não tem pressa	Não vai piorar e pode até melhorar	1

Fonte: Instituto Brasileiro da Qualidade Nuclear (1993 apud BAGGIO; LAMPERT, 2010, p. 96-97).

De acordo com Behr, Moro e Estabel (2008), gravidade, urgência e tendência podem ser entendidas como:

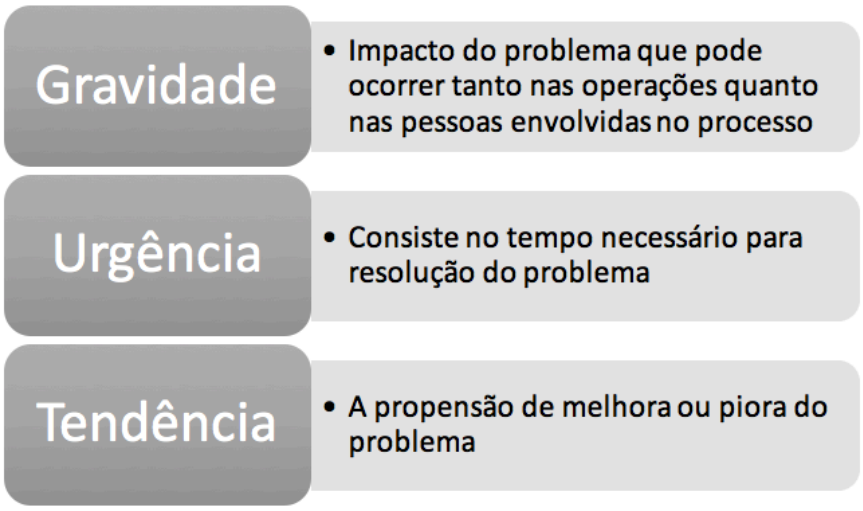


Figura 6: Conceitos de gravidade, urgência e tendência.

O uso da matriz GUT permitiu quantificar e organizar as informações coletadas na fase II, pontuando-as de acordo com o grau de prioridade. Além disso, essa ferramenta fez com que a tomada decisões fosse de maneira compartilhada entre parceiros da academia e da comunidade.

4.5.4. IV Fase – Levantamento das capacidades dos pontos fortes, dinâmicas e recursos da comunidade

As questões relacionadas à capacidade de recursos humanos, financeiros,

estruturais, entre outras foram discutidas no decorrer de todas as fases do estudo. Entretanto, optou-se em destacá-la como uma fase independente nesta pesquisa, somente com o propósito de reforçar a necessidade de valorizar tais aspectos quando se realiza a PPBC.

Assim, é importante mencionar que para o desenvolvimento de uma pesquisa fundamenta na PPBC o pesquisador deve buscar financiamento, tendo em vista as demandas não programadas decorrentes das sugestões ou demandas do CAC e da própria pesquisa. No caso da presente investigação, contou-se com recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás.

A dinâmica e os recursos disponíveis na comunidade foram amplamente discutidos em diversos momentos. Para tal, contou-se com o conhecimento dos parceiros da comunidade, dado que, de acordo com Gibbs et al. (2014) e Israel et al. (2013), a presença de colaboradores da comunidade permite obter informações valiosíssimas. Eles possuem conhecimento e podem compartilhar dados sobre os recursos disponíveis em praticamente todos os níveis da comunidade.

4.5.5. V Fase – Planejamento de estratégias, método e intervenções de atenção ao cuidador informal de idoso

A partir das fases anteriores, os membros do CAC desenvolveram um plano de ação, a fim de intervir diretamente nos problemas priorizados em relação ao cuidador informal de idosos. Nesse documento constaram a descrição da ação, o(s) objetivo(s), a(s) estratégia(s), os envolvidos, os recursos necessários, o período de execução e os resultados esperados.

Tal processo envolveu cinco ações pensadas coletivamente como possíveis de serem desenvolvidas durante a execução da tese de doutorado, aspecto negociado com o CAC desde o primeiro contato. Nesse momento, ficou claro ao grupo envolvido que o planejamento das ações deveria considerar a disponibilidade do pesquisador, para acompanhar as ações; e que outras necessidades da comunidade ou ideias derivadas da execução das ações seriam tratadas posteriormente, mantendo o vínculo da pesquisadora com a comunidade e sua responsabilidade ao levantar problemas e buscar soluções conforme o propósito da PPCB.

A avaliação do plano de ação aconteceu de maneira processual, ou seja, após cada implementação. No decorrer das intervenções foram realizadas as ações propriamente ditas, bem como as coletas de dados junto aos participantes, com instrumentos de dados diferenciados.

4.5.6. VI Fase – Implementação de estratégias, método e intervenções em atenção ao cuidador informal de idoso

Nesta fase, os membros do CAC implementaram o plano de ação descrito na fase V. Foram realizadas cinco intervenções, que possibilitaram melhorias para o cuidador informal de idosos, bem como coletar os dados da pesquisa relacionados ao contexto que o envolve. As técnicas de coleta de dados foram observação participante, entrevista estruturada e semiestruturada. Para tal, utilizou-se como instrumentos: registro em diário de campo, roteiro de entrevista estruturado e roteiro de entrevista semiestruturado.

Para a coleta de dados dos profissionais de saúde que atuam nas UBS e que estavam presentes na sensibilização, foi elaborado um instrumento contendo a unidade de vinculação, ocupação e os dados relacionados com a participação em capacitação sobre cuidadores informais de idosos (Apêndice D). Já para os que participaram do I Encontro Multiprofissional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e do Cuidador Informal, o instrumento era composto por duas questões associadas à unidade de vinculação e à categoria profissional (Apêndice E).

Ademais, para a coleta de dados dos cuidadores informais de idosos foi elaborada uma ficha cadastral composta por questões fechadas relacionadas aos seguintes tópicos: data de nascimento, sexo, escolaridade, raça, estado civil, religião, renda familiar, tempo e período que cuida do cuidador, vínculo com o idoso, tipo de dependência do idoso, último atendimento e acesso do cuidador nos serviços de saúde, assistência e apoio dos profissionais ao cuidador, participação em grupo de apoio, participação, necessidade e disponibilidade para capacitação. Houve ainda uma pergunta aberta, a saber: “Quais as principais dificuldades enfrentadas por você no dia a dia para realizar os cuidados ao idoso?”. O registro dos cadastros foram feitos pelos ACS.

Essa ficha e as implementações feitas no estudo estão devidamente detalhadas no capítulo referente aos resultados.

4.5.7. VII Fase – Análise dos dados pelos membros do CAC

Conforme mencionado anteriormente, a análise dos dados aconteceu de maneira contínua e colaborativa, emergido-se dados objetivos e subjetivos da investigação. À medida que se produziam esses dados, eles foram discutidos com o CAC quanto a conteúdo, resultado ou desdobramento necessário. Esse processo analítico é indispensável e fundamental na PPBC por contar com a participação ativa da comunidade.

Os dados analisados junto ao CAC eram processados pelo pesquisador e devolvidos em reuniões do comitê para validação de compreensão e deliberação de todos os parceiros.

Por outro lado, o processamento analítico e interpretação da análise do CAC para a composição da tese ficou restrita a equipe de pesquisadores, pois os demais membros da comunidade não manifestaram interesse e domínio nesse processo, e sim no resultado final.

4.5.8. VIII Fase – Divulgação dos resultados obtidos pela parceria do CAC

Conforme mencionado anteriormente, discutiram-se os dados no decorrer das reuniões do CAC. No entanto, em dezembro/2015, a análise completa dos resultados obtidos na investigação foi apresentada aos membros do referido comitê, que sinalizaram sobre como deveria acontecer a divulgação de tais dados, segundo o capítulo referente aos resultados.

4.5.9. Manutenção, sustentabilidade do CAC e avaliação das parcerias

Visando à manutenção e à sustentabilidade do CAC, baseou-se em cinco estratégias recomendadas por Duran et al. (2013): 1 - a autorreflexão sobre nós mesmos e sobre a capacidade, os recursos e a responsabilidade institucional no envolvimento com a comunidade; 2 - identificação de potenciais parceiros por meio de redes apropriadas, associações e líderes da comunidade; 3 - negociação de uma agenda de pesquisa baseada em uma estrutura comum sobre o mecanismo de mudança; 4 - aprendizagem coletiva sobre a parceria na PPBC; 5 – criação e manutenção da estrutura de sustentabilidade.

A avaliação da parceria do CAC se embasou em duas questões propostas por Maurana et al. (2000) citado por DURAN et al. (2013): 1 - A comunidade trabalharia novamente com a universidade? 2 - A universidade trabalharia novamente com a comunidade?

4.6 Análise de dados

O processamento analítico dos dados para composição da tese foi conduzido pela equipe de pesquisadores, sendo que os dados qualitativos gerados a partir da leitura dos diários de campo, registro das reuniões do CAC e das intervenções, das entrevistas com os cuidadores informais foram analisados de acordo com a análise de conteúdo, modalidade temática proposta por Bardin (2011). Vale destacar que os dados oriundos da coleta tem a mesma importância no processo analítico, não tendo o mais relevante, mas sendo *corpus* complementares para se responder aos objetivos do estudo.

A análise de conteúdo é considerado um conjunto de técnicas que utilizam procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2011). No presente estudo, esses dados subjetivos foram organizados seguindo as fases de pré-análise com leitura flutuante e escolha dos documentos, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação, conforme recomendado por Bardin (2011).

Vale citar que, para manter o anonimato dos participantes do estudo, eles foram identificados por meio de codinomes referenciados no decorrer do estudo:

- PC = Pessoa chave
- MCAC = Membro do Comitê de Assessoria Comunitária
- PS = Profissionais da Área da Saúde
- CC = Cuidador Cadastrado
- CI = Cuidador que participou da intervenção proposta pelo CAC

Outrossim, as falas dos participantes foram transcritas literalmente. Alguns equívocos linguísticos que dificultariam a compreensão do leitor foram parcialmente editados.

Já os dados quantitativos foram organizados no programa Microsoft Office Excel e posteriormente repassados para o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22, para proceder à análise de dados e à estatística descritiva. Tal ação foi realizada a partir da distribuição das frequências absoluta e relativa, média e desvio-padrão.

4.7. Aspectos éticos

O presente estudo foi apreciado e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Jataí-GO (Anexo A) e pelo Conselho Diretor da FEN/UFG – Regional Goiânia. Encontra-se devidamente cadastrado na Plataforma Brasil sob o protocolo nº. 34077014.1.0000.5078 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (Anexo B), atendendo aos aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, os objetivos e procedimentos, a fim de emitirem a autorização de participação. Eles assinaram o TCLE (Apêndice A), o qual foi impresso em duas vias – uma destinada para o participante e outra para a pesquisadora – e que, entre outros aspectos, garantia a privacidade e confidencialidade desses indivíduos. Ademais, assinaram o Termo de Autorização de Uso de Imagem (Apêndice B).

"Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a
partir de onde os pés pisam.
Todo ponto de vista é a vista de um ponto".
(Leonardo Boff)

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando a complexidade do processo investigativo e as diversas etapas da pesquisa, optou-se para apresentar os resultados e discussão em conjunto, para que isso facilitasse a compreensão da pesquisa e do seu impacto.

A organização dos resultados foi feita em consonância com as fases descritas no delineamento metodológico e a ordem cronológica de acontecimentos. Portanto, para a sua apresentação será seguido o fluxograma representado na Figura 7.

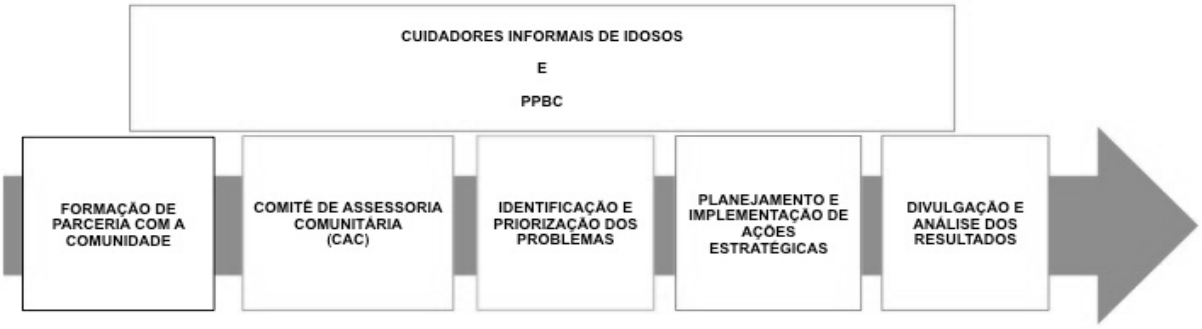


Figura 7: Fluxograma de apresentação dos resultados obtidos na implementação de estratégias de atenção aos cuidadores informais de idosos por meio da PPBC. Jataí, GO, Brasil, 2015.

5.1. Formação de parceria com a comunidade

A participação da comunidade em investigações científicas possibilita um estudo mais amplo, com valorização dos aspectos sociais, econômicos, culturais, além de deixar mais clara a realidade da comunidade (HOROWITZ; ROBINSON; SEIFER, 2009). Esse fato nos motivou a identificar e estabelecer parceria com representantes-chave da comunidade. Dessa maneira, a formação de parceria com a comunidade teve início no mês de outubro de 2014, quando a pesquisadora entrou em contato com a enfermeira coordenadora do Programa Municipal de Saúde do Idoso e solicitou uma reunião com ela. O interesse na coordenadora desse programa se deu pelo fato de ela atuar na atenção a pessoas idosas residentes no município

em estudo e pela possibilidade de tal profissional conhecer pessoas- chave na área da saúde do idoso, incluindo os cuidadores informais.

Nesse contexto, a reunião com a enfermeira supracitada aconteceu no dia 10 de outubro de 2014 e, na ocasião, foram apresentados os objetivos da pesquisa e realizado o convite formal para a profissional ser parceira do presente estudo. Após a aquiescência da profissional foi solicitado a ela que indicasse potenciais parceiros da comunidade, a fim de que eles participassem ativamente no desenvolvimento das etapas da pesquisa em questão.

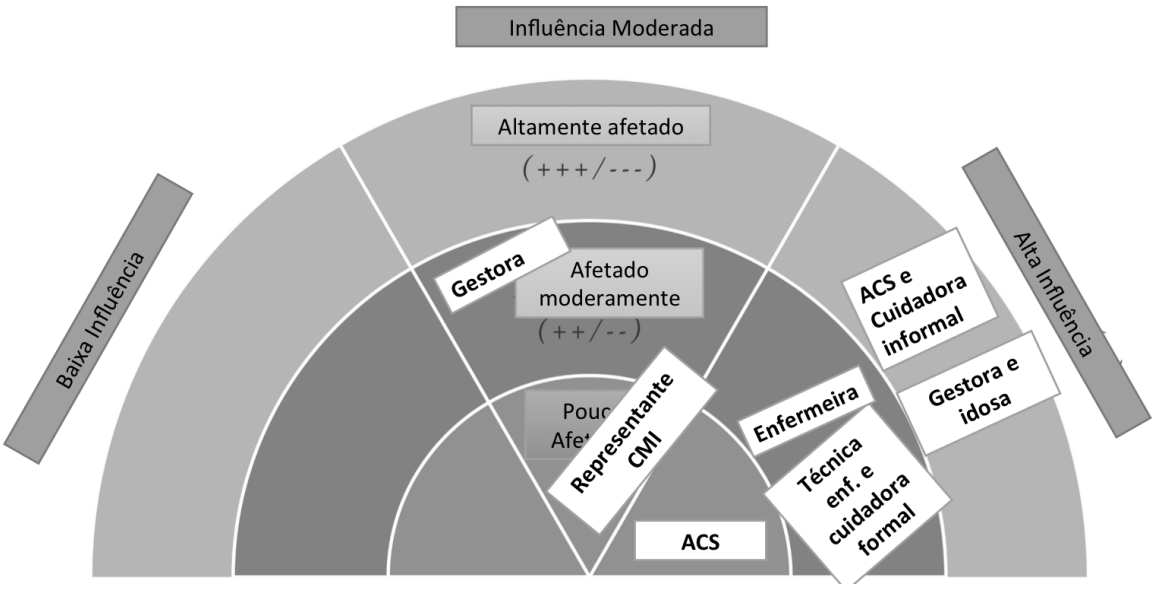
De acordo com Israel et al. (2013), parceiros da comunidade são peças fundamentais no desenvolvimento da PPBC. Quando envolvidos no processo, podem auxiliar significativamente na concretização das transformações propostas para o meio em que vivem. A “comunidade” na PPBC pode ser compreendida como um grupo de indivíduos com características e interesses em comum, que vivem em uma área limitada geograficamente (ISRAEL et al., 2013).

No intuito de promover a reflexão e as indicações assertivas dos parceiros, foram realizadas duas perguntas à enfermeira: 1 – “Quem são as pessoas que trabalham em prol do idoso no município?”; 2 – “Quem não pode deixar de participar junto conosco, e por quê?”. As questões foram direcionadas ao idoso, e não ao cuidador, foco do estudo, visto que não foi identificada nenhuma ação no município voltada para esse indivíduo.

Inicialmente, a enfermeira apontou seis pessoas que trabalham no município em benefício do idoso e comentou a relação delas com a área da temática estudada. Uma delas era presidente do Conselho Municipal do Idoso (CMI). As outras cinco eram ACS de diferentes áreas de abrangências, sendo que um desses indivíduos também exercia o papel de cuidador informal. *A posteriori*, a partir do consenso da pesquisadora e enfermeira, sugeriram-se outros três participantes: uma técnica de enfermagem da UBS que exercia a ocupação de cuidadora formal de idosos no domicílio e duas gestoras de instituições destinadas à residência de pessoas com 60 anos ou mais. Elas possuíam características diferentes, ou seja, uma era destinada para o idoso dependente e a outra, para o independente.

Em sequência, as informações foram posicionadas no diagrama arco-íris de pessoas-chave (Figura 8), a fim de verificar o tipo de envolvimento destas com o idoso e o seu cuidador informal. O plano estratégico para identificação de pessoas-chave deve ser elaborado conforme as particularidades de cada população, mas a

criatividade e a inovação podem favorecer a obtenção de resultados positivos (ETKIN et al., 2012).



Fonte: Adaptação do diagrama de Chevalier e Buckles (2013, p. 77) para o contexto da pesquisa.

Figura 8: Identificação de pessoas chaves na área de atenção ao idoso e ao seu cuidador informal. Jataí, GO, Brasil, 2015.

Após a identificação de quatro pessoas-chave, iniciou-se o contato, mediante a entrega do convite, feita pessoalmente ao presidente do CMI, às gestoras das instituições para residência de idosos e à técnica de enfermagem. As demais foram convidadas via telefone pela enfermeira, a primeira parceira.

Cumpre destacar que as pessoas-chave foram receptivas ao receberem o convite e demonstraram o interesse em participar do estudo. Mesmo com as explicações sobre os objetivos da pesquisa, pareciam não compreender ao certo o que poderia ser realizado em prol do cuidador informal, remetendo-se somente às necessidades do idoso. Todos os convidados confirmaram presença na reunião agendada para o dia 21 de novembro de 2014, às 14 horas, no auditório da UBS James Phillips Minelli, em que a pesquisadora iria prosseguir com o desenvolvimento do estudo a partir da proposta de criação do CAC.

5.2. A criação do Comitê de Assessoria Comunitária

A criação do CAC constituiu-se em um dos maiores desafios vivenciados neste estudo. Ele é o elemento principal da PPBC, que torna possível a condução da pesquisa com a participação e o empoderamento da comunidade em todo o processo da investigação (ISRAEL et al., 2013).

A reunião para discutir sobre o cuidador informal de idosos e a PPBC aconteceu em data, horário e local previstos. Das nove pessoas-chave convidadas, sete compareceram. Além delas, estavam presentes a enfermeira coordenadora do Programa Municipal do Idoso, a pesquisadora e duas auxiliares de pesquisa, que eram alunas do Curso de Graduação em Enfermagem. Logo, o grupo inicialmente foi constituído por onze pessoas.

Tal encontro se iniciou com a apresentação de todos os presentes. Logo em seguida, a pesquisadora fez uma explanação sobre o contexto atual relacionado à atenção ao cuidador informal de idosos e, posteriormente, sobre suas intenções em desenvolver um estudo voltado para essas pessoas. Também foi dada ênfase à abordagem de pesquisa colaborativa, mostrando que era fundamental o envolvimento de sujeitos da comunidade ligados diretamente ou que têm interesse na área do idoso e do cuidador informal.

Nesse momento, os presentes começaram a discutir sobre questões relacionadas à sobrecarga e ao adoecimento do cuidador informal de idoso, visto que este, na maioria das vezes, não possui tempo disponível para cuidar de si mesmo e não se sente apto para assumir o papel de cuidador.

Os convidados vislumbraram a necessidade de intervir sobre a realidade vivenciada pelo cuidador informal de idosos. Para tanto, também ficou evidente que, para as intervenções terem êxito, elas dependeriam da parceria da academia e da comunidade. Assim, foi enfatizada pela pesquisadora a relevância do envolvimento da comunidade na pesquisa, sendo uma oportunidade de participar e colaborar ativamente em prol da sociedade – nesse caso, dos cuidadores informais de idosos.

Diante disso, foi lançada a proposta de criação de um CAC, o qual seria composto pelos membros da academia e da comunidade; logo, todos os presentes fariam parte, caso concordassem. Nesse instante, uma das participantes questionou:

“Esse trabalho trará alguma mudança na vida e na saúde do cuidador ou da pessoa que está sendo cuidada?”

Frente à resposta afirmativa, que mostrava a criação de oportunidades para encontrar soluções referentes a problemas que o CAC identificaria, os presentes se demonstraram entusiasmados em ter a oportunidade de participar da pesquisa. Eles indicaram que seria uma experiência muito importante tanto para a comunidade quanto para a pesquisadora, o que pode ser retratado na fala de uma das participantes:

> *“Na área onde eu atuo possui muitos idosos, mas ninguém possui um olhar para cuidar do cuidador. Essas pessoas precisam ser cuidadas para continuar cuidando do idoso e dar sempre o melhor de si para fazer isso, fato que não é possível caso o cuidador não possua boas condições de saúde.”* (PC1)

No entanto, ao serem convidados para formalizar a parceria com a assinatura do TCLE (Apêndice A) e do Termo de Autorização de Uso de Imagem (Apêndice B), uma das participantes declinou do convite, por não ter disponibilidade em ser membro do CAC. Ela disse: *“Na minha área, quase não tem idoso, então gostaria de ser substituída por outra colega, pois na área dela possui um número maior de idosos.”* (PC2) Essa fala confirma o que destaca por Vale (2017) ao discutir que as questões relacionadas ao envelhecimento da população no Brasil ainda não se tornaram uma preocupação de todos os brasileiros, haja vista que os gestores políticos se movimentam lentamente e a sociedade civil parece desconhecer a rápida mudança na estrutura da pirâmide etária. Para Bicalho, Lacerda e Catafesta (2008), é necessário lembrar as pessoas do processo de envelhecimento que o país vivencia e da possibilidade de elas serem, no futuro próximo, cuidadores de idosos.

No entanto, respeitou-se a decisão da referida participante e, nesse momento, foi aberto o espaço para indicações de outras pessoas-chave, levando em consideração a técnica “bola de neve”. Então, alguns dos presentes começaram a expressar o desejo de convidar mais pessoas para compor o CAC, conforme registrado nas falas abaixo:

> *“Acho que tem que convidar todos os agentes de saúde; essas informações têm que ser repassadas para todos.”* (PC3)

> *“Quero pedir autorização para trazer a minha colega, pois ela também é responsável pelo Conselho do Idoso. Todas as informações devem ser repassadas para mim e para ela.”* (PC4)

Após várias discussões, membros que já haviam concordado em fazer parte do CAC chegaram ao consenso de que não era possível convidar todos os ACS, como proposto inicialmente por uma das participantes. Seria possível convidar apenas os que fossem mais atuantes na área do idoso e do cuidador informal. Portanto, foi concedida a participação de mais um dos representantes do CMI.

Em algumas falas dos membros do CAC ficou claro que, o interesse para participar do comitê em questão foi a possibilidade de apoiar de alguma maneira o cuidador informal:

> *“A construção de estratégias que melhorem a saúde do cuidador informal melhora sua qualidade de vida como um todo e, consequentemente, a do idoso. Daí o nosso interesse.”* (MCAC)

> *“Meu interesse é realmente esclarecer dúvidas para o cuidador de idosos.”* (MCAC)

O fato de serem pessoas envolvidas diretamente no contexto do envelhecimento e do cuidador informal de idoso foi um fator positivo para a manifestação do interesse em auxiliar a população cuidadora informal de idoso. Também a oportunidade de participar ativamente do processo de construção de estratégias de atenção em favor desses indivíduos foi observada como uma potencialidade. O envolvimento ativo da comunidade, a fim de garantir o sucesso da pesquisa e das intervenções propostas, caracteriza uma diferença significante da PPBC em relação aos outros tipos de abordagens metodológicas (JOHNSON; DIAZ; ARCURY, 2016).

Embora o foco do estudo fosse o cuidador informal, constatou-se que em vários momentos os membros do CAC se preocupavam com questões relacionadas ao cuidador da área de saúde, ou seja, o cuidador profissional:

> *“Geralmente são pessoas com muita dificuldade ao acesso ao serviço público. Idoso tem exclusividade, o que não acontece com o cuidador formal.”* (MCAC)

> *“É preciso abrir um espaço para os próprios agentes de saúde, pois eles também precisam ser cuidados para continuar exercendo sua função.”* (MCAC)

As questões concernentes ao cuidador da área de saúde foram valorizadas e registradas. No entanto, a pesquisadora pediu que elas fossem deixadas para outra ocasião oportuna no próprio CAC, uma vez que, em função do tempo e dos prazos estabelecidos, a tese de doutorado precisaria focar nos cuidadores informais.

Os componentes do CAC definiram que as reuniões aconteceriam uma vez por mês e extraordinariamente, se necessário, na quinta-feira, das 14h às 15h30, em uma sala na instituição pública de moradia para idosos, a qual era adequada, confortável e com privacidade.

Nesse sentido, as regras para o funcionamento do CAC foram estabelecidas entre os seus membros, em que a entrada de novos integrantes deveria ser analisada e aprovada pelo CAC. Nessa reunião, foi sugerida a participação da enfermeira recém-contratada para assumir a Coordenação do Programa Municipal do Idoso. Também foi acordado entre o grupo a necessidade de manter o respeito e a confidencialidade dos assuntos discutidos.

Wallerstein e Duran (2006) destacaram que na condução da PPBC é preciso negociar os interesses, visto que geralmente os dos parceiros da comunidade são diferentes dos da academia. Portanto, os esforços da investigação científica devem focar no atendimento do que foi acordado entre os envolvidos no processo.

Embora também tivesse sido salientada e pactuada a importância da presença dos membros do CAC nas reuniões, nem sempre houve participação e frequência regulares, mesmo com as datas agendadas de comum acordo entre os participantes. Na semana definida para a reunião, a pesquisadora enviava lembretes a todos por meio de mensagens telefônicas.

Wallerstein e Duran (2006) sinalizam como um grande desafio o envolvimento dos parceiros comunitários no decorrer da PPBC. Assim, o pesquisador deve lançar mão de estratégias com a utilização de técnicas grupais que auxiliam na construção das relações interpessoais entre parceiros e, sobretudo, na adesão desses no processo de pesquisa (BECKER et al., 2012). Além disso, é importante que o pesquisador tenha flexibilidade no desenvolvimento das reuniões com os parceiros comunitários, englobando horários, locais e datas (NADIMPALLI et al., 2016).

O CAC teve sua composição final de nove participantes, cuja presença foi flutuante durante o período da pesquisa, mas, mesmo assim, eles contribuíram significativamente trazendo a perspectiva da comunidade, sem a qual teria sido impossível realizar o presente estudo.

A **caracterização sociodemográfica dos membros do CAC** mostrou que, em relação ao gênero, houve predomínio do sexo feminino, em que seis (66,7%) eram mulheres e três (33,3%), homens. A faixa etária dos participantes variou entre 18 e 65 anos, e a maioria foi de 40 a 44 anos (33,3%), seguida por 18 a 24 anos (22,2%), 30 a 34 anos (11,1%), 35 a 34 anos (11,1%), 50 a 55 anos (11,1%) e 61 a 65 anos (11,1%).

No que se refere ao grau de escolaridade, verificou-se que a maioria (55,5%) dos integrantes do CAC tinha Ensino Médio (completo ou incompleto) e 44,4% Ensino Superior (com ou sem pós-graduação). Sobre o estado civil, cinco (55,6%) relataram ser solteiros e quatro (44,4%), casados. Em se tratando da religião, sete (77,8%) afirmaram ser católicos, um (11,1%), espírita e um (11,1%), protestante.

Quanto à inserção dos membros do CAC no contexto da comunidade, três (27,3%) eram profissionais da área da saúde, dois (18,2%), representantes da universidade, dois (18,2%), do Conselho Municipal do Idoso, um (9,1%), do Programa Municipal de Saúde do Idoso, um (9,1%), da Instituição de Atenção ao Idoso, um (9,1%), idoso e um (9,1%), cuidador informal de idoso. Vale ressaltar que alguns integrantes se enquadravam em mais de uma representação.

Dessa maneira, como destacam Becker et al. (2013), é fundamental que os parceiros na PPBC possuíam características heterogêneas, com diferentes níveis educacionais, sociais, crenças, valores e múltiplas áreas de conhecimento.

A composição do CAC na presente pesquisa mostrou a relevância de se ter parceiros com entendimentos diferenciados acerca do objeto estudado, ou seja, aqueles com maior propriedade do conhecimento científico e os com maior compreensão e influência na comunidade. Juntos, eles determinaram questões de pesquisa, cenário, hipóteses, intervenções, entre outros aspectos de interesse, conforme preconizado por Horowitz, Robinson e Seifer (2009).

Durante o desenvolvimento da investigação, os membros do CAC mostraram-se coesos, mantendo discussões produtivas e focadas no objeto de estudo. Assim, todos os encontros foram desenvolvidos em um clima de respeito e valorização do conhecimento e/ou das experiências vivenciadas por participantes, as quais foram ilustradas pelas falas a seguir.

> *"Sou agente de saúde há algum tempo e ainda não tinha me atentado para os cuidados com o cuidador, suas necessidades e até mesmo*

> *sua capacitação para o cuidar. Muitas vezes, esse cuidador está esquecido mesmo."* (MCAC)
>
> *"Eu já cuidei de uma pessoa da minha família e tive que usar os conhecimentos que eu tinha para realizar os cuidados. Não tive muito apoio; eu ajudava com remédios, levantava e sentava ela. Fazia (e aprendi) tudo sozinho."* (MCAC)

A abordagem colaborativa, possibilitando a participação ativa da comunidade no desenvolvimento da pesquisa em prol dos cuidadores informais de idosos, gerou sentimento de satisfação entre os participantes do CAC: "[...] *Por isso dei valor nesse comitê; aqui, todos são ouvidos. Podemos dar opinião."* (MCAC)

No decorrer do trabalho, também houve a presença de algumas falas restritivas, ligadas à operacionalização e à realização de ações de intervenções junto aos cuidadores informais de idosos:

> *"Tem muito idoso na minha área, mas não tenho contato com os cuidadores. Eles só separam os medicamentos."* (MCAC)
>
> *"Acho difícil reunir os cuidadores para o projeto por conta do tempo disponível. A maioria dos cuidadores trabalha fora."* (MCAC)

Entretanto, a maioria das falas dos membros do CAC demonstrava uma visão positiva do trabalho, favorecendo a coesão, as discussões e a construção de estratégias de apoio aos cuidadores informais de idosos: *"Com a melhoria de estratégias para saúde do cuidador, com certeza eles estarão mais aptos para cuidar dos idosos."* (MCAC).

No decorrer das atividades grupais é comum manifestações que apontem movimentos de forças impulsoras e/ou restritivas. De acordo com Moscovici (2002), as forças impulsoras buscam aumentar o nível da ação que está sendo ou que será executada, enquanto as restritivas possuem elementos que influenciam para a diminuição da qualidade da ação. Portanto, é importante que o pesquisador tenha clareza do potencial desses movimentos para melhor coordenar o grupo em direção ao seu objetivo. Assim, a formação na coordenação de grupo é uma habilidade que agrega valor e facilita o pesquisador na condução de pesquisas intervencionistas por lhe proporcionar embasamentos teóricos sobre a análise e a condução das forças que integram o campo grupal.

As atividades realizadas em cada reunião e a frequência dos membros do CAC nesses encontros estão detalhadas no Quadro 2.

Quadro 2: Atividades e participação dos membros do CAC nas reuniões desta pesquisa. Jataí, GO, Brasil, 2015.

Data da reunião	Número de participantes	Atividades realizadas de acordo com as fases da pesquisa
21/11/2014	11	Formação de parceria com comunidade e criação do CAC
		Identificação dos problemas relacionados aos cuidadores informais de idosos
22/01/2015	10	Memória da reunião anterior
		Identificação dos problemas relacionados aos cuidadores informais de idosos
		Análise processual
06/02/2015	07	Memória da reunião anterior
		Identificação dos problemas relacionados aos cuidadores informais de idosos
		Início das discussões sobre priorização dos problemas identificados
		Proposta para resolução de problema prioritário
		Análise processual
26/02/2015	06	Memória da reunião anterior
		Priorização dos problemas identificados
		Implementação de ação para resolução do problema prioritário
		Análise processual
12/03/2015 26/03/2015	08 09	Memória da reunião anterior
		Planejamento das ações estratégicas em prol do cuidador informal de idosos
		Análise processual
30/04/2015 18/06/2015 16/07/2015	08 06 06	Memória da reunião anterior
		Avaliação parcial da implementação das ações estratégicas em prol do cuidador informal de idosos
		Análise processual
04/09/2015	05	Memória da reunião anterior
		Busca de novas ações e estratégias em prol do cuidador informal de idosos.
		Avaliação parcial da implementação das ações estratégicas em prol do cuidador informal de idosos
		Análise processual
22/10/2015	05	Memória da reunião anterior
		Avaliação parcial da implementação das ações estratégicas em prol do cuidador informal de idosos
		Análise processual
17/12/2015	06	Memória da reunião anterior
		Apresentação e discussão sobre o resultado final da pesquisa

5.3. Identificação e priorização de problemas relacionados aos cuidadores informais de idosos

Após os acordos iniciais e prosseguindo com as atividades do CAC, os ACS membros do grupo apontaram limitações para a plena participação devido à necessidade de cumprirem oito horas diárias em visitas domiciliares na ESF: *"Eu quero participar, tenho interesse, mas como vai ficar a carga horária? Vamos poder jogar no relatório?"* (PC4).

Esse empecilho foi prontamente resolvido com a intervenção da pesquisadora junto à coordenadora de Enfermagem da Promoção e Vigilância de Saúde de Jataí. Essa medida permitiu que os ACS convidados fossem autorizados a integrar o CAC e registrar as horas despendidas nessa atividade nos respectivos relatórios de atividade mensal.

Os problemas referentes aos cuidadores informais de idosos começaram a emergir a partir da primeira reunião para criar o CAC, em que os presentes apontaram:

> *"Existe uma subnotificação dos cuidadores de idosos no cadastro da Coordenação Municipal do Programa do Idoso." (PC3)*
>
> *"É preciso realizar um cadastro dos cuidadores de idosos; é preciso conhecê-los." (PC4)*

Todavia, os problemas relacionados ao cuidador informal de idosos foram identificados nas duas reuniões subsequentes com o uso da técnica "tempestade de ideias". Ela possibilitou as manifestações de várias concepções, as quais foram anotadas em papel Kraft e, posteriormente, agrupadas de acordo com a similaridade, resultando nos 17 problemas elencados abaixo, sem ordem de priorização:

- Ausência de um banco de dados nas UBS, com registros dos cuidadores informais de idosos;
- Subnotificação do número de cuidadores informais de idosos existentes no cadastro do Programa Municipal de Saúde do Idoso;
- Precariedade dos registros de cuidadores informais de idosos enviados mensalmente pelas UBS ao Programa Municipal de Saúde do Idoso;
- Despreparação, por parte dos profissionais da saúde, para acolher e assistir os cuidadores informais de idosos;

- Agentes comunitários de saúde apresentam-se despreparados para acompanhar e apoiar os cuidadores informais de idosos;
- Foco dos cuidados dos profissionais da área da saúde somente no idoso;
- Inexistência de serviço de atenção destinado aos cuidadores informais de idosos;
- Sobrecarga do cuidador informal de idoso, com diminuição significativa do tempo livre;
- Falta de conhecimento e qualificação de muitos cuidadores informais para dispensar o cuidado ao idoso;
- Falta de interesse e compromisso de muitos cuidadores informais para com o idoso;
- Ausência de conhecimento dos membros do Comitê de Assessoria Comunitária sobre os conceitos científicos preconizados para definir o cuidador;
- Presença de algum tipo de dependência, total ou parcial, por parte dos idosos, que apresentam demandas de cuidados aos cuidadores informais;
- Dificuldade em encontrar ou reunir com o cuidador informal de idoso no ambiente domiciliar;
- Falta de vagas exclusivas para o atendimento do cuidador informal nas unidades de saúde pública;
- Dificuldade em desenvolver ações para o binômio idoso e cuidador devido à falta de materiais (*folders* e panfletos), à estrutura física com espaços limitados, aos exames clínicos e laboratoriais não realizados e à carência de profissionais especializados;
- Inexistência de grupos para a socialização e troca de experiências entre os cuidadores informais de idosos;
- Risco de violência contra o idoso devido à sobrecarga e ao estresse apresentados pelo cuidador informal.

Após a identificação dos problemas, os membros do CAC utilizaram a matriz GUT preconizada pelo Instituto Brasileiro da Qualidade Nuclear (1993), conforme citação de Baggio e Lampert (2010), para priorizá-los, a fim de proceder à tomada de decisão para a resolução de tais dificuldades. Assim, os presentes na reunião do

comitê discutiram sobre cada um dos problemas listados e, de maneira coletiva, atribuíram notas de 1 a 5, conforme preconizado na referida matriz.

As notas foram discutidas e atribuídas considerando também a governabilidade de resolução do CAC, bem como a disponibilidade de recursos humanos, financeiros e estruturais da Rede de ABS do município em estudo. Nesse contexto, evidenciou-se a ordem de prioridades, em consonância com o Quadro 3.

Quadro 3: Priorização dos problemas relacionados ao cuidador informal de idosos. Jataí, GO, Brasil, 2015.

MATRIZ GUT (Gravidade – Urgência – Tendência)					
Lista de problemas	**G**	**U**	**T**	**Pontuação (GxUxT)**	**Prioridade**
Ausência de um banco de dados nas Unidades Básicas de Saúde, com registros dos cuidadores informais de idosos	4	4	3	48	3º
Subnotificação do número de cuidadores informais de idosos existentes no cadastro do Programa Municipal de Saúde do Idoso	4	4	3	48	3º
Precariedade dos registros de cuidadores informais de idosos, enviados mensalmente pelas Unidades Básicas de Saúde ao Programa Municipal de Saúde do Idoso	4	4	3	48	3º
Despreparação, por parte dos profissionais da saúde para acolher e assistir os cuidadores informais de idosos	4	5	5	100	2º
Agentes comunitários de saúde apresentam-se despreparados para acompanhar e apoiar os cuidadores informais de idosos	4	5	5	100	2º
Foco dos cuidados dos profissionais da área da saúde somente no idoso	4	5	5	100	2º
Inexistência de serviço de atenção destinado aos cuidadores informais de idosos	4	4	2	32	5º
Sobrecarga do cuidador informal de idoso, com diminuição significativa do seu tempo livre	4	4	2	32	5º
Falta de conhecimento e qualificação de muitos cuidadores informais para dispensar o cuidado ao idoso	5	4	2	40	4º
Falta de interesse e compromisso de muitos cuidadores informais para com o idoso	4	4	2	32	5º
Falta de conhecimento dos membros do Comitê de Assessoria Comunitária sobre os conceitos científicos preconizados para definir o cuidador	5	5	5	125	1º
Presença de algum tipo de dependência, total ou parcial, por parte dos idosos, que apresentam demandas de cuidados aos cuidadores informais	4	4	2	32	5º

MATRIZ GUT (Gravidade – Urgência – Tendência)					
Lista de problemas	**G**	**U**	**T**	**Pontuação (GxUxT)**	**Prioridade**
Dificuldade em encontrar ou reunir com o cuidador informal de idoso no ambiente domiciliar	4	4	3	48	3º
Falta de vagas exclusivas para o atendimento do cuidador informal nas unidades de saúde pública	3	3	2	18	7º
Dificuldade em desenvolver ações para o binômio idoso e cuidador devido à falta de materiais (folders e panfletos); à estrutura física com espaços limitados; aos exames clínicos e laboratoriais não realizados e à carência de profissionais especializados	4	3	2	24	6º
Inexistência de grupos para a socialização e troca de experiências entre os cuidadores informais de idosos	4	4	2	32	5º
Risco de violência contra o idoso devido à sobrecarga e ao estresse apresentados pelo cuidador informal	4	4	2	32	5º

Com as atribuições das notas, foi possível verificar que alguns problemas tiveram a mesma ordem de priorização; por conseguinte, os membros do CAC decidiram sistematizá-los em um mesmo bloco de resolução, pelo fato de eles estarem interligados. Dessa maneira, traçaram-se as estratégias do plano de ação considerando o conjunto de problemas.

Vale mencionar que a falta de conhecimento dos membros do CAC sobre os conceitos científicos preconizados para definir o cuidador foi determinado como a primeira prioridade em razão da necessidade de padronizar a linguagem, de maneira a tornar a comunicação mais clara e eficaz. Nesse sentido, Stacciarini et al. (2011b) reforçam a ideia de que pesquisadores que se propõem a utilizar a abordagem da PPBC devem zelar para que a linguagem seja única e compreendida por todos os parceiros.

A maioria dos problemas em relação aos cuidadores informais apontados pelos membros do CAC também são identificados na literatura como importantes desafios. Entre esses, destacam-se as questões relacionadas ao foco dos cuidados dos profissionais da área da saúde, que é prioritariamente no idoso. Outra questão importante foi o despreparo dos profissionais da saúde para acolher e assistir os cuidadores informais de idosos.

Para Vieira et al. (2012), é imprescindível que os profissionais da saúde, ao prestarem assistência ao idoso, preocupem-se também em dispensar atenção qualificada aos seus cuidadores, uma vez que essas pessoas enfrentam inúmeras

dificuldades na prática cotidiana de cuidar de idoso em situação de dependência. Os cuidadores em geral têm de lidar, por exemplo, com questões emocionais pessoais e interpessoais, dificuldades financeiras, falta de apoio informacional e falta de suporte prático-instrumental (DOMÍNGUEZ GUEDEA et al., 2009).

A análise dessa etapa do trabalho mostrou que os profissionais da área da saúde mostram-se despreparados para ofertar assistência adequada tanto pela pessoa idosa quanto pelo seu cuidador (BORGES; TELLES, 2010). Tal fato denota a relevância de esses trabalhadores desenvolverem competências e habilidades específicas para lidar com as questões oriundas do envelhecimento populacional, entre elas a valorização da família cuidadora (MOTTA; AGUIAR E CALDAS, 2011).

A falta de conhecimento e qualificação dos cuidadores informais para dispensar o cuidado ao idoso em situação de dependência é uma constante salientada em diversos estudos (BAPTISTA et al., 2012; DOMINGUEZ GUEDEA et al., 2009; GRATÃO et al., 2010; MORENO-CÁMARA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2014).

A literatura também é rica em exemplos de que uma parcela significativa de cuidadores informais de idosos experimentam uma maior prevalência de sobrecarga e adoecimento em decorrência da atividade de cuidar do idoso, acarretando diversas sintomatologias físicas e psicológicas (BAPTISTA et al., 2012; GRATÃO et al., 2010; LOUREIRO et al., 2013; SOUZA et al., 2015a).

A análise os problemas citados pelos membros do CAC em relação aos cuidadores informais de idosos na perspectiva da TBDH (BRONFENBRENNER, 1994) aponta que eles possuem interfaces, perpassando por todos os sistemas em que o “eu ecológico”, cuidador informal de idoso, estava inserido.

Ao se discutir sobre as questões relacionadas à sobrecarga e ao adoecimento do cuidador informal de idoso considerou-se os fatores que integram os sistemas da TBDH: 1) no microssistema, valorizaram-se variáveis como gênero, idade, escolaridade, prática e autopercepção do cuidado; 2) no mesossistema, ponderou-se sobre o apoio da família e da comunidade e sobre os aspectos relativos ao trabalho remunerado; 3) no exossistema, refletiu-se sobre quais as redes de apoio social a que o cuidador tem acesso, bem como o que dispõem as políticas públicas sobre o cuidador informal de idoso; 4) no macrossistema, retratou-se sobre o contexto social e cultural em que o cuidador está inserido, bem como suas crenças e seus valores.

5.4. Planejamento e implementação de ações relacionadas ao cuidador informal de idoso

Ao considerar o prazo estabelecido para o término da tese, o planejamento e as implementações das ações contemplaram, num primeiro momento, somente até o quinto bloco de problemas. Nessa perspectiva, os membros do CAC iniciaram a construção do plano de ação, uma vez que este possibilita definir as intervenções com vistas à resolutividade dos problemas e ao atendimento das reais necessidades da população (TEIXEIRA, 2010).

A fim de direcionar as discussões, a pesquisadora lançou mão das seguintes questões: 1 - O que faremos para resolver esse(s) problema(s)? 2 - Como faremos para resolvê-lo(s)? 3 - Quando iremos promover essa(s) ação(ões)? 4 - Quem serão os responsáveis pela(s) ação(ões)? 5 - Que recursos da comunidade utilizaremos?

As respostas aos referidos questionamentos foram registradas em papel Kraft e fixadas nas paredes da sala de reunião. Na sequência, os membros do CAC analisaram a viabilidade de cada uma delas. Vale reafirmar que, no decorrer das discussões, considerou-se a realidade da comunidade, com ponderações das capacidades referentes aos recursos humanos, financeiros e estruturais da rede de atenção à saúde.

Apesar de a implementação do primeiro ponto ser considerada uma prioridade – a qual se refere à capacitação dos membros do CAC sobre os conceitos científicos preconizados para definir o cuidador e que foi efetivada antes da elaboração do plano de ação –, ela foi relacionada somente para fins didáticos.

O plano de ação está devidamente detalhado no Quadro 4. Nesse entremeio, cumpre destacar que a satisfação e o entusiasmo dos membros do CAC foram evidentes em tal fase da pesquisa:

> *"Eu acredito nesse projeto porque vejo a realidade, diferente de muitos que fazem e só mandam a gente cumprir sem saber se vai dar certo. Aí passa um tempo e diz que não era aquilo que era para fazer."* (MCAC)

> *"Está sendo muito bom participar desse projeto, porque é um projeto que tem raiz."* (MCAC)

Tais sentimentos são fundamentais no desenvolvimento da PPBC, pois segundo Johnson, Diaz e Arcury (2016), quanto maior a participação comunitária no ciclo da pesquisa, maior a probabilidade de haver uma distribuição equitativa dos direitos e das responsabilidades sobre o processo de investigação. Além disso, o empoderamento da comunidade pode trazer essas expressões de satisfação, visto que, segundo Karmaliani et al. (2009), há uma maior probabilidade de que aconteçam transformações que sejam realmente relevantes para a coletividade.

Quadro 4: Plano de ação para implementação de estratégias e atenção aos cuidadores informais de idosos. Jataí, GO, Brasil, 2015.

Descrição da Ação (O quê?)	Objetivo(s) (Para quê?)	Envolvidos (Para quem e com quem?)	Estratégia (s) (Como?)	Recursos necessários (O que se precisa?)	Período de execução (Quando?)	Resultados esperados (Onde se deseja chegar?)
1 - Capacitação dos membros do CAC sobre os conceitos preconizados para definir o cuidador.	Compartilhar o conhecimento científico com todos os membros do CAC. Padronizar a linguagem a ser utilizada pelos membros do CAC.	Membros do CAC.	Apresentação dialogada sobre o processo de envelhecimento, necessidade do cuidado e conceitos utilizados para definir o cuidador.	Recursos materiais: Notebook e Datashow. Recursos estruturais: auditório da Unidade Básica de Saúde James Phillip Minelli.	Fevereiro/2015	Que 100% dos membros do CAC compreenda o processo de envelhecimento e utilize adequadamente os conceitos científicos preconizados para o cuidador.
2 - Sensibilização dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.	Despertar e sensibilizar os profissionais que atuam nas UBS quanto a importância de dispensar à atenção/suporte ao cuidador informal de idosos.	Profissionais que atuam nas UBS; Membros do CAC.	Apresentação dialogada sobre o processo de envelhecimento e a figura do cuidador informal de idoso. Exibição de vídeos relacionados com a temática. Confecção de banners contendo as informações sobre o cuidador.	Recursos materiais: Notebook, Datashow, caixa de som e 12 banners. Recursos estruturais: espaço físico reservado Recursos financeiros: confecção do banner	Abril a maio/2015	Que 80% dos profissionais que atuam nas UBS participem da ação proposta. Que 70% dos participantes comecem a prestar atenção nas necessidades do cuidador informal de idoso.

Descrição da Ação (O quê?)	Objetivo(s) (Para quê?)	Envolvidos (Para quem e com quem?)	Estratégia (s) (Como?)	Recursos necessários (O que se precisa?)	Período de execução (Quando?)	Resultados esperados (Onde se deseja chegar?)
3 - I Encontro Multiprofissional de Atenção à Pessoa Idosa e ao Cuidador Informal.	Despertar e sensibilizar os profissionais que atuam na área da saúde quanto a importância de dispensar à atenção/suporte ao cuidador informal de idosos	Profissionais que atuam na área da saúde municipal; Membros do CAC.	Apresentação dialogada sobre o processo de envelhecimento e a figura do cuidador informal de idoso. Exibição de vídeos relacionados com a temática.	Recursos materiais: Notebook, Datashow, caixa de som. Recursos estruturais: reserva do auditório do IFG	Maio/2015	Que 80% dos profissionais que atuam nas UBS participem da ação proposta. Que 70% dos participantes comecem a prestar atenção nas necessidades do cuidador informal de idoso.
4 - Cadastramento dos Cuidadores Informais de Idosos.	Identificar os cuidadores informais de idoso residentes no município estudado. Criar um banco com dados cadastrais dos cuidadores informais de idoso. Conhecer as reais necessidades dos cuidadores informais de idosos.	Membros do CAC; Agentes Comunitários de Saúde; Cuidadores informais de idosos.	Realizar cadastramento no domicilio dos cuidadores informais de idosos. Aplicar instrumento de coleta de dados semiestruturado. Criar banco de dados no Microsoft Excel, posteriormente transporta-los para SPSS versão 22.	Recursos materiais: instrumento de coleta de dados, canetas, chamex A4, programas Excel e SSPSS versão 22. Recursos humanos: ACS Recursos financeiros: impressão dos instrumentos coleta de dados e combustível.	Agosto a outubro/2015	Realizar cadastramento de cuidadores informais de idosos em 100% das áreas cobertas por equipes saúde da família.

Descrição da Ação (O quê?)	Objetivo(s) (Para quê?)	Envolvidos (Para quem e com quem?)	Estratégia (s) (Como?)	Recursos necessários (O que se precisa?)	Período de execução (Quando?)	Resultados esperados (Onde se deseja chegar?)
5 - Qualificação dos cuidadores informais de idosos.	Auxiliar o cuidador informal de idoso no processo de cuidar. Capacitar o cuidador informal de idoso de acordo com as suas reais necessidades.	Membros do CAC; Cuidadores informais de idosos.	A capacitação será nas duas áreas com maior número de cuidadores cadastrados. Sendo, esta realizada na UBS mais vinculada a área de abrangência. Carga horária de 08 horas.	Recursos materiais: notebook, datashow, balões, vídeo e caixa de som. Recursos financeiros: combustível. Recursos estruturais: auditório das UBS.	Novembro a dezembro/2015	Qualificar no mínimo 20% dos cuidadores informais cadastrados nas áreas cobertas por Equipe saúde da família.

Após a elaboração do plano de ação, iniciou-se a implementação desse instrumento. Com vistas a uma melhor compreensão, cada intervenção será descrita separadamente.

5.4.1. Capacitação dos membros do CAC sobre os conceitos preconizados para definir o cuidador

Ao constatar que os membros do CAC teriam uma participação ativa em todas as fases da pesquisa e que, devido às diferentes vivências e experiências destes em relação ao objeto estudado, era necessário manter o rigor metodológico com padronização de conceitos e linguagem a serem utilizados no estudo, propôs-se uma capacitação por meio de apresentação dialogada sobre o processo de envelhecimento, cuidado e conceitos preconizados para o cuidador.

Essa atividade aconteceu no dia 26 de fevereiro de 2015, com duração de quatro horas. Foi mediada pela pesquisadora e, para tal, elaborou-se um roteiro para discussão abrangendo os seguintes tópicos: envelhecimento no Brasil, dependência do idoso, figura do cuidador e conceitos preconizados para defini-lo.

Os membros do CAC foram participativos durante toda a capacitação, favorecendo a constituição de um espaço de discussões com trocas de experiências e vivências, além das manifestações de dúvidas. A ausência de três integrantes do CAC nesse dia gerou nova demanda para discutir novamente os tópicos no decorrer de todas as fases da pesquisa, ou seja, à medida que se discutiam os assuntos, os conceitos abordados na capacitação eram explicados.

No entanto, a implementação dessa intervenção permitiu calibrar os conhecimentos e torná-los mais homogêneos entre os membros do CAC. Foi possível sistematizar alguns conceitos, além de permitir que os presentes contribuíssem com mais embasamento científico sobre a temática, visto que já possuíam o conhecimento empírico.

5.4.2. Sensibilização dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Ao traçar essa ação estratégica, o CAC teve como principal objetivo sensibilizar os profissionais que atuavam nas UBS, a fim de ampliar o olhar/atenção para o cuidador informal de idosos em relação às demandas geradas no processo de cuidar de uma pessoa em situação de dependência. Essas, por sua vez, podem se referir a inúmeros aspectos, como o autocuidado, a sobrecarga, a necessidade de apoio/suporte no ato de cuidar, entre outros.

Para os membros do CAC, uma parcela significativa dos profissionais da atenção básica de saúde não possuía ou não participou de capacitações/qualificações que os incentivassem a prestar uma assistência diferenciada ao cuidador informal de idoso. Isso foi confirmado com a aplicação de instrumento estruturado de coleta de dados (Apêndice D) junto aos trabalhadores presentes na sensibilização nas UBS. Esse instrumento foi construído coletivamente entre os parceiros do CAC. Com isso, verificou-se que 131 (78,4%) profissionais das ESF relataram não ter participado de qualificação que retratasse o cuidador informal de idoso, enquanto 31 (18,6%) afirmaram que sim e cinco (3,0%) não responderam à questão.

Esses dados reforçam a premissa de que é primordial que se qualifiquem os profissionais da área da saúde para prestarem uma assistência direcionada às especificidades decorrentes do processo de envelhecimento, assim como referenciado por Fernandes e Soares (2012) e Rafacho e Oliver (2010). Outro aspecto relevante é que a formação básica da maioria dos profissionais ainda se apresenta descontextualizada das práticas preconizadas no SUS e das reais necessidades da população, sendo essa pautadas no enfoque biologicista, curativo e médico-centrado, contrariando a carência de preparar profissionais para atuarem no campo da promoção da saúde (CHIESA et al, 2007).

A atividade para sensibilização dos profissionais da ESF aconteceu na própria unidade em que eles trabalhavam, com exceção dos participantes que atuam na zona rural e policlínica, que participaram no mesmo dia no auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Jataí. A intervenção ocorreu no período de 23 de abril a 14 de maio de 2015, conforme representado no Quadro 5. É relevante citar que se relacionaram os nomes fantasias das UBS, e não os cadastrados na razão social, visto que estes são utilizados no cotidiano dos membros da comunidade.

Quadro 5: Cronograma de sensibilização dos profissionais das Equipes Saúde da Família. Jataí, GO, Brasil, 2015.

Data	Unidade Básica de Saúde	Horário
23/04/2015	Vila Fátima	15h – 17h
24/04/2015	Vila Sofia	15h – 17h
27/04/2015	Estrela Dalva	15h – 17h
28/04/2015	Vila Olavo	15h – 17h
29/04/2015	Vila Brasília	15h – 17h
30/04/2015	Avenida Goiás	15h – 17h
06/05/2015	Colmeia Park	15h – 17h
07/05/2015	Santo Antônio	15h – 17h
08/05/2015	Conjunto Rio Claro	15h – 17h
14/05/2015	Policlínica, Instância, Naveslândia e Assentamento Rio Paraíso	15h – 17h

Nesses termos, a ação foi realizada no horário de trabalho dos profissionais, das 15h às 17h, algo proposto pelos membros do CAC e validado pela Secretaria Municipal de Saúde, com a interrupção temporária dos atendimentos à população, a fim de propiciar a participação do maior número possível de profissionais.

Tal estratégia contou com a adesão de 167 (48,8%) profissionais das ESF, como detalhado na Tabela 1. Pode-se considerar que esses resultados foram extremamente significativos. Assim, vale mencionar que a maioria (52,2%) não participou da sensibilização, pois não estava presente na UBS no momento da ação em virtude de folga, férias, entre outros motivos.

Tabela 1: Participação dos profissionais das Equipes Saúde da Família nas atividades de sensibilização em atenção ao cuidador informal de idosos. Jataí, GO, Brasil, 2015.

UBS	Número de profissionais cadastrados nas AB	Número de profissionais presentes na sensibilização	f (%)
Vila Fátima	24	19	79,2
Vila Sofia	21	15	71,4
Estrela Dalva	13	11	84,6
Vila Olavo	21	17	81,0
Vila Brasília	21	17	81,0
Avenida Goiás	58	34	58,6
Colmeia Park	24	23	95,8
Santo Antônio	24	04	16,7
Conjunto Rio Claro	70	21	30,0
Policlínica, Instância, Naveslândia e Assentamento Rio Paraíso	66	06	9,1
Total	**342**	**167**	**48,8**

A diferença no quantitativo de profissionais participantes por UBS foi expressiva. Nessa questão, destacam-se a ESF do Colmeia Park, pelo maior número de participantes (95,8%), e a Policlínica, Instância, Naveslândia e Assentamento Rio Paraíso, pela baixa adesão dos trabalhadores na atividade de sensibilização (9,1%).

Essa diferença significativa pode ser explicada pelo fato de a enfermeira da ESF Colmeia Park já ter atuado anteriormente no Programa do Idoso. Assim, sua liderança e compromisso com essa causa influenciou positivamente na mobilização e o engajamento dos profissionais. Com isso, essa profissional passou a ser considerada como pessoa-chave para a construção de estratégias de atenção ao cuidador informal de idoso. Logo, devido ao seu papel catalisador no que se refere à temática em estudo, torna-se fundamental estabelecer parceria com a mesma em estudos futuros. De acordo com Newman et al. (2011), formalizar a colaboração com os parceiros da comunidade permite que se criem meios para que eles tenham representação ativa nas investigações científicas, conforme preconizam os princípios da PPBC.

Por outro lado, a baixa adesão dos profissionais das UBS Policlínica, Instância, Naveslândia e Assentamento Rio Paraíso pode ser explicada pela confluência vários fatores. Entre eles, vislumbra-se que a necessidade de esses trabalhadores se deslocarem da UBS até o auditório da Secretaria Municipal de

Saúde, onde ocorreu a atividade de sensibilização. Os profissionais dessas unidades foram os únicos que precisaram se dirigir para outra localidade. Assim, pode-se inferir que a atividade de qualificação destinada aos profissionais da área de saúde, quando realizada no ambiente e no horário de trabalho do mesmo, aumenta a probabilidade de adesão desses indivíduos na ação proposta. Segundo Richards e Digger (2010), fatores relacionados ao ambiente físico e a acessibilidade podem influenciar para que as pessoas tenham motivação para aderir à atividade de aprendizagem.

A estratégia utilizada para o desenvolvimento da ação foi a apresentação dialogada sobre o envelhecimento e o cuidador informal de idoso. Para tal, os membros do CAC elaboraram um material didático em Microsoft Office PowerPoint contendo os seguintes tópicos: processo de envelhecimento e suas consequências, necessidade de cuidar, conceito de cuidar, tipos de cuidadores, o cuidador informal – sobrecarga, desgaste e a necessidade de apoio. Além do referido material, exibiram-se dois vídeos intitulados “A vida passa em 1 minuto” (português), de Santana Gusmão, e “Carta de pai para filho”, com adaptação e narração de Adonias Martins. Ambos os vídeos estão disponíveis nos sites do YouTube.

Antes de iniciar a atividade de sensibilização, os membros do CAC se apresentaram e explanaram sobre a pesquisa. Tal ação aproximou os pesquisadores da plateia, ato fundamental para quem precisava do apoio dos ACS para concretizar a coleta dos dados junto aos cuidadores informais de idoso.

As atividades de sensibilização aconteceram de acordo com o planejamento. Entretanto, a efetivação de tais ações, na maioria das UBS, foi executada por três integrantes do CAC, em média, que se revezavam, com exceção da pesquisadora, que esteve presente nas 10 vezes em que o conteúdo foi repetido nas 10 UBS.

Além desses materiais, os parceiros do CAC elaboraram um *banner* contendo a síntese dos assuntos discutidos durante a sensibilização, bem como os contatos do CAC. Acreditava-se que a imagem visual do *banner* permitiria que os profissionais das ESF rememorassem a importância de dispensar atenção para o cuidador informal de idoso – tal instrumento foi fixado em todas as UBS. Vale salientar que a imagem colocada no *banner* (Figura 9) é formada por um integrante do CAC e um idoso residente no município em estudo.

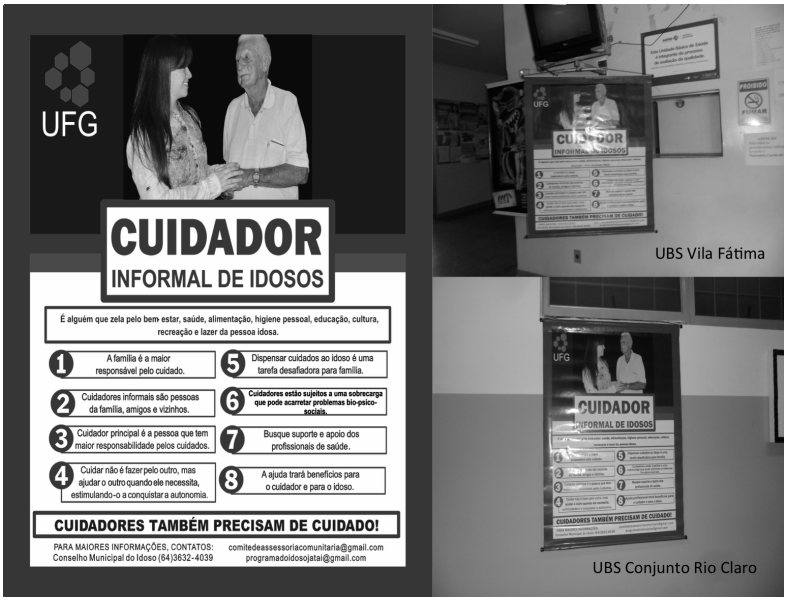


Figura 9: Banner informativo sobre o cuidador informal de idosos fixado nas UBS. Jataí, GO, Brasil, 2015.

De fato, a sensibilização alcançou uma multiplicidade de profissionais que atuam na ESF, sendo 16 diferentes categorias detalhadas na Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição dos profissionais das Equipes Saúde da Família presentes na ação de sensibilização sobre o cuidador informal de idoso. Jataí, GO, Brasil, 2015.

Categoria profissional	n	f(%)
Acadêmico de enfermagem	02	1,2
Agente comunitário de saúde	47	28,1
Assistente social	01	0,6
Auxiliar saúde bucal	11	6,6
Cirurgião dentista	07	4,2
Enfermeiro	17	10,2
Estagiário	04	2,4
Fisioterapeuta	02	1,2
Fonoaudiólogo	02	1,2
Médico	05	3,0
Nutricionista	02	1,2
Recepcionista/secretária	23	13,8
Serviços gerais/vigilante	10	6,0
Técnico administrativo	05	3,0
Técnico de enfermagem	25	15,0
Técnico de saúde bucal	01	0,6
Terapeuta ocupacional	01	0,6
Não respondeu	02	1,2
Total	167	100%

O fato de contemplar várias categorias profissionais representa um dado importante, pois possibilita que se amplie a probabilidade de que os cuidadores informais de idosos recebam atenção e suporte necessário ao procurarem a UBS. Loureiro et al. (2014) alertam para a importância de que todos os profissionais que atuam no SUS devem atender as pessoas que cuidam do idoso em situação de dependência, como medida preventiva já que esses indivíduos serão futuros demandantes de cuidados.

No que tange à participação por categoria profissional na atividade de sensibilização, os dados sinalizaram a baixa adesão de alguns desses trabalhadores, sendo as menores representatividades marcadas por assistente social, técnico em higiene bucal e terapeuta ocupacional. As presenças mais expressivas foram de trabalhadores que ocupam os cargos de ACS, técnico de enfermagem e recepcionista/secretária.

De acordo com o Ministério da Saúde (2012a), compete aos profissionais da ESF integrarem-se às atividades de educação permanente. Eles também são responsáveis pelo cuidado ao núcleo familiar, com o desenvolvimento de ações que visem intervir no processo saúde-doença. Ademais, a prática de cuidado ao idoso requer uma assistência global, interdisciplinar e multidimensional (BORGES; TELLES, 2010), na qual compreende-se que esteja inserido o cuidador informal.

A análise dos registros no diário de campo possibilitou averiguar que uma parcela significativa dos trabalhadores presentes na ação de sensibilização se envolveu com a temática, reconhecendo-a como fundamental para os profissionais da área da saúde, como é retratado nas falas:

> *"Que pena que os outros não estão aqui. Neste posto deve ter umas 20 pessoas."* (PS4)
>
> *"Eu me emocionei muito porque pensei nos meus filhos que não cuidam bem de mim."* (PS5)
>
> *"Olha, a sua palestra mexeu muito comigo, tenho 58 anos e já estou pensando em como vai ser."* (PS6)
>
> *"Gente, é como um carro que precisa do mecânico. O idoso seria o carro e o cuidador, o mecânico; então, o mecânico deve estar bem preparado para o cuidado, senão só irá piorar o quadro do idoso."* (PS7)
>
> *"Eu tenho interesse em participar das reuniões desse comitê." (PS8)*
>
> *"Foi até muito importante essa aula porque a gente tem que olhar pro cuidador mesmo."* (PS9)

Em outra constatação, muitos profissionais da ESF manifestaram exercer também o papel de cuidador informal de idoso. Com isso, quiseram compartilhar suas experiências/vivências, como descrito nos relatos abaixo:

> *"Lá em casa são 10 irmãos, mas como eu sou técnica de enfermagem, tudo sou eu. Eles não dão conta de cortar a unha, eles falam que não dão conta; isso me sobrecarrega tanto... é muita coisa porque tenho dois filhos que também dependem de mim."* (PS10)
>
> *"Minha mãe tem 91 anos e é acamada. Eu tenho que dar banho nela às 6 horas da manhã, porque minha irmã está com a perna quebrada e não dá conta, mas tem dia que minhas costas doem muito, não sei o porquê, pois ela pesa só 32 quilos."* (PS11)

> *“Esses dias veio uma moça aqui que tinha perdido o pai que estava com câncer e ela estava tão abatida, sentindo falta de tudo que ela fazia para cuidar dele.”* (PS12)

Os relatos dos profissionais da ESF apontam que esses também vivenciavam no seu cotidiano questões relacionadas ao envelhecimento e ao ato de cuidar do idoso. Esse foi o tema mais recorrente referente a temática em discussão. Diante das evidências do envelhecimento populacional (BANCO MUNDIAL, 2011; VERAS, 2012; OMS, 2005). É imperativa se reforçar a educação permanente em saúde como uma importante estratégia para sensibilizar os profissionais e induzi-los a prestar atenção qualificada ao cuidador informal de idoso.

Todavia, conforme Ceccim (2005), para que ocorram alterações efetivas nos serviços de gestão e de atenção recomenda-se que se avaliem e problematizem as práticas e concepções vigentes de acordo com o contexto de cada unidade de saúde, a fim de propiciar à população assistência condizente com as diretrizes do SUS.

Ao relacionar a necessidade de implementar a educação permanente junto aos profissionais da área da saúde com os sistemas da TBDH, (BRONFENBRENNER, 1994), mais precisamente com o exossistema, percebeu-se que essa estratégia pode auxiliar para o desenvolvimento do cuidador informal no que se refere ao cuidado com o outro e consigo mesmo.

Os relatos dos profissionais das ESF chamaram a atenção para o dilema que esses vivenciam no seu cotidiano, o qual se refere à necessidade de trabalharem na UBS e exercerem simultaneamente o papel de cuidador informal de idoso. Estudo de Herrera-López et al. (2014) ressaltou que o trabalhador-cuidador é uma constante crescente na contemporaneidade, suscitando assim a premência de apoio a esses indivíduos. A prática concomitante de dois papéis pode acarretar em um percentual maior de problemas físicos e psíquicos, além de problemas nas relações laborais.

Nessa perspectiva, Herrera-López et al. (2014) implementaram um projeto inovador e interdisciplinar destinado ao apoio dos trabalhadores e cuidadores de pessoas com algum tipo de patologia crônica e/ou incapacidade funcional. Esse se constituiu em uma intervenção realizada no local de trabalho do cuidador, cujo objetivo primordial foi promover a saúde e prevenir o risco de doenças nesses indivíduos, mediante estratégias voltadas para o ato de cuidar, o autocuidado e o incentivo de políticas que possibilitem ao cuidador desempenhar os dois papéis de maneira eficiente e saudável (HERRERA-LÓPEZ et al., 2014).

Um dos resultados que causou inquietação foi o fato de alguns profissionais presentes na ação de sensibilização se mostrarem totalmente desmotivados e, ao mesmo tempo, preocupados sobre a atividade gerar ou não mais demanda de trabalho para eles, como reportado nas falas:

> *"Quando irá começar a trabalhar com os cuidadores?" (PS1)*
>
> *"É, professora! Você ainda terá muito trabalho pela frente." (PS2)*
>
> *"Depois eu entrego o banner para a enfermeira e ela resolve se pode pendurar."* (PS3)

No entanto, os membros do CAC, ao avaliar a atividade de sensibilização e o comportamento dos profissionais, concluíram que o desinteresse não reflete uma resposta à atividade específica, mas sim no contexto de trabalho que vivenciam. Isso foi enumerado pelos integrantes do CAC, visto que diversos fatores que os desmotivam no cotidiano das atuações na ESF também pertencem ao mesmo cenário: *"As coisas só chegam para a gente fazer."* (MCAC).

Lima et al. (2014) identificaram que a insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da ABS está associada a inúmeras causas. As três mais citadas pelos profissionais da ESF são: 1) estrutura física e falta de materiais; 2) relação com o usuário; e 3) falta de compreensão de gestores, membros da equipe e usuários sobre o modelo assistencial a ser realizado na ESF. Já os profissionais da AB tradicional relatam que a insatisfação se deve a: 1) dificuldades para o envolvimento do usuário/família na assistência prestada; 2) valor da remuneração recebida; e 3) dificuldades para exercer o trabalho em equipe.

Tais dificuldades enfrentadas pelos profissionais da área da saúde podem implicar negativamente na implementação de redes formais de apoio ao cuidador informal de idoso. O apoio formal tende a complementar o cuidado familiar mediante o auxílio especializado às famílias, as quais muitas vezes desempenham seus trabalhos em condições precárias e de conflitos (CAMARANO; MELO, 2010). No entanto, no cenário brasileiro, a atuação do Estado é voltada prioritariamente às instituições de longa permanência para o idoso, com escassez de políticas e programas formais para domiciliares (CAMARANO; MELLO, 2010; DEBERT; OLIVEIRA, 2015).

Ao analisar a escassez de políticas e programas formais aos cuidadores informais de idosos na perspectiva da TBHD (BRONFENBRENNER, 1994), observou-se que esses são problemas relacionados ao macrossistema e ao exossistema, contudo apresentam implicações diretas na produção de cuidados ao idoso no âmbito domiciliar.

5.4.3. I Encontro Multiprofissional de Atenção à Pessoa Idosa e ao Cuidador Informal

Os membros do CAC, ao planejar o I Encontro Multiprofissional de Atenção à Pessoa Idosa e ao Cuidador Informal, tiveram como escopo continuar com a capacitação sobre o cuidador informal de idoso junto aos profissionais das ESF, mediante discussões científicas sobre a temática em estudo. Adicionaram-se temas relacionados ao idoso, por entenderem que o binômio idoso e cuidador está diretamente interligado. Ademais, tinham como propósito que o referido evento fosse incluído na agenda anual de eventos da Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com o CAC.

A ação estratégica foi realizada no dia 15 de maio de 2015, no auditório do IFG, das 13h às 17h, o que totaliza quatro horas de carga horária. Nesse contexto, os membros do CAC elaboraram a programação e foram os palestrantes do evento. Apesar de eles se sentirem inseguros por não terem o domínio da oratória, observou-se que foi um movimento importante, visto que alguns profissionais da ESF presentes no Encontro se sentiram representados ao ver um de seus colegas como conferencistas, a exemplo dos ACS. Tal situação também foi retratada na fala de um dos membros do CAC: *“Muito bom, pois só somos chamados para ouvir. Agora, nós vamos poder falar também.”* (MCAC)

Na literatura, é escassa a produção científica que aponte o protagonismo do ACS como agente promotor ou participante ativo do processo de educação permanente dentro da própria ESF. O estudo de Kane et al. (2016) destacou que o empoderamento dos ACS está relacionado à melhor capacitação desses trabalhadores. Tal ação potencializa o desenvolvimento das atividades na

comunidade, permitindo que eles exerçam um papel efetivo como agentes de mudança social e de saúde.

Os palestrantes tiveram a liberdade de conduzir a temática da maneira que julgassem mais apropriada; assim, a maioria optou pela apresentação dialogada utilizando o recurso Microsoft Office PowerPoint. A programação está devidamente detalhada na Figura 10.

Figura 10: Programação do I Encontro Multiprofissional de Atenção à Pessoa Idosa e ao Cuidador Informal. Jataí, GO, Brasil, 2015.

Cumpre destacar que o evento promovido pelo CAC contou com a parceria do Conselho Municipal do Idoso, que patrocinou o *coffee break;* da UFG, por meio da participação dos alunos bolsistas do PET, nas atribuições de credenciamento e cerimonial; e da Secretaria Municipal de Saúde, que convocou os profissionais das ESF para participar da intervenção.

No Encontro, compareceram 90 profissionais, divididos em: 11 (12,2%) acadêmicos de Enfermagem; 44 (48,9%) ACS; dois (2,2%) assistentes sociais; um (1,1%) auxiliar de saúde bucal; um (1,1%) auxiliar administrativo; nove (10,0%) cirurgiões-dentistas; 12 (13,3%) enfermeiros; um (1,1%) fisioterapeuta; um (1,1%) fonoaudiólogo; cinco (5,5%) médicos; dois (2,2%) nutricionistas; e um (1,1%) terapeuta ocupacional.

Tais profissionais estavam vinculados às UBS onde se realizou a sensibilização, tendo maior representação de trabalhadores das UBS Vila Sofia, com 11 (12,2%) e Colmeia Park, também com 11 (12,2%), seguidas por Vila Fátima, com 10 (11,1%), Vila Olavo, com nove (10%), Avenida Goiás, com nove (10%), Santo Antônio, com seis (6,7%), Policlínica, Instância, Naveslândia e Assentamento Rio Paraíso, com seis (6,7%), Conjunto Rio Claro, com quatro (4,4%), Vila Brasília, com três (3,3%), Estrela Dalva, com dois (2,2%) e outras, com 19 (21,1%). Além desses indivíduos, compareceram um profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dois que não especificaram a UBS de vinculação, três cujos cadastros foram preenchidos de forma ilegível e quatro acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da UFG – Regional Jataí.

Os membros do CAC, ao avaliar o evento, consideraram o número de participantes satisfatório, se comparado com a quantidade de integrantes em outras ações promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde no mesmo ano. Os objetivos propostos com a atividade de capacitação profissional foram atingidos. Porém, observou-se com muita inquietação que diversos profissionais presentes no Encontro se mostraram pouco concentrados, com conversas paralelas ou manuseio do aparelho celular, além de participarem minimamente, tendo em vista a quantidade de dúvidas, trocas de experiências e comentários expressos por eles.

Silva e Barros (2015) enfatizaram que a satisfação, bem como a exposição a fatores estressores no trabalho, constituem elementos importantes a ser observados nos profissionais que atuam nas unidades de saúde, pois podem repercutir diretamente no seu bem-estar e no seu desempenho profissional. Portanto, é

fundamental que se conheçam os motivos que estão ocasionando a insatisfação e o estresse desses trabalhadores, podendo esses relacionarem-se a inúmeras causas, como extensas jornadas de trabalho, baixo quantitativo de pessoal, desvalorização profissional, entre outros (SILVA; BARROS, 2015).

5.4.4. Cadastramento e construção do banco de dados dos cuidadores informais de idosos

A ausência de um banco de dados com informações dos cuidadores informais de idosos foi um dos problemas levantados pelo CAC dado como prioritário para se pensar em ações para tal grupo. Diante disso, idealizou-se o cadastramento dessa população, tanto na área de abrangência da zona urbana quanto da rural. Conforme os limites temporais do estudo, vinculados à tese de doutoramento da pesquisadora, nesse momento específico foram realizados cadastros na zona urbana, apenas. Tendo em vista o compromisso da investigadora com o CAC, tal processo também será estendido à zona rural após a defesa da tese.

Porém, é possível afirmar que a maior parte de cuidadores de idosos está situada na região urbana, considerando-se que, segundo o IBGE (2014), 84,3% dos idosos residem na área territorial urbana.

Inicialmente, os membros do CAC elaboraram um modelo de ficha cadastral, a fim de coletar dados junto aos cuidadores informais de idosos. Vale reafirmar que esse instrumento foi estruturado com base no conhecimento e nas experiências dos membros do CAC, algo devidamente apresentado na Figura 11

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JATAÍ
E
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

CADASTRO DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES

Data do cadastro: _____/_____/_____

1. **Nome:**_____

2. **Cartão SUS:** _____**3. CPF:**_____

3. **Microárea de residência:**_____4.**Área:**_____

5.Endereço:_____

Telefone: ( )_____**Ponto de Referência:**_____

6. Data de Nascimento: ---------/----------/----------

7. Naturalidade:_____ **UF:** _____

8. Grau de Escolaridade: ( ) Não alfabetizado ( ) Alfabetizado ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo

9. Raça: ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Preta ( ) Indígena ( ) Parda ( ) Outra **9. 1 Qual?** _____

10. Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) União estável ( ) Divorciado ( ) Viúva

11. Religião: ( ) Nenhuma ( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Espírita ( ) Outra

12. Renda Familiar: ( ) < 1 salário mínimo ( ) 1 a 3 salários mínimos ( ) > 3 salários mínimos

13. Por quanto tempo atua como cuidador desse idoso? ( ) < 6 meses ( ) 6 meses a 1 ano ( ) 1 a 2 anos ( ) 2 a 3 anos ( ) 3 a 4 anos ( ) 4 a 5 anos ( ) > 5 anos

14. Período em que realiza o cuidado com o idoso:

( ) matutino ( ) vespertino ( ) noturno ( ) período integral

15. Qual seu vínculo com esse idoso? ( ) esposa (o) ( ) filha (o) ( ) vizinha (o) ( ) outros. Se outro,

Qual? _____

16. Qual o tipo de dependência do idoso? ( ) física ( ) cognitiva/ social ( ) financeira

17. Qual foi a última vez que você procurou um atendimento de saúde?
( ) < 6 meses ( ) de 6 meses a 1 ano ( ) de 1 a 2 anos ( ) de 2 a 3 anos ( ) de 3 a 4 anos ( ) de 4 a 5 anos ( ) > 5 anos

Qual o principal motivo? _____

Figura 11: Modelo da ficha cadastral aplicada aos cuidadores informais de idosos. Jataí, GO, Brasil, 2015.

UFG

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JATAÍ
E
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Jataí

18. Tem acesso facilitado aos serviços oferecidos nas unidades básicas de saúde? ( ) sim ( ) não

19. Enquanto cuidadora de um idoso dependente, você recebe uma assistência diferenciada por parte dos profissionais de saúde? ( ) sim ( ) não

Se sim, qual?_____

20. Possui algum tipo de apoio dos profissionais dos serviços de saúde para desempenhar o cuidado com o idoso ?

( ) sim ( ) não.

Se sim, qual?_____

21. Participa de algum tipo de grupo destinado para cuidadores familiares de idoso? ( ) sim ( ) não

Se sim, qual?_____

22. Você já recebeu alguma capacitação para cuidar de idoso? ( ) sim ( ) não

Se sim, quando? (ano)_____ **Quem a ofertou?** _____

23. Sente necessidade de receber algum tipo de capacitação para desempenhar o cuidado ao idoso?

( ) sim ( ) não **23.1 Se sim, qual?**_____

24. Qual a sua disponibilidade de horário para receber capacitações para cuidar do idoso?

( ) matutino ( ) vespertino ( ) noturno ( ) final de semana ( ) não possui disponibilidade

25. Quais as principais dificuldades enfrentadas por você no dia-a-dia para realizar os cuidados ao idoso?_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

OBRIGADA!!!

Figura 11: Modelo de ficha cadastral para cuidadores informais de idosos. Jataí, GO, Brasil, 2015. (Continuação)

Na composição da ficha cadastral foi utilizada uma linguagem simples e acessível aos membros do CAC, que auxiliaram no cadastramento, bem como a

alguns respondentes que possuíam baixo grau de escolaridade. A questão relacionada ao tipo de dependência do idoso foi autodeclarada pelo cuidador, não sendo aplicado nenhum instrumento para identificá-la. Consideraram-se todos os relatos em que era mencionado que o idoso precisava de auxílio para exercer algum tipo de atividade básica ou instrumental. Vale ressaltar também que aqueles que declararam ajudar diariamente o idoso em suas demandas foram vistos como cuidadores.

Além da formulação da ficha cadastral, os membros do CAC discutiram sobre como ela seria aplicada junto aos cuidadores. Decidiu-se, então, que seria solicitado o apoio dos ACS para efetuar o cadastramento, visto que eles possuíam acesso a todas as residências da área de abrangência, além de conhecerem o local onde viviam os idosos e quais tinham limitações e necessitavam de ajuda de familiares nas atividades diárias.

Nesse sentido, foi novamente solicitado o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Coordenação da Atenção Básica, algo atendido de maneira imediata. Confeccionaram-se cinco mil fichas, sendo 4.800 entregues à referida coordenação que, por sua vez, se comprometeu em entregar e orientar, por intermédio da enfermeira que atua nas UBS, todos os ACS sobre como proceder em relação à coleta de dados. Tais instrumentos foram entregues no mês de julho de 2015, com prazo para devolução até 25 de setembro do mesmo ano.

Após um mês de coleta de dados (25 de agosto de 2015), recebeu-se o primeiro retorno dos ACS com a entrega de apenas 12 fichas. Tal dado causou descontentamento nos membros do CAC. Mas, entendeu-se que o ACS é incumbido de realizar muitas atividades junto às famílias e às equipe de saúde, o que de certa maneira, o deixa sobrecarregado (TOMAZ, 2002). Além disso, Santos et al (2011) constataram que a inexperiência profissional, a falta de integração com os demais membros da equipe e a baixa motivação são alguns dos fatores que refletem na qualidade do trabalho desenvolvido pelo ACS. Com isso, emerge a necessidade de repensar sobre a prática desses profissionais e, sobretudo, na sua valorização enquanto membro da equipe da área da saúde.

Diante da pouca quantidade de fichas devolvidas, os membros do CAC se reuniram e definiram que era necessário traçar outras estratégias para auxiliar os ACS, visto que eles se apresentavam pouco motivados em realizar uma demanda a

mais de trabalho. A primeira estratégia foi conversar com alguns ACS, estimulando-os e mostrando a importância da realização do referido cadastro.

Posteriormente, solicitou-se o auxílio dos acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem, vinculados ao PET-UFG, que foram devidamente capacitados para a coleta dos dados. Inicialmente, eles se deslocaram para uma UBS onde há o Programa Municipal de Atendimento ao Idoso, permanecendo nesse local por duas semanas. Tal ação não foi bem-sucedida, visto que a maioria dos idosos atendidos no referido Programa eram considerados independentes. Então, os estudantes foram escalados para auxiliar os ACS nos cadastramentos dos cuidadores informais de idoso no domicílio.

Além dessas estratégias, buscou-se o apoio das instituições religiosas. Embora tenha se solicitado ajuda em duas igrejas, apenas uma, que possui três núcleos na cidade, auxiliou e abriu espaço para que um dos acadêmicos coletasse os dados após o término da solenidade religiosa. Assim, com a utilização das ações estratégicas, foi obtido, até o dia 20 de outubro de 2015, um total de 125 cadastros de cuidadores informais de idosos, provenientes de 12 áreas cobertas e das demais áreas descobertas pela ESF. Contudo, cinco fichas cadastrais foram excluídas por conterem inconsistências de registro.

Os registros das fichas foram digitados em um banco de dados no programa Microsoft Office Excel e, com auxílio do SPSS versão 22, foi possível fazer a análise e a interpretação das informações. Vale ressaltar que esse banco de dados será disponibilizado ao Programa Municipal do Idoso, a fim de ser utilizado no planejamento de ações futuras para a população em estudo. Os dados estão apresentados nas Tabelas 3 e 4.

A Tabela 3 apresenta os cuidadores relacionados por área e microárea de cadastramento, ao passo que a Tabela 4 traz discriminadamente os dados relativos às áreas 301 e 310, as quais apresentaram o maior número de registros de cuidadores informais de idosos. Na análise do CAC, foi consenso, num primeiro momento do estudo, que a intervenção aconteceria nas duas áreas que obtivessem maior quantitativo desses sujeitos.

Tabela 3: Distribuição do número de cuidadores informais de idosos cadastrados por área/microárea. Jataí, GO, Brasil, 2015.

Áreas	Microáreas	Frequência	Porcentagem	Total
79	NI	1	100,0	1
301	38	10	47,6	21
	63	6	28,6	
	64	5	23,8	
303	77	3	50,0	6
	78	2	33,3	
	91	1	16,7	
306	51	2	25,0	8
	52	1	12,5	
	53	5	62,5	
307	19	4	100,0	4
308	38	6	100,0	6
309	31	2	100,0	2
310	12	3	13,0	23
	39	6	26,1	
	59	11	47,8	
	NI	3	13,0	
311	14	2	100,0	2
313	33	1	50,0	2
	71	1	50,0	
315	93	1	33,3	3
	96	2	66,7	
319	3	3	50,0	6
	29	3	50,0	
Área descoberta	---	34	100,0	34
Total				120

NI: Não informado.

Tabela 4: Perfil sociodemográfico dos cuidadores informais de idosos cadastrados por área. Jataí, GO, Brasil, 2015.

Variáveis sociodemográficas		Áreas			Total
		301 (n=21)	310 (n=23)	Outras (n=76)	
Sexo	Feminino	18 (85,7%)	20 (87,0%)	64 (84,2%)	102 (85%)
	Masculino	3 (14,3%)	3 (13,0%)	12 (15,8%)	18 (15%)
Idade	Idade em anos (Média ± DP)	51,8 ± 12,28	53,87 ± 14,23	54,78 ± 13,27	---
Escolaridade	Alfabetizado	2 (9,5%)	3 (13,0%)	6 (7,9%)	11(9,2%)
	Não alfabetizado	6 (28,6%)	1 (4,3%)	3 (3,9%)	10 (8,3%)
	Ensino fundamental completo	1 (4,8%)	2 (8,7%)	8 (10,5%)	11 (9,2%)
	Ensino fundamental incompleto	10 (47,6%)	8 (34,8%)	32 (42,1%)	50 (41,7%)
	Ensino médio completo	1 (4,8%)	5 (21,7%)	13 (7,1%)	19 (15,6%)
	Ensino médio incompleto	1 (4,8%)	1 (4,3%)	5 (6,6%)	7 (5,8%)
	Ensino superior completo	0	2 (8,7%)	7 (9,2%)	9 (7,5%)
	Ensino superior incompleto	0	1 (4,3%)	2 (2,6%)	3 (2,5%)
Raça	Branca	10 (47,6%)	6 (26,1%)	27 (35,5%)	43 (35,8%)
	Amarela	0	3 (13,0%)	0	3 (2,5%)
	Preta	4 (19%)	3 (13,0%)	11 (14,5%)	18 (15%)
	Parda	7 (33,3%)	10 (43,5%)	36 (47,4%)	53 (44,2%)
	Indígena	0	0	2 (2,6%)	2 (1,7%)
	Outra	0	1 (4,3%)*	0	1 (0,8%)
Estado civil	Solteiro	5 (23,8%)	5 (21,7%)	25 (32,9%)	35 (29,2%)
	Casado	10 (47,6%)	11 (47,8%)	32 (42,1%)	53 (44,2%)
	União estável	3 (14,3%)	1 (4,3%)	6 (7,9%)	10 (8,3%)
	Divorciado	0	5 (21,7%)	7 (9,2%)	12 (10%)
	Viúvo	3 (14,3%)	1 (4,3%)	6 (7,9%)	10 (8,3%)
Religião	Nenhuma	7 (33,3%)	0	5 (6,6%)	12 (10%)
	Católica	5 (23,8%)	14 (60,9%)	35 (46,1%)	54 (45%)
	Evangélica	7 (33,3%)	6 (26,1%)	24 (31,6%)	37 (30,8%)
	Espirita	1 (4,8%)	3 (13,0%)	11 (14,5%)	15 (12,5%)
	Outra	1 (4,8%)	0	1 (1,3%)*	2 (1,7%)
Renda Familiar	< salário mínimo	6 (28,6%)	4 (17,4%)	15 (19,7%)	25 (20,8%)
	1 a 3 salários mínimos	15 (71,4%)	17 (73,9%)	54 (71,1%)	86 (71,7%)
	>3 salários mínimos	0	2 (8,7%)	7 (9,2%)	9 (7,5%)

* Não informou a raça. * Não informou a religião.

Dentre as características sociodemográficas dos cuidadores informais de idosos, nota-se que, em relação ao gênero, houve predomínio do sexo feminino nas duas regiões estudadas – na área 301, 18 (85,7%) e na 310, 20 (87,0%). Essa caracterização também é comum tanto na literatura nacional (ALVARENGA et al., 2011; FLORIANO et al., 2012) e internacional (BREMER et al., 2015; DE VALLE-ALONSO et al., 2015; FABÁ; VILLAR; GIULIANI, 2017; KAHN et al., 2016; LOK; BADEMLI, 2017). Fica evidente que as mulheres continuam sendo as principais responsáveis pelo cuidado do idoso no domicílio. Estudo mostra que apesar das conquistas alcançadas pela mulher na sociedade contemporânea, ainda compete a ela o papel de cuidadora, que culturalmente foi sendo assumido ao longo da história. Porém, ela vem exercendo múltiplas e amplas funções, algumas impostas pelo meio social, restringindo-lhe o direito de escolher papéis que melhor condizem com a sua realidade (WEGNER; PEDRO, 2010).

No que tange à idade média dos participantes, obteve-se o índice de 51,8 ± 12,28 para os da área 301, sendo os extremos de idade de 30 e 75 anos. Já na área 310, a idade média foi de 53,87 ± 14,23, com os extremos de idade de 18 e 82 anos. Nas duas regiões, os cuidadores também se classificaram como pessoas idosas, de acordo com o Estatuto do Idoso, com quatro (19,0%) na área 301 e nove (39,1%), na 310. A constatação da idade avançada dos cuidadores informais de idosos, assim como em outros estudos (CARVALHO et al., 2015; HOFMAN et al., 2014; VAINGANKAR et al., 2016), marca um cenário onde idosos cuidam de idosos (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012). Emergem, assim, novos desafios a ser enfrentados por gestores, profissionais da área da saúde e investigadores. De acordo com a literatura, o cuidador, quando idoso, tem uma maior probabilidade de adoecer ou de ter complicações de patologias preexistentes (ARAÚJO et al., 2013; BRAZ; CIOSAK; 2009; CARVALHO et al., 2015; PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Em relação ao grau de escolaridade, identificou-se um baixo índice de instrução entre os cuidadores cadastrados tanto na área 301 quanto na área 310, havendo, portanto, um predomínio de cuidadores com o ensino fundamental incompleto, o que correspondeu a 10 (47,6%) na região 301 e oito (34,8%), na 310. A baixa escolaridade dos cuidadores informais de idoso também foi verificada em outras investigações (ARAÚJO et al., 2013; FORNÉS, 2014; MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015). A identificação dessa variável representa um elemento importante, pois pode influenciar diretamente no ato de cuidar (OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012). Portanto, para

que se desenvolvam atividades relacionadas à educação e prática em saúde com a referida população, é fundamental que os profissionais da área de saúde, em particular o enfermeiro, realizem avaliação diagnóstica junto a esses indivíduos, a fim de que a ação educativa seja em consonância com suas necessidades, os interesses e os conhecimentos prévios (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012). Ademais, os promotores da ação educativa devem se comunicar utilizando linguagem e recursos didáticos adequados conforme a clientela atendida (BASTABLE, 2010).

No tocante à raça, houve um predomínio de 10 (47,6%) cuidadores com a cor branca na área 301, enquanto na área 310, prevaleceram 10 (43,5%) dos indivíduos que se autodeclaram como pardos. Vale mencionar que, na área 310, verificou-se um registro (4,3%) como outra (raça), devido ao não preenchimento dessa questão.

Enquanto isso, a maioria dos participantes – 10 (47,6%) e 11 (47,8%) das áreas 301 e 310, respectivamente – relataram que são casados. Tal dado se assemelha a de outros estudos (ARAÚJO et al., 2013; MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015; SANTOS; PAVARINI, 2010). De acordo com Araújo et al. (2013), essa variável pode-se caracterizar como aspecto positivo quando o cuidador conta com o auxílio do cônjuge no cuidado a ser dispensado junto ao idoso. Contudo, quando o cônjuge não manifesta o apoio, essa poderá ser um indicador negativo, tendo em vista que o cuidador precisa dedicar-se simultaneamente ao cuidado e à vida conjugal, o que consequentemente aumenta a probabilidade de sobrecarga e do risco de adoecimento.

Quanto à religião, na área 301 houve percentuais equivalentes entre os que citaram não possuir nenhuma crença e os que afirmaram ser evangélicos – sete (33,3%) para cada item –, ao passo que, na área 310, predominaram os cuidadores que mencionaram seguir o catolicismo: 14 (60,9%). Estudo mostra que a religiosidade contribui positivamente para a saúde do ser humano (MURAKAMI; CAMPOS, 2012). Gaioli, Furegato e Santos (2012) notaram que o fato de alguns cuidadores de idoso professarem uma religião e manifestarem fé em Deus os ajudava a se sentir mais fortes para executar o cuidado necessário com a pessoa idosa. Assim, é relevante que os profissionais da área de saúde reconheçam a religiosidade e a espiritualidade como componente que pode estar associado ao bem-estar e à saúde das pessoas (MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

Nas duas áreas estudadas, a renda familiar dos cuidadores era de um a três salários mínimos, com 15 (71,4%) na área 301 e 17 (73,9%), na 310. No ano de 2015,

o salário mínimo correspondia a R$ 788,00. A renda familiar identificada nessa investigação acompanhou os rendimentos declarados pelos cuidadores informais no contexto nacional, que apresentou uma variação de meio a até quatro salários mínimos (ARAÚJO et al., 2013; CARVALHO et al., 2015; GARCES et al., 2012; NAKATANI et al., 2003; SANTOS; PAVARINI, 2010). Carvalho (2013) afirma que os determinantes econômicos e sociais interferem diretamente nas condições de saúde da população, com aumento expressivo da carga de doenças e das iniquidades em saúde, o que requer intervenções coletivas e coordenadas dos diversos setores da sociedade. A baixa renda financeira pode também ser um indicador para elevados níveis de estresse e sobrecarga física, tanto do cuidador quanto dos demais membros da família (ARAÚJO et al., 2013).

Os participantes também foram indagados sobre a função do cuidador informal de idosos. Quanto ao tempo em que prestam esses cuidados, esse era superior a cinco anos tanto na área 301 quanto na 310, com 10 (47,6%) e nove (39,1%), sucessivamente. A literatura é escassa de produções científicas que mostram há quanto tempo o cuidador informal vem dedicando atenção ao idoso. Os estudos encontrados revelaram que a média de duração do cuidado ao idoso compreende de um a seis anos (ARAÚJO et al., 2013; DE VALLE-ALONSO et al., 2015).

No que se refere ao período em que o cuidador informal executa o cuidado ao idoso, averiguou-se o predomínio do tempo integral em ambas as regiões – 13 (61,9%) na área 301 e 19 (82,6%) na 310. As evidências apontaram que uma parcela significativa dos cuidadores informais dedica longo período de tempo ao auxílio do idoso (BRINDA et al., 2014; DE VALLE-ALONSO et al., 2015).

Em estudo recente, Bremer et al. (2016) demonstraram a associação entre a intensidade da assistência à pessoa idosa e a saúde do cuidador. Os que cuidaram de um idoso com alto grau de dependência por nove horas seguidas ou mais por dia apresentaram comprometimentos significativos em relação à saúde em geral. Além disso, os autores ressaltam que os referidos cuidadores foram os que mais procuraram atendimento do clínico geral em um período de três meses. Dessa maneira, torna-se crucial refletir sobre as consequências que o ato de cuidar do outro, de maneira ininterrupta, pode ocasionar na pessoa que cuida, visto que se configura em uma tarefa árdua e desgastante física e psicologicamente (FLORIANO et al., 2012; KÜCHEMANN, 2012). Tal constatações reforça a importância de se considerar o

cuidado aos cuidadores como pauta estratégica das políticas de promoção da saúde.

No que concerne aos tipos de dependência que levavam o idoso a necessitar de auxílio para realizar as atividades básicas e instrumentais, os cuidadores das duas áreas declaram que eles possuíam dependência física, seguida pela dependência cognitiva e financeira. Na área 301, 14 (66,7%) tinham limitação física, 12 (57,1%), cognitiva e quatro (19,0%), financeira; e na 310, 15 (65,2%), limitação física, 14 (60,9%), cognitiva e cinco (21,7%), financeira. É importante mencionar que os participantes poderiam citar mais de uma dependência, e esta, por sua vez, foi autodeclarada pelo cuidador, sem empregar instrumentos para avaliá-las, tendo em vista o objetivo do estudo. A incapacidade funcional caracteriza-se uma problemática frequente relacionada aos idosos, ocasionando-lhes implicações para o desenvolvimento independente das ABVD e/ou AIVD (MENÉNDEZ et al., 2005; PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012). Constatou-se que essa incapacidade está aliada a diferentes variáveis, como idade, gênero e presença de alguma patologia (BARBOSA et al., 2014; IBGE, 2015b; OLIVEIRA; NERI; D'ELBOUX, 2013; RODRIGUES et al., 2008).

Por outro prisma, alguns estudos revelaram que há uma associação estatisticamente significativa entre a capacidade funcional da pessoa idosa e a sobrecarga do seu cuidador familiar. Quanto menor for a independência do idoso maior será a sobrecarga do indivíduo que cuida (FURHMANN et al., 2015; LOUREIRO et al., 2014). Nesse sentido, é de suma importância implementar políticas públicas voltadas tanto para atenção ao idoso quanto ao seu cuidador, com ações efetivas de promoção da saúde e proteção dos agravos (FIALHO et al., 2014; FURHMANN et al., 2015).

Em referência ao tipo de vínculo que o cuidador possui com o idoso, nas duas regiões predominou a relação de filha(o), seguido pela relação de cônjuge. Na área 301, 14 (66,7%) eram filhos(as) e três (14,3%), esposos(as). Na área 310, 12 (52,2%) eram filhos(as) e seis (26,1%) e esposos(as). Tais dados encontram respaldo na literatura ao sinalizar que os membros da família nuclear são os principais responsáveis pela dispensação do cuidado ao idoso no âmbito domiciliar (ALVARENGA et al., 2011; SANTOS; PAVARINI, 2010; SERBIM; GONÇALVES; PASKULIN, 2013). Os dados apontam semelhanças com alguns estudos ao apresentar filha (o) como o cuidador principal (ALVARENGA et al., 2011; DE VALLE et al., 2015; FLORIANO et al., 2012; FURHMANN et al., 2015; MONTEIRO; MAZIN;

DANTAS, 2015). Porém, identificaram-se investigações que apontam o predomínio da esposa (o) como cuidadora informal (ARAÚJO et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2008).

No tocante às necessidades do próprio cuidador, a maioria dos entrevistados em ambas as áreas estudadas buscou atendimentos em serviços de saúde nos últimos seis meses, com 15 (71,4%) na área 301 e 14 (60,9%), na 310. Parcela significativa dos cuidadores disse não ter acesso facilitado aos serviços oferecidos pelas UBS – cinco (23,8%) na área 301 e 10 (43,5%), na 310. Embora tenha sido verificada a procura desses indivíduos por serviços de saúde, não é possível precisar quais foram os reais motivos que os levaram a solicitar atendimentos e se estes foram relacionados ao papel de cuidador de idoso.

Uma parcela considerável dos participantes em ambas as regiões reportou não receber assistência diferenciada por parte dos profissionais do setor de saúde: seis (28,6%) na área 301 e 19 (82,6%), na 310. Daqueles que citaram, em ambas as áreas, ter recebido uma assistência diferenciada por parte dos profissionais, notou-se que a maioria (80%) disse recebê-la por parte dos profissionais da ESF, seguida de 20% que a receberam somente dos ACS. Entretanto, três (15,8%) entrevistados alegaram que tiveram tratamento diferenciado devido a algum motivo de saúde ou por também serem idosos, como exemplificado nestas falas: *“Por ser diabética”* (C11); *“Por ser hipertensa”* (C8, C9); *“Recebi por ser idosa também.”* (C6).

Alguns cuidadores relataram que não possuíam apoio dos profissionais dos serviços de saúde para desempenhar o cuidado com a pessoa idosa. Tal quantitativo é mais expressivo na área 310, com relato de 18 (78,3%) dos participantes e, na região 301, somente um (4,8%) mencionou que não recebeu o referido auxílio. Dos que relataram o recebimento de apoio dos profissionais para desempenhar o cuidado com o idoso, 10 (52,6%) mencionaram que esse fato estava relacionado a visitas e consultas domiciliares, orientações, agendamento de consultas e exames, como expresso em algumas falas: *“Orientações quanto aos horários e ao uso de medicamento”* (C42); *“Consulta domiciliar, orientação quanto à higiene pessoal, medicação, aos exames etc.”* (C14); *“Facilidade de receita”* (C21).

Todavia, alguns cuidadores informais de idoso apresentaram a figura do profissional como sinônimo de apoio. Eles citaram oito profissionais da ESF (42,1%), seguidos por somente três ACS (15,8%), o que sinaliza a importância desses indivíduos como apoio físico, e não psicossocial.

De acordo com os resultados supracitados e com base na literatura consultada pode-se inferir que a complexidade de cuidar da pessoa idosa poderá acarretar diversos problemas à saúde dos cuidadores informais de idosos, colocando-os em condição de maior exposição a riscos. Além disso, em função de doenças preexistentes ou da falta de apoio de outros familiares e do serviço de saúde, apresentam maior susceptibilidade de adoecer. Tais constatações reforçam a necessidade da reorganização dos serviços de saúde e das práticas dos profissionais, no sentido de implementar ações de atenção e suporte a essa população, a fim de evitar que a mesma venha a ter uma condição de dependência semelhante à do ser cuidado (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011; COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016; LOUREIRO et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2008).

Em ambas as áreas, a totalidade dos cuidadores relata não participar ou ter participado anteriormente de grupo destinado a eles. Os dados evidenciaram que a maioria dos cuidadores informais de idoso não receberam nenhum tipo de capacitação para exercer o cuidado com a pessoa acima de 60 anos ou mais, com predominância equivalente a 19 (90,5%) na área 301 e 22 (95,7%), na 310.

Estudos destacam que a constituição de espaços/grupos, onde se possa discutir sobre os aspectos que englobam o envelhecimento, entre eles o envolvimento e qualificação dos cuidadores informais de idoso são estratégias de baixo custo e que trazem benefícios significativos para o binômio idoso-cuidador. Assim, recomenda-se que os profissionais de saúde e os formuladores de políticas públicas se atentem para a carência da implantação e implementação desses grupos, assim como a necessidade de valorização da rede de apoio do idoso em situação de dependência (DÍAZ-ÁLVAREZ; ROJAS-MARTÍNEZ, 2009; MIRANDA et al., 2015).

Dos participantes da pesquisa, 17 (81,0%) e 16 (69,6%) das áreas 301 e 310, respectivamente, manifestaram a necessidade de receber algum tipo de capacitação para efetuar adequadamente o cuidado com o idoso. Isso se relacionou a diversas temáticas: na área 301, a maioria dos entrevistados (72,72%) declarou que precisa de orientações que abordem os cuidados gerais com a pessoa idosa; e na 310, os cuidadores indicaram que precisavam de encaminhamentos para lidar com questões relacionadas a transferência/locomoção, além de abordagens que pudessem ajudá-los nos aspectos psicológicos, como estresse, nervosismo, cansaço, entre outras, com 30,76% (cada). As evidências científicas mostram que há uma conexão entre o ato de cuidar, as dimensões de conhecimento e paciência e o nível de sobrecarga,

sendo comprovado que o cuidador com maior conhecimento e habilidade sobre o ato de cuidar apresenta menor sobrecarga (ETEROVIC; MENDOZA; SÁEZ, 2015).

Por outro lado, assim como os achados dessa investigação, um estudo expõe que os cuidadores informais apresentam necessidades informacionais de uma gama diferenciada de temáticas, que englobam desde orientações para realizar a assistência junto ao idoso até apoio psicológico-emocional (DOMÍNGUEZ-GUEDEA et al., 2009).

Apesar de os cuidadores demonstrarem a necessidade de receber algum tipo de capacitação, ao mesmo tempo a maioria deles salientou não possuir disponibilidade de nenhum período para realizá-la – oito (38,2%) na área 301 e seis (26,0%), na 310. Entre os que mencionaram possuí-la, ela se referia ao período vespertino, para os residentes da área 301, e ao turno matutino, para os da área 310. Dilworth-Anderson e Williams (2004) relatam que, ao realizar uma atividade de pesquisa junto aos cuidadores familiares de idosos, encontraram dificuldades para obter a adesão deles, pois como é um grupo predominantemente feminino e com inúmeras atribuições, possuem limitações de tempo livre.

Nesse contexto, as principais dificuldades enfrentadas diariamente pelos cuidadores informais, ao dispensar os cuidados ao idoso, estão vinculadas a várias questões. Na área 301, eles citaram: 1 - financeiras e dificuldade de locomoção do idoso (n=7; 21,9%); 2 - falta de tempo por parte do cuidador (n=7; 21,9%); e 3 - falta de conhecimento adequado (n=10; 31,2%) para realizar o cuidado exigido. Enquanto isso, na área 310 prevalecem as queixas do cuidador relacionadas a estresse, cansaço e sobrecarga (n=7; 22,6%), seguidas pela dificuldade de locomoção do idoso, o que lhe demanda mais trabalho (n=6; 19,4%).

Tais dados se assemelham com os identificados por Domínguez-Guedea et al. (2009) ao pesquisar os cuidadores familiares mexicanos. Essa pesquisa sinalizou que desafios similares são enfrentados por esses indivíduos em diferentes contextos. Para Kücheman (2012), as questões relacionadas à sobrecarga, à falta de tempo e ao despreparo para cuidar da pessoa idosa são considerados como velhos dilemas e que, para vislumbrar soluções resolutivas faz-se necessário incluir o cuidado, o idoso, os cuidadores e os familiares como objetos de políticas e programas de saúde pública em parceria com as demais políticas públicas.

5.4.5. Qualificação dos cuidadores informais de idosos

A ação estratégica de qualificação dos cuidadores informais de idosos residentes nas áreas de abrangência (301 e 310), da ESF do município em estudo, foi idealizada de acordo com as variáveis evidenciadas no cadastramento desses sujeitos. Visou-se capacitá-los considerando suas reais necessidades, além de auxiliá-los no cuidado da pessoa idosa.

Portanto, a partir da análise dos dados, os membros do CAC planejaram detalhadamente como aconteceria a intervenção. Eles demonstraram preocupação com datas, período, recursos didáticos, metodologia de ensino, emissão de certificados e uso de linguagem acessível, tendo em vista o grau de escolaridade dos cuidadores. Tais apreensões podem ser reconhecidas nestes relatos: *"Tem que ver a linguagem para falar com eles"* (MCAC); *"Acho interessantes aqueles vídeos, a dinâmica de grupo"* (MCAC); *"Vai sair um certificado, né?"* (MCAC).

Para o desenvolvimento da intervenção, seriam utilizadas as técnicas de acolhimento, roda de conversa, atividade prática do conteúdo abordado e vídeo, assim como um método para o encerramento das atividades. As estratégias foram traçadas de acordo com as necessidades dos cuidadores de cada área em estudo.

Ademais, nesse primeiro momento, ficou definido que a capacitação aconteceria em dois dias em cada UBS, com duração de quatro horas por encontro, haja vista a falta de tempo exposta por uma parcela considerável de cuidadores. As datas acordadas foram diferentes para cada ESF: na 301, aconteceria em 4 e 11 de novembro de 2015; e na 310, em 29 de outubro e 5 de novembro de 2015.

Após o planejamento da ação, o próximo passo foi entrar em contato, via telefone, com os cuidadores informais cadastrados e que indicaram interesse e disponibilidade para participar da capacitação. Na área 301, isso foi feito com 12 cuidadores (92,3%). Cinco deles confirmaram presença. Em contrapartida, na área 310, 16 (94,1%) cuidadores foram contatados, com a confirmação de dez deles. Vale salientar que, em ambas as áreas, os cuidadores que não confirmaram presença na capacitação apresentaram várias justificativas relacionadas sobretudo às demandas de cuidado com o idoso. Não se contataram as outras pessoas por constar número de telefone inexistente ou ausente na ficha cadastral.

Nesse sentido, a capacitação aconteceu com a participação de três cuidadores informais na área 301, os quais discutiram temáticas relativas a: 1 - Transferência e Mobilização da Pessoa Idosa; 2 - Cuidados com as Medicações dos Idosos; e 3 - Cuidando do Cuidador e Estilo de Vida. Já na área 310 participaram cinco cuidadores, sendo abordados os seguintes assuntos: 1 - Transferência e Mobilização da Pessoa Idosa; e 2 - Cuidando do Cuidador e Estilo de Vida**.**

A intervenção educativa aconteceu mediante o apoio da enfermeira da ESF, no auditório das duas UBS às quais as equipes 301 e 310 estão vinculadas. As temáticas foram ministradas pela pesquisadora, uma enfermeira e uma farmacêutica pertencentes ao quadro da Secretaria Municipal de Saúde e da UFG – Regional Jataí, respectivamente, porém com o apoio contínuo e a presença dos membros do CAC. O método e a técnica de ensino utilizados para o desenvolvimento da intervenção educativa foram semelhantes nas duas áreas, com algumas especificidades a serem descritas no decorrer dos relatos da ação estratégica.

O primeiro dia de capacitação nas duas áreas da ESF foi marcado por muitas expectativas relacionadas ao número de participantes e a todo o contexto que envolve o processo de ensino e aprendizagem. Para esse grupo, as perspectivas foram superadas, visto que na área 301 se contou com a participação de 12 pessoas (três cuidadores informais, dois ACS, os quais são considerados cuidadores formais, dois acadêmicos do Curso de Medicina, duas palestrantes, a pesquisadora e duas acadêmicas do Curso de Enfermagem).

Na área 310 participaram dez pessoas (cinco cuidadores informais, sendo dois desses também ACS, um ACS, uma palestrante, a pesquisadora e duas acadêmicas do Curso de Enfermagem). Essas últimas contribuíram como auxiliares de pesquisa nas duas áreas. É importante mencionar que um dos ACS presente em cada uma das áreas também era membro do CAC.

A priori, em ambas as áreas foi realizada uma técnica de apresentação (quebra-gelo). Os participantes foram convidados para ficar de pé e em círculo; então, solicitou-se que cada um falasse seu nome e, em seguida, um adjetivo relacionado a sua pessoa que tivesse a mesma inicial do seu nome, assim, todos se apresentaram e começaram a se interagir. Em seguida, como atividade de sensibilização, foi exibido o vídeo “Carta de pai para filho”, com adaptação e narração de Adonias Martins, o qual está disponível no endereço: https://www.youtube.com/watch?v=Auek6zcgImo.

Na sequência, na área 301, foram discutidas as seguintes temáticas: 1 - cuidados com as medicações dos idosos; e 2 - transferência e mobilização da pessoa idosa. Essa última também foi abordada na área 310, tendo em vista as demandas apresentadas no cadastramento dos cuidadores.

Desse modo, na área 301, a mediadora da intervenção educativa, farmacêutica convidada, iniciou as discussões em uma roda de conversa, solicitando que os presentes respondessem às seguintes questões norteadoras: 1 - De quem vocês cuidam?; 2 - Vocês dão as medicações para eles?; 3 - Como vocês dão os medicamentos? Assim, os cuidadores começaram a se expressar: *"Eu cuido da minha mãe, ajudo ela com os medicamentos e ela toma com chazinho"* (CI1); *"Ela toma o remédio com leite."* (CI2).

Nesse momento, uma das cuidadoras se emocionou e começou a chorar, ao mencionar que cuidava da mãe. No primeiro momento não conseguiu responder às questões, depois tomou um copo com água e pediu a palavra para falar sobre diversos assuntos:

> *"Sou eu que faço tudo para minha mãe, tem uns 10 anos. [...] Ela caminha devagarzinho, é muito difícil, porque só eu que cuido. Nós somos sete irmãos, mas só eu cuido [...]. Comecei a cuidar dela, aí mudei para a casa dela. Baguncei a minha vida conjugal, mas tá bom [...]. Falei de tudo, menos dos medicamentos, né?"* (CI3)

Todos ouviram atentamente esse depoimento, deixando-a expressar as angústias e, posteriormente, os membros do grupo a acolheram com palavras de apoio. Essa fala remete a ideia de que, em geral, os idosos fazem parte de uma família com muitas pessoas, porém o papel de cuidar fica na responsabilidade de uma delas ou com pouco auxílio dos demais membros do núcleo familiar (BORN, 2008).

Após esse momento, a farmacêutica retomou a fala e discutiu com base nos relatos dos participantes, utilizando linguagem acessível, sobre o uso dos medicamentos e as suas diversas formas de apresentação, bem como o armazenamento e a organização desses remédios.

Os participantes demonstraram interesse pela temática, posto que interagiram com perguntas. Ficou evidente que os cuidadores de idosos participantes da intervenção educativa possuem conhecimento deficiente em relação à temática, além de baixo nível de escolaridade.

> *“O motivo de eu não saber ler, ser analfabeto... eu tenho medo de dar os remédios.”* (CI3)

> *“No meu modo de entender, é oito da manhã e oito da noite [...]. Eu vou na farmácia e já peço para colocar a etiqueta com o modo de usar.”* (CI1)

Assim, o primeiro momento foi encerrado e, em seguida, foi servido um lanche aos participantes. Logo após iniciou-se na área 310 a atividade prática relacionada à transferência e à mobilização da pessoa idosa. A temática também despertou interesse e entusiasmo entre os participantes de ambas as áreas, que participaram ativamente com relatos de experiências e dúvidas, conforme os relatos abaixo:

> *“O que eu nunca vi lá com minha mãe foi o travesseiro no braço, nunca preocupei com o braço e a mão [...]. Ontem tive que mandar uma funcionária embora, porque minha mãe estava toda machucada.”* (CI 4)

> *“As pessoas falam: Ah, trabalha, coloca alguém para cuidar, mas a gente tem que ter paz para trabalhar; então, eu que vou cuidar.”* (CI3)

> *“Eu quero ver como vai colocar esse travesseiro.” (CI7)*

> *“Pegar fazendo cadeirinha não dá certo, não?” (CI5)*

> *“E quando não anda de jeito nenhum?” (CI5)*

A facilitadora desse momento foi uma enfermeira que atua na ABS do município em estudo. Inicialmente, ela conduziu a atividade em uma roda de conversa e, depois, realizou uma atividade prática com maca, cadeira de rodas, travesseiros e uma pessoa para representar o idoso; desse modo, demonstraram-se as técnicas de transferências e mobilização da pessoa idosa. A fim de orientar os participantes, ela disponibilizou um material didático sobre áreas de proeminências ósseas e o relógio para mudança de decúbito disponibilizado pelo Hospital da Baleia, de Belo Horizonte – Minas Gerais.

Apesar da participação ativa, houve manifestação, por parte de um dos cuidadores, de que esse tipo de atividade educativa deveria ser realizado no domicílio, sanando assim as dificuldades enfrentadas no dia a dia *in loco*: *“Esse curso vocês tinham que fazer na casa; lá é diferente.”* (CI5).

No encerramento foi entregue um *kit* de cuidados pessoais com um lembrete constando a data do próximo encontro – 11 de novembro de 2015, na área 301, e 5 de novembro de 2015, na 310.

O segundo encontro com os cuidadores informais de idosos, em ambas as áreas, se referiu à temática "Cuidando do Cuidador e Estilo de Vida". Ele aconteceu com a presença dos mesmos participantes da reunião anterior, mas, na área 301, contou também com a participação de profissionais que atuam na UBS (enfermeira, cirurgião-dentista e recepcionista). Os três permaneceram no auditório durante toda a intervenção, trazendo contribuições significativas sobre o assunto em debate.

Com o intuito de acolher e sensibilizar os presentes, a pesquisadora realizou uma técnica para retratar a importância do autocuidado, bem como o cuidado com o outro. Assim foi entregue a cada um dos participantes um balão que representava, naquele momento, a vida deles. Todos deveriam enchê-lo com cuidado para não estourar e, em seguida, era necessário identificá-lo. Após isso, eles foram convidados para se levantar e andar jogando a "vida" para o alto, mas com cuidado, para que não caísse no chão. Depois de alguns minutos foi dado o comando para que todos começassem também a cuidar da "vida" do outro, porém, mantendo o mesmo zelo para não deixa-la cair no chão. Na sequência, os participantes foram convidados a permanecer de pé e, juntos, refletir sobre a técnica conforme algumas indagações: 1 - Por que, quando estavam cuidando apenas da sua "vida", ela não caía no chão?; 2 - Por que, quando começaram a cuidar da "vida" do outro, muitas caíram no chão?; 3 - Por que, ao começar a cuidar da "vida" do outro, esqueceram da sua? Então, os cuidadores expressaram:

> *"É muito difícil cuidar da gente. O meu tempo é para minha mãe." (CI3)*
>
> *"[...] Não descanso nem cinco minutos." (CI1)*
>
> *"No começo, pensei: 'Por que não fiquei em casa dormindo como trabalho à noite?' Mas agora eu vi que foi importante, foi bom eu ter vindo." (CI5)*
>
> *"Tem um ditado que fala que quem não tem tempo para cuidar da saúde vai ter que arrumar tempo para cuidar da doença." (CI8)*

Na sequência, a pesquisadora entregou e solicitou aos participantes que preenchessem a avaliação do estilo de vida – pentáculo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Como se sabia que a maioria dos presentes poderia apresentar dificuldades

para efetuar tal atividade, devido ao baixo grau de escolaridade, orientaram-se os membros do CAC e os alunos de graduação em Enfermagem para os auxiliarem na execução.

Vale mencionar que, apesar da questão da escolaridade, resolveu-se manter o preenchimento do pentáculo. Por meio desse instrumento, tornava-se possível compreender graficamente o que precisa ser melhorado em relação ao controle do estresse, à nutrição, à atividade física, ao comportamento preventivo e ao relacionamento social.

A maioria dos participantes já tinha ciência de que precisavam melhorar comportamentos e atitudes relacionados ao estilo de vida, principalmente no que se refere à alimentação e à atividade física. Porém, os cuidadores apresentaram diversas justificativas para não criar tais hábitos saudáveis: *"Não tenho tempo para mim, no máximo 10 minutinhos, quando entro para o quarto e pego a Bíblia."* (CI7).

Na área 310, é possível constatar que, no decorrer das discussões (roda de conversa), a maioria dos cuidadores informais de idosos pareceu sensibilizada. Todavia, um dos participantes se mostrou resistente em relação à mudança de comportamento e postura, indicando que isso é algo inviável: *"É fácil para vocês que estão da parte daí... Trabalho à noite e não tenho tempo para nada."* (CI5).

Subsequentemente, os integrantes da capacitação foram convidados pela pesquisadora a ficar de pé e juntos realizar alguns exercícios de relaxamento e alongamento propostos no Guia do Cuidador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), em que eles se sentiram estimulados a se exercitar diariamente. Ao final, relataram:

> *"É bom mesmo!" (CI1)*
>
> *"Tava com meu pescoço doendo e parece que até melhorou." (CI3)*
>
> *"Minha mãe morreu com 76 anos, há dois anos. Eu fazia ela fazer exercício na praça, e eu não faço nada." (CI7)*
>
> *"Falta de tempo chama-se sofá." (CI8)*

Curiosamente, observou-se que os profissionais do NASF promovem atividades físicas para a população uma vez por semana. No entanto, os participantes, com exceção dos profissionais de saúde presentes, não sabiam da existência dessas ações.

Subsequentemente, foi exibido um vídeo intitulado “Cuidando de quem cuida”, de Renata Fernandes (Grupo Leopardo), disponível no YouTube no endereço https://www.youtube.com/watch?v=4ES1ARtygRk. Para o encerramento da atividade de capacitação, a pesquisadora solicitou aos participantes que resumissem em uma palavra o que significaram os dois dias de capacitação:

“Reflexão” (CI1).

“Dedicação” (CI3).

“Carinho” (CI2).

“Amor próprio” (CI4).

“Conhecimento” (CI8).

“Aprendizado” (CI5).

“Dedicação” (CI7).

Na área 301, os profissionais de saúde que estavam presentes na capacitação também se manifestaram dizendo: *“Amor”* (PS1); *“Responsabilidade”* (PS2).

Todos os participantes receberam um certificado com carga horária de oito horas e em seguida, foi disponibilizado o lanche. Os integrantes mostraram-se contentes com a capacitação e reportaram o desejo de que os encontros continuassem, pois tais momentos possibilitaram aprendizagem. Um dos presentes relatou que, após as orientações recebidas no primeiro dia de capacitação, ele já conseguiu proceder ao banho na mãe acamada sem o auxílio de outras pessoas. Acredita-se que essa satisfação também deve estar associada ao fato de a capacitação aos cuidadores informais de idosos ter sido promovida por área de abrangência da ESF, o que provavelmente facilita o acesso desses indivíduos.

Nessa perspectiva, os resultados evidenciados com a intervenção educativa junto aos cuidadores informais de idosos foram avaliados positivamente pelos membros do CAC. Assim se concluiu a penúltima fase proposta no delineamento metodológico.

5.5. Análise de dados e divulgação dos resultados da pesquisa

A análise dos dados foi realizada de maneira contínua e colaborativa. No entanto, os membros do CAC auxiliaram com uma avaliação global e uma compreensão empírica sobre os dados coletados, em que a pesquisadora se responsabilizou por consolidá-los e analisá-los de acordo com o rigor metodológico exigido em uma pesquisa científica. Embora seja preconizada a participação de todos os parceiros nas fases da pesquisa, é necessário levar em consideração o domínio dos indivíduos para cada atividade a ser executada (ISRAEL et al., 2008; 2013).

Depois de cada análise, os dados foram apresentados e discutidos com os membros do CAC por meio de uma linguagem simples, a fim de que todos se reconhecessem como corresponsáveis pela produção do conhecimento e colaborassem efetivamente na resolução dos problemas e nas tomadas de decisões.

A divulgação dos resultados finais do estudo foi decidida coletivamente. Nesse sentido, em dezembro de 2015 os membros do CAC se reuniram e definiram como os dados seriam revelados à comunidade em geral: primeiramente, eles teriam que ser apresentados aos gestores municipais, aos profissionais da área da saúde, ao Conselho Municipal de Saúde e à sociedade, além de publicá-los em periódicos e eventos científicos nacionais e internacionais.

Tal deliberação denotou-se a importância e potência da investigação na produção de impacto para a comunidade e na contribuição para implementação de políticas públicas (DÍAZ-ÁLVAREZ; ROJAS-MARTÍNEZ, 2009; MIRANDA et al., 2015). No entanto, ainda não foi possível atender a todas as recomendações do comitê, devido ao tempo-limite para a conclusão da tese. Todas as decisões serão respeitadas e implementadas posteriormente, visto que o CAC continuará em atuação.

Em maio de 2015, dados parciais da pesquisa em questão foram divulgados aos profissionais da área de saúde no I Encontro Multiprofissional de Atenção à Pessoa Idosa e Cuidador Informal, assim como no 12º Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão da UFG e no Congresso Latino-Americano de Geriatria e Gerontologia.

"Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar". (Paulo Freire)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, por meio dos seus resultados, permitem a afirmação de que a construção e implementação de estratégias de atenção aos cuidadores informais de idosos por meio da PPBC oportuniza o empoderamento da comunidade. Assim, a parceria comunidade e academia viabilizou a construção de conhecimentos compartilhados e contextualizados que contribuíram para sinalizar transformações efetivas e ações de cuidado ao cuidador informal de idosos no contexto em que estes vivem.

Esse processo tornou possível a apreensão do objeto de estudo em toda a sua complexidade e o alcance dos objetivos propostos na pesquisa.

A investigação possibilitou aos parceiros comunitários uma mobilização em prol dos cuidadores informais de idosos, desenvolvendo ações que incluíram o mapeamento dos cuidadores informais no município, a mobilização, a sensibilização de profissionais da Estratégia Saúde da Família e a organização de espaços de cuidados.

Nesse processo constatou-se que essa abordagem de pesquisa fortalece a democratização da saúde, por promover maior envolvimento e protagonismo social dos parceiros da comunidade, gerando ideias e ações concretas para o estabelecimento de estratégias de atenção aos cuidadores informais de idosos.

O uso da PPBC e da TBDH ajudou a ampliar o olhar sobre as questões relevantes para os cuidadores informais de idosos, refletindo sobre elas de maneira sistêmica. Dessa maneira, constatou-se que a elaboração de estratégias de atenção a essa população devem transcender o microssistema, onde o eu ecológico está inserido, para o mesossistema, o exossistema, o macrossistema. Porém, considera-se essa análise ainda superficial, aquém das expectativas dos pesquisadores na apresentação dessa tese, ficando como uma tarefa a ser aprofundada posteriormente à defesa.

Tal limitação deriva da complexidade da PPBC e o tempo que se tem no processo de doutoramento e o cumprimento de prazos oficiais da pós-graduação. No entanto, pretende-se, na concepção dos artigos para publicação dos resultados, ter

maior dedicação a essa interpretação, buscando aprofundamento e verticalização analítico.

A análise global do processo investigativo nesse momento, permitiu a constatação de que maioria das necessidades e dificuldades relatadas pelos cuidadores informais de idoso são decorrentes de problemáticas abrangentes, complexas, multifatoriais e que envolvem diversos setores da sociedade. Portanto, para se pensar ações estratégicas e políticas de saúde para cuidadores informais de idosos, essas questões precisam ser equacionadas a fim de se buscar a compreensão mais abrangente da situação. De igual forma, o planejamento de ações para promoção da saúde dessas pessoas deve contar com a ajuda dos atores que integram essa problemática. A perspectiva dos envolvidos facilita que as ações propostas façam sentido e atendam as reais necessidades, tanto dos idosos quanto de seus potenciais cuidadores informais.

Apesar de se encontrar na literatura a ideia recorrente de que é fundamental se implementar de politicas públicas intersetoriais e na a reorganização dos serviços de saúde para atender as demandas emergentes do envelhecimento populacional, sendo uma delas a necessidade de atenção ao cuidador informal de idoso. Apesar disso, nota-se a carência de investigações que insiram diferentes atores sociais, onde todos juntos possam planejar e efetivar uma nova lógica assistencial aos cuidadores de idosos.

Portanto, este estudo revelou que a partir da parceria entre comunidade e academia foi possível concretizar atividades, consideradas como exitosas e de baixo custo, em prol do cuidador informal de idoso. Entre elas podem-se destacar:

1. A criação de um espaço para discussões crítico-reflexivas entre os parceiros comunitários e acadêmicos, o qual englobou cuidadores, gestores, profissionais da área da saúde, idosos e representantes da academia;
2. A sensibilização dos profissionais de saúde para acolher e assistir os cuidadores informais em atendimentos realizados na UBS e no domicílio;
3. A formação do primeiro grupo de apoio aos cuidadores informais de idosos residentes no município de Jataí/ Goiás/ Brasil;
4. A elaboração e disponibilização, em todas as UBS, de *banner* impresso com informações sobre o cuidador informal e o endereço de contato para que ele possa procurar ajuda, quando necessário.

5. A constituição do primeiro banco de dados municipal de cuidadores informais de idosos.

Outro dado interessante, que vale destaque nessas considerações se refere à mudança no comportamento dos parceiros comunitários, os quais apesar de envoltos nos dilemas vivenciados em decorrência do ato de cuidar da pessoa idosa, tendiam a sobrepor as necessidades do idoso em relação às carências apresentadas pelos cuidadores informais. Tais atitudes foram modificadas ao longo das atividades experienciadas no CAC .

Vale ressaltar que para lograr os êxitos supracitados foi crucial estabelecer laços de confiança entre os parceiros. Logo, o pesquisador que se propõe realizar uma PPBC deve ter em mente que precisará ter uma boa inserção na comunidade, além da sensibilidade e da resiliência para aceitar concepções diferentes das constituídas no meio acadêmico.

Por outro lado, os resultados mostraram que as habilidades e competências para realizar uma pesquisa “para” e “com” a comunidade são apreendidas no desenrolar dela. Todavia, é essencial que a comunicação entre os parceiros comunitários e acadêmicos seja clara e objetiva, a fim de assegurar que todos participem ativamente em todas as fases do processo de investigação, manifestando contribuições analíticas à medida que os dados vão emergindo.

A adoção da PPBC permitiu ao pesquisador lançar mão de diferentes estratégias e instrumentos para a coleta de dados de acordo com a necessidade do contexto. Assim, esses foram definidos e construídos à medida em que, o processo da pesquisa se desenvolvia, cabendo aos parceiros do CAC definir e utilizar o que acreditaram ser o mais adequado para atingir os objetivos.

A imersão no desenvolvimento da presente tese proporcionou possibilidades e, ao mesmo tempo, alguns desafios. O principal deles se relacionou à disponibilidade dos parceiros comunitários em participarem do CAC. Sobretudo os cuidadores informais, principal motivação para o desenvolvimento da pesquisa, apresentaram dificuldades em ter uma participação mais ativa e constante por estarem sobrecarregados com a tarefa de cuidar do idoso, o que de certa forma restringe o tempo livre para participar de atividades extradomiciliares, mesmo que elas sejam em seu favor.

Entretanto, a composição do CAC não foi comprometida, pois houve o engajamento de membros da comunidade que possuíam relações diretas com o

cuidador informal de idoso e que trouxeram contribuições extremamente relevantes. Ainda assim, para a sustentabilidade do CAC, fez-se necessário que os parceiros acadêmicos fossem flexíveis, visto que os membros comunitários eram voluntários e tinham atribuições pessoais e profissionais para além da investigação.

O estudo revelou que ao se construir uma pesquisa junto com parceiros comunitários haverá uma multiplicidade de caminhos a serem percorridos e, ao mesmo tempo, únicos para cada contexto. Apesar do recorte espacial e do objeto específico, compreende-se que as vivências discutidas e detalhadas no decorrer desta pesquisa podem nortear a aplicabilidade da PPBC em outros cenários com características similares. Contudo, o pesquisador deve estar ciente de que os dados emergirão de acordo com a realidade e a interação dos sujeitos envolvidos no processo de investigação.

Também vale o destaque sobre como os princípios da PPBC favorecem que parceiros acadêmicos e comunitários produzam conhecimento acoplado ao cuidado sendo altamente adequada ao contexto da saúde pública. Tal abordagem estimula o processo da gestão participativa e propicia o desenvolvimento e aperfeiçoamento das tecnologias leves, e consequentemente, das transformações psico-sócio culturais. A PPBC pode funcionar como uma abordagem efetiva para atender as exigências das agências de fomentos para pesquisas que envolvem a comunidade, a fim de maximizar a relevância dos resultados sem perder o rigor o metodológico.

De igual forma, nessa abordagem se viabiliza o cumprimento da proposta das universidades brasileiras em seu tripé: ensino-pesquisa-extensão, na mais complexa e extensão da palavra. Pelos princípios e características da PPBC esse tripé foi mantido em toda a pesquisa como fortaleza a se explorar e consolidar. Coincidentemente, no movimento da pesquisa também se fortaleceu os princípios do SUS de democratização da saúde.

Os resultados da pesquisa apontaram que para prestar uma atenção qualificada e humanizada ao cuidador informal de idoso torna-se elementar refletir sobre a necessidade de rever questões relacionadas a diferentes dimensões. Entre elas, podem-se destacar:

- Implementar políticas de atenção, assim como de acesso aos serviços de saúde destinados aos cuidadores informais de idosos, cuja lógica assistencial engloba ações de promoção, proteção e de recuperação da saúde, com abordagens individuais e coletivas;

- Efetivar rede de apoio, integrando diversos sistemas, para os cuidadores informais de idosos;
- Realizar atividades de educação permanente junto aos profissionais da área saúde, a fim de discutir sobre as demandas provenientes do envelhecimento populacional, sobretudo, as necessidades do cuidador informal.
- Criar espaços de discussões crítico-reflexivas na perspectiva de romper com o modelo de assistência estabelecido e cristalizado nos serviços básicos de saúde em relação ao binômio idoso e cuidador informal, em que só o primeiro é valorizado.

Tais proposições já vêm sendo frequentemente discutidas no cenário mundial. No entanto, destaca-se o ineditismo dessa pesquisa no contexto brasileiro, quando tais ações emergiram a partir da formalização da parceria entre membros da academia e da comunidade, por meio da PPBC, que viabilizou a construção de novos conhecimentos e intervenções que foram relevantes para os cuidadores informais de idosos.

Por último, é possível afirmar que a PPBC abre a possibilidade de se produzirem pesquisas em uma nova perspectiva, em que a participação da comunidade é amplamente reconhecida e valorizada. Portanto, espera-se que o uso da presente abordagem metodológica neste estudo possa contribuir para o desenvolvimento de novas investigações científicas, na expectativa de contemplar uma pluralidade de saberes e maximizar a relevância e o impacto dos resultados da pesquisa.

"Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível". (Charles Chaplin)

REFERÊNCIAS

ABRAz – Associação Brasileira de Alzheimer, grupos de apoio ao familiar- cuidador [Internet]. Brasil: update; 2016 nov 09 [cited 2016 nov 11]. Available from: http://www.abraz.org.br/assistencia-abraz/grupos-de-apoio-ao-familiar-cuidador

Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. Ciênc. Saúde Coletiva. 2011;16(5):2603-2611.

Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Influence of social support on the quality of life of family caregivers while caring for people with dependence. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011;45(4):884-889.

Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R, Pedreira LC, Vilela ABA, Santos VC et al. Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents. Ciênc. Saúde Coletiva. 2015 May;20(5):1321-1330.

Araújo I, Paúl C, Martins M. Living older in the family context: dependency in self-care. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011; 45(4):869-875.

Araújo JS, Vidal GM, Brito FN, Gonçalves DCA, Leite DKM, Dutra CDT et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2013;16(1):149-158.

Austrom MG, Bachman J, Altmeyer L, Gao S, Farlow M. A collaborative Alzheimer disease research exchange using a community-based Helpline as a recruitment tool. Alzheimer Dis Assoc Disord. [Internet]. 2010 [cited 2015 nov 13]; 24 Suppl:S49-53. Available from: http://dx.doi.org/10.1097/WAD.0b013e3181f11f8d

Baggio AF, Lampert AL. Planejamento organizacional. Coleção educação a distância. Série livro-texto [Internet]. Ijuí: Unijuí; 2010 [cited 2015 nov 14]. Available from: http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/162/Planejamento%20organizacional.pdf?sequence=1

Banco Mundial, Envelhecendo em um pais mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington, DC: Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento/Banco Mundial; 2011. [cited 2015 nov 13]. Available from: http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf

Banerjee S. Multimorbidity – older adults need health care that can count past one. The Lancet. 2015;385(9968):587-9.

Baptista BO, Beuter M, Girardon-Perlini NMO, Brondani CM, Budó MLD, Santos NO. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Gaúcha Enferm. 2012;33(1):147-56.

Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. Ciênc. Saúde Coletiva. 2014;19(8):3317-3325.

Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

Bastable SB. Alfabetização na população de clients adultos. In: Bastable SB.O enfermeiro como educador. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.251-301

Bauab JP, Emmel MLG. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2014;17(2):339-352.

Bauer JM, Alfonso Sousa-Poza A. Impacts of Informal Caregiving on Caregiver Employment, Health, and Family. Journal of population Ageing. 2015;8(3):113-145.

Beard JR, Bloom DE. Towards A Comprehensive Public Health Response to Population Ageing. The Lancet. 2015;385(9968):658-61.

Becker AB, Israel BA, Gustat J, Reyes AG, ALLEN AJ. Strategies and Techniques for effective group process in CBPR partnerships. In: Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA. Introduction to methods for CBPR for Health. In: Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA. Methods for Community-Based Participatory Research for Health. 2nd Edition. San Francisco: Jossey-Bass; 2013.

Behr A, Moro ELS, Estabel LB. Gestão da biblioteca escolar: metodologias, enfoques e aplicação de ferramentas de gestão e serviços de biblioteca. Ci. Inf. [Internet]. 2008[cited 2015 nov 13];37(2):32-42. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S0100-19652008000200003

Benetti IC, Vieira ML, Crepaldi MA, Schneider DR. Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. Pensando Psicologia. 2013;9(16):89-99.

Berlezi EM, Mafalda A, Oliveira KR, Eickhoff HM, Bueno CS. Programa de Atenção ao Idoso (PAI): o processo do cuidado. Rev. Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano. 2011;8(2):272-284.

Berzins M, Borges MC. Apresentação. In: Berzins M, Borges MC. Políticas Públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari; 2012.

Bezerra FC, Almeida MI, Nóbrega-Therrien SM. Estudos sobre envelhecimento no Brasil: revisão bibliográfica. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2012;15(1):155-167.

Bicalho CS, Lacerda MR, Catafesta F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. Cogitare Enferm. 2008;13(1):118-23.

Blumenthal DS. Is community-based participatory research possible? Am. J. Prev. Med. [Internet]. 2011 [cited 2014 aug 16];40(3):386-9. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2010.11.011

Bocchi SCM, Angelo M. Between freedom and reclusion: social support as a quality-of-life component in the family caregiver-dependent person binomial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(1):15-23.

Bonfim S. Aceleração do envelhecimento da população brasileira e necessidades de cuidados de longa duração para idosos- desafios, potencialidades e oportunidades. In: Centro de Estudos e Debates Estratégicos. Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece. Brasília: câmara dos deputados; 2017.p. 189-201.

Borges MMMC, Telles JL. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2010;13(3):349-360.

Born T. O cuidador familiar da pessoa idosa. In: Born T, organizadora. Cuidar Melhor e Evitar a Violência – Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos; 2008.

Braz E, Ciosak SI. O tornar-se cuidadora na senescência. Esc. Anna Nery. 2009;13(2):372-7.

Bremer P, Cabrera E, Leino-Klipi H, Lethin C, Saks K, Sutcliffe C et al. Informal dementia care: Consequences for caregivers' health and health care use in 8 European countries. Health Policy. 2015; 119 (11):1459-71.

Brinda EM, Rajkumar AP, Enemark U, Attermann J, Jacob KS. Cost and burden of informal caregiving of dependent older people in a rural Indian community. BMC Health Serv Res. 2014;14:207.

Bronfenbrenner U. Ecological Models of Human Development. In: International Encyclopedia of Education. Oxford: Elsevier Sciences; 1994.

Bronfenbrenner U. Environments in developmental perspective: Theorical and operational models. In: Friedmann SL, Wacks TD, Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts. Washington: American Psychological Association; 1999.

Caetano KS, Souza KV, Novaes GJ, Santos OP, Borges CJ. Enfermagem Geriatrica: Sistematização de um Curso Básico para Cuidadores de Idosos. 19º CBCENF – Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem; 2016 out 18-21; Cuiabá- MT: COREN-MT, COFEN; 2016.

Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(3):733-781.

Camarano AA, Kanso S. Perspectivas de Crescimento para a População Brasileira: Velhos e Novos Resultados. Texto para discussão nº 1426 IPEA [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; 2009 [cited 2016 nov 12]; Available from: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1426.pdf

Camarano AA, Mello JL. Introdução. In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010.

Camarano AA. Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: Um Novo Risco Social a Ser Assumido? In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010.

Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Texto para discussão nº 858 IPEA [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; 2002 [cited 2016 nov 12]; Available from: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf

Camarano AA. Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004.

Camargos MCS, Gonzaga MR. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. Cad. Saúde Pública. 2015;31(7):1460-1472.

Carneiro VL, França LHFP. Conflitos no relacionamento entre cuidadores e idosos: o olhar do cuidador. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2011;14(4):647-662.

Carreira L, Rodrigues AP. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. Rev. Bras. Enferm. 2010;63(6):933-999.

Carvalho DP, Toso BRGO, Viera CS, Garanhani ML, Rodrigues RM, Ribeiro LFC. Caregivers and implications for home care. Texto Contexto - Enferm. 2015;24(2):450-458.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2005; 9 (16): 161-77.

Chevalier JM, Buckles DJ. Handbook for Participatory Action Research, Planning and Evaluation. Ottawa: SAS2 Dialogue, 2013 [cited 2015 nov 13]. Available from: http://www.participatoryactionresearch.net/sites/default/files/sites/all/files/manager/Toolkit_En_March7_2013-S.pdf

Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccialli LAD, Oliveira MAC, Ciampone MHT. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. Cogitare Enferm. 2007; 12 (2): 236-40.

Coelho EAC, Fonseca RMGS. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. Rev. Bras. Enferm. 2005;58(2):214-217.

Congresso Nacional. Portaria Lei nº 8.842, de janeiro de 1994 – Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília (Brasil); 1994.

Constituição da República Federativa do Brasil 1998, Presidência da República. Brasília (Brasil): presidência da república, casa civil; 1988.

Cornwall A, Jewkes R. What is Participatory Research? Soc. Sci. Med. 1995;41(12):1667-76.

Corrêa CS, Queiroz BL, Fazito D. Relação entre tamanho e estrutura da rede de apoio e o tempo individual dedicado à atenção ao idoso na cidade de São Paulo, 2000. Rev. Bras. de Estudos de População, 2016;33(1):75-97.

Couto AM, Castro EAB, Caldas CP. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. Rev. Rene. 2016;17(1):76-85.

Creutzberg M, Santos BRL. Famílias cuidadoras de pessoa idosa: relação com instituições sociais e de saúde. Rev. Bras. Enferm. 2003;56(6):624-629.

Cruz DT, Caetano VC, Leite ICG. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. Cad. Saúde Colet. 2010;18(4):500-8.

Custodio N, Lira D, Herrera-Perez E, Prado LND, Parodi J, Guevara-Silva E et al. Informal caregiver burden in middle-income countries Results from Memory Centers in Lima - Peru. Dement. Neuropsychol. 2014;8(4):376-383.

Darling N. Ecological Systems Theory: The Person in the Center of the Circles. Research in Human Development. 2007;4(3-4):203-217.

De Antoni C, Koller SH. Uma família fisicamente violenta: uma visão pela teoria bioecológica do desenvolvimento humano. Temas em Psicologia. 2010;18(1):17-30.

De Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, M.L. Zúñiga-Vargas ML, Martínez-Aguilera P.Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. Enfermería Universitaria. 2015;12(1):19-27.

Debert GG, Oliveira AM. A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil. Rev. Bras. de Ciência Política. 2015;(18):7-41.

Debert GG. Migrações e o Cuidado do idoso. Cadernos Pagu. 2016;(46):129-149.

Del Duca GF, Thumé E, Hallal PC. Prevalence and factors associated with home care among older adults. Rev. Saúde Pública. 2011 45(1):113-20.

Delalibera M, Presa J, Barbosa A, Leal I. Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. Ciênc. Saúde Coletiva. 2015;20(9):2731-2747.

Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Lebrão ML, Duarte YA. Association of chronic pain with the use of health care services by older adults in São Paulo. Rev. Saúde Pública. 2013;47(5):1-8.

Dias S, Gama A. Investigação participativa baseada na comunidade em saúde pública: potencialidades e desafios. Ver. Panam Salud Publica. 2014;35(2):150-4.

Díaz-Álvarez JC, Rojas-Martínez MV. Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo. Aquichan. 2009;9(1):73-92.

Dilworth-Anderson P, Williams SW. Recruitment and Retention Strategies for Longitudinal African American Caregiving Research: The Family Caregiving Project. Journal of Aging and Health. 2004;16(5):137s-156s.

Diogo MJD, Ceolim MF, Cintra FA. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. Rev. Esc. Enferm. USP. 2005;39(1):97-102.

Domínguez Guedea MT, Damacena FA, Montiel Carbajal MM, Ochoa Marcobich P, Álvarez Hernández G, Valdéz Lizárraga L et al. Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. Psicologia & Sociedade. 2009;21(2),242-249.

Donahue KE, Vu MB, Halladay JR, Miller C, Garcia BA, Cummings DM et al. Patient and Practice Perspectives on Strategies for Controlling Blood Pressure, North Carolina, 2010-2012. Prev. Chronic Dis. [Internet]. 2014 [cited 2014 aug 16]; 11:130157. Available from: http://dx.doi.org/10.5888/pcd11.130157

Dong X, Chang ES, Wong E, Wong B, Simon MA. Association of Depressive Symptomatology and Elder Mistreatment in A U.S. Chinese Population: Findings from a Community-Based Participatory Research Study. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma. 2014;23:81-98.

Duarte IV, Fernandes KF, Freitas SC. Cuidados paliativos domiciliares: considerações sobre o papel do cuidador familiar. Rev. SBPH. 2013;16 (2):73-88.

Duran B, Wallerstein N, Avila MM, Belone L, Minkler M, Foley K. Developing and Maintaining Partnerships with Communities. In: Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA. Introduction to methods for CBPR for Health. In: Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA. Methods for Community-Based Participatory Research for Health. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2013.

Eliopoulos C. Enfermagem gerontológica. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Eterovic Díaz C, Mendoza Parra S, Sáez Carrillo K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. Enfermería Global [Internet]. 2015 [cited 2015 nov 13] 14(2):14235-248. Available from: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365841435013

Etkin CD, Farran CJ, Barnes LL, Shah RC. Recruitment and Enrollment of Caregivers for a Lifestyle Physical Activity Clinical Trial. Research in Nursing & Health. 2012;35:70-81.

Fabà J, Villar F, Giuliani MF. Development of a measure to evaluate gains among Spanish dementia caregivers: The gains associated with caregiving (GAC) scale. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2017;68:76-83.

Faridi Z, Grunbaum JA, Gray BS, Franks A, Simoes E. Community-based Participatory Research: Necessary Next Steps. Prev. Chronic Dis. [Internet]. 2007 [cited 2014 aug 16];4(3):A70. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955426/

Fernandes MTO, Soares SM. The development of public policies for elderly care in Brazil. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012;46(6):1494-502.

Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomin KC, Loyola Filho A. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública. 2014;30(3):599-610.

Figueiredo D, Guerra S, Marques A, Sousa L. Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. Rev. Kairós. 2012;15(11,n.esp):31-55.

Floriano LA, Azevedo RCS, Reiners AAO, Sudré MRS. Care performed by family caregivers to dependent elderly, at home, within the context of the family health strategy. Texto contexto - Enferm. 2012;21(3):543-8.

Fornés ADPC. Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes? Iconos Rev. de Ciencias Sociales. 2014;(50):111-127.

Freire P. Pedagogia do oprimido. 17a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1987.

Freudenberg N, Pastor M, Israel B. Strengthening community capacity to participate in making decisions to reduce disproportionate environmental exposures. Am. J. Public Health [Internet]. 2011 [cited 2014 aug 16];101 Suppl 1:S123-30. Available from: http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300265

Fuhrmann AC, Bierhals CCBK, Santos NO, Paskulin LMG. Association between the functional capacity of dependant elderly people and the burden of family caregivers. Rev. Gaúcha Enferm. 2015;36(1):14-20.

Gaioli CCLO, Furegato ARF, Santos JLF. Perfil de Cuidadores de Idosos com Doença de Alzheimer Associado à Resiliência. Texto Contexto Enferm. 2012;21(1):150-7.

Garbin CAS, Sumida DH, Moimaz SAS, Prado RL, Silva MM. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. Ciênc. Saúde Coletiva. 2010;15(6):2941-2948.

Garces SBB, Krug MR, Hansen D, Brunelli AV, Costa FTL, Rosa CB, et al . Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2012; 15(2): 335-352.

Giacomin KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(5):1509-18.

Giacomin KC. Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas públicas. In: Berzins M, Borges MC. Políticas Públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari; 2012.

Gibbs L, Waters E, Silva A, Riggs E, Moore L, Armit C et al. An exploratory trial implementing a community-based child oral health promotion intervention for Australian families from refugee and migrant backgrounds: a protocol paper for Teeth Tales. BMJ Open [Internet]. 2014 [cited 2014 aug 16];4(3):e004260. Available from: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004260

Gil A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002. 176p

Gonçalves LTH, Leite MT, Hildebrandt LM, Bisogno SC, Biasuz S, Falcade BL. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2013;16(2):315-25.

Gratão ACM, Vendrúscolo TRP, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Santos JLF, Rodrigues RAP. Burden and the emotional distress in caregivers of elderly individuals. Texto Contexto - Enferm. 2012;21(2):304-312.

Green LW, George A, Daniel M, Frankish CJ, Herbert CP, Bowie WR, O'Neill M. Study of Participatory Research in Health Promotion: Review and Recommendations for the Development of Participatory Research in Health Promotion in Canada. Ottawa: Royal Society of Canada; 1995.

Groisman D. Formação de Cuidadores de Idosos: avanços e retrocessos na política pública de cuidados no Brasil. In: Morosini MVGC, organizadora. Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV; 2013.

Gust S, Seifer S. The Central Role of Governance in Community-Based Participatory Research. Project MUSE [Internet]. 2011 [cited 2014 aug 16];5(2):105-7. Available from: http://dx.doi.org/10.1353/cpr.2011.0023

Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. Ciênc. Saúde Coletiva. 2010;15 (Suppl 1):1497-1508.

Habermas, J. Knowledge and human interests. 2nd ed. London: Heinemann Educational; 1978. In: Wallerstein NB, Duran B. Using community-based participatory research to address health disparities. Health Promot Pract [Internet]. 2006 [cited 2014 aug 16];7(3):312-23. Available from: http://dx.doi.org/10.1177/1524839906289376.

Hernández NE, Moreno CM, Barragán JA. Necesidades de Cuidado de La Díada Cuidador-Persona: Expectativa de Cambio en Intervenciones de Enfermería. Rev. Cuid. 2014;5(2):748-756.

Herrera-López LM, Alcayaga-Rojas C, Torres-Hidalgo M, Funk Buntemeyer R, Bustamante-Troncoso C, Riquelme-Hernández G et.al. Programa de apoyo al

trabajador- cuidador familiar: fenómeno social emergente. Aquichan; 2014;14(3):430-439.

Hofman CS, Makai P, Boter H, Buurman BM, Craen AJM, Rikkert MGMO et al. Establishing a composite endpoint for measuring the effectiveness of geriatric interventions based on older persons' and informal caregivers' preference weights: a vignette study. BMC Geriatr. 2014;14(51):1-8.

Horowitz CR, Robinson M, Seifer. Community-Based Participatory Research From the Margin to the Mainstream Are Researchers Prepared? Circulation. 2009;119(19):2633-42.

Hunsberger M, McGinnis P, Smith J, Beamer BA, O'Malley J. Elementary school children's recess schedule and dietary intake at lunch: a community-based participatory research partnership pilot study. BMC Public Health [Internet]. 2014 [cited 2014 aug 16];14:156. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-156

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [cited 2016 feb 27]. Sinopse do Censo Demográfico. 2010a. Available from: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [cited 2016 feb 27]. Um Panorama da saúde no Brasil, acesso e Utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. 2010b. Available from: http://www.ppge.ufrgs.br/giacomo/arquivos/eco02072/ibge-2010.pdf

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [cited 2016 marc 15]. Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2060 Unidades da Federação 2000-2030. 2013a. Available from: ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [cited 2016 marc 15]. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2013b. Available from: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [cited 2016 out 12]. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2014. Available from: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [cited 2016 feb 27]. Síntese de Indicadores uma Análise das Condições de Vida. 2015a. Available from: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [cited 2016 feb 20]. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Ciclos de Vida – Brasil e Grandes Regiões. 2015b. Available from: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf

Instituto Brasileiro da Qualidade Nuclear. Sistemas de gestão da qualidade. Rio de Janeiro; 1993.

Israel B, Schulz A, Parker E, Becker A, Allen A, Guzman JR. Critical issues in developing and following CBPR principles. In: Minkler M, Wallerstein N, editors. Community Based Participatory Research for Health: Process to Outcomes. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.

Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA. Introduction to methods for CBPR for Health. In: Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA. Methods for Community-Based Participatory Research for Health. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2013.

Israel BA, Parker EA, Rowe Z, Salvatore A, Minkler M, López J et al. Community-based participatory research: lessons learned from the Centers for Children's Environmental Health and Disease Prevention Research. Environ. Health Perspect. [Internet]. 2005 [cited 2014 aug 16];113(10):1463-71. Available from: http://dx.doi.org/10.1289/ehp.7675

Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. Annu. Rev. Public Health [Internet]. 1998 [cited 2014 aug 16];19:173-202. Available from: http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173

Johnson CRS, Kraemer Diaz AEK, Arcury TA. Participation levels in 25 Community-based participatory research projects. Health Education Research. 2016;31(5):577-586.

Kahn PV, Wishart HA, Randolph JS, Santulli RB. Caregiver Stigma and Burden in Memory Disorders: An Evaluation of the Effects of Caregiver Type and Gender. Current Gerontology and Geriatrics Research. 2016;2016:1-5.

Kalache A. Prefácio. In: Berzins M, Borges MC. Políticas Públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari; 2012.

Kane S, Kok M, Ormel H, Otiso L, Sidat M, Namakhoma I. Limits and opportunities to community health worker empowerment: A multi-country comparative study.Social Science & Medicine. 2016;164(2016):27-34.

Karmaliani R, McFarlane J, Asad N, Madhani F, Hirani S, Shehazad S et al. Applying community-based participatory research methods to improve maternal and child health in Karachi, Pakistan. Nurs.Outlook. [Internet]. 2009 [cited 2010 nov 16]; 57(4): 204-9. Available from: http://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(09)00003-7/pdf

Karsch Ursula M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad. Saúde Pública. 2003;19(3):861-866.

Kellogg Health Scholars. Community track: goals and competencies. Ann Arbor (MI): University of Michigan;[cited 2007 Feb 5]. Available from: http://www.sph.umich.edu/cdtrack/program/index.shtml

Kuchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Sociedade e Estado. 2012; 27 (1): 165-80.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9:179-186.

Lebrã ML. Epidemiologia do envelhecimento. BIS, Bol. Inst. Saúde. 2009;(47):23-26.

Lethin C, Leino-Kilpi H, Roe B, Soto MM, Saks K, Stephan A et al. Formal support for informal caregivers to older persons with dementia through the course of the disease: an exploratory, cross- sectional study. BMC Geriatrics. 2016;16(32):1-15.

Lewin K. Action Research and Minority Problems. Journal of Social Issues [Internet]. 1946 [cited 2014 aug 16];2:34-46. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1946.tb02295.x

Lima AP. O cuidado como elemento de sustentabilidade em situações de crise. Portugal entre o Estado providência e as relações Interpessoais. Cadernos Pagu. 2016;46:79-105.

Lima L, Pires DEP, Forte ECN, Medeiros F. Job satisfaction and dissatisfaction of primary health care professionals. Esc. Anna Nery. 2014;18 (1):17-24.

Lök N, Bademli K. Pilot testing of the “First You Should Get Stronger” program among caregivers of older adults with dementia. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2017;68:84-89.

Lopez-Hartmann M, Wens J, Verhoeven V, Remmen R. The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. Int. J. Integr. Care. 2012;12:1-16.

Loureiro LSN, Fernandes MGM, Nóbrega MML, Rodrigues RAP. Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado. Rev. Bras. Enferm. 2014;67(2):227-232.

Louvison MCP, Rosa TEC. Envelhecimento e Políticas Públicas de Saúde da Pessoa Idosa. In: Berzins M, Borges MC. Políticas Públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari; 2012.

Lu FP, Chang WC, Wu SC. Geriatric conditions, rather than multimorbidity, as predictors of disability and mortality among octogenarians: A population-based cohort study. Geriatr. Gerontol. Int. 2016;16:345-351.

Lucchesi G. Envelhecimento populacional: perspectivas para o SUS. In: Centro de Estudos e Debates Estratégicos. Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece. Brasília: câmara dos deputados; 2017.p. 43-59.

MacQueen KM, McLellan E, Metzger DS, Kegeles S, Strauss RP, Scotti R et al. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. Am. J. Public Health. 2001;91(12):1929-38.

Mafra SCT. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2011;14(2):353-63.

Marques AKMC, Landim FLP, Collares PM, Mesquita, RB. Apoio social na experiência do familiar cuidador. Ciênc. Saúde. Coletiva. 2011;16 (Suppl 1):945-955.

Martins E, Szymanski H. A Abordagem Ecológica de Urie Bronfenbrenner em Estudos com Famílias. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2004;(1):63-77.

Maurana C, Wolff M, Beck BJ, Simpson DE. Working with our communities: moving from service to scholarship in the health professions. San Francisco: Community-Campus Partnerships for Health; 2000.

Mazza MMPR, Lefèvre F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum. 2005;15(1):1-10.

Mendes PBMT. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano [dissertation]. São Paulo: PUC; 1995. 167 p.

Mendez-Luck CA, Trejo L, Miranda J, Jimenez E, Quiter ES, Mangione CM. Recruitment Strategies and Costs Associated With Community-Based Research in a Mexican-Origin Population. The Gerontologist. 2011;51(S1):S94-S105.

Mendonça JMB. O Seguro-Cuidado como uma Alternativa de Atenção às Pessoas Idosas Dependentes. Geriatr. Gerontol. Aging. 2015;9(4):162-6.

Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev. Panam. Salud Publica. 2005;17(5/6):353-61.

Michel T, Lenardt MH, Willig MH, Alvarez AM. From real to ideal - the health (un)care of long-lived elders. Rev. Bras. Enferm. 2015;68(3):398-405.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010.

Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466/2012. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012b.

Ministério da saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009.

Ministério da Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008.

Ministério da Saúde. Lei nº 10.741/2003 – Dispõe sobre o Estatuto do idoso. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2003.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395/199 – Política de Saúde do Idoso. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1999.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528/2006 – Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2014.

Ministério de Estado da Previdência e Assistência Social e da Saúde. Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5.153, de 7 de abril de 1999. Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. Brasília (Brasil); 1999.

Minkler M, Wallerstein N. Community Based Participatory Research for Health: Process to Outcomes. 2nd ed. San Francisco: Jossey Bass; 2008.

Miranda ACC, Sérgio SR, Fonseca GNS, Coelho SMC, Rodrigues JS, Cardoso Clins et al. Avaliação da presença de cuidador familiar de idosos com déficits cognitivo e funcional residentes em Belo Horizonte-MG. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2015;18(1):141-150.

Monteiro EA, Mazin SC, Dantas RAS. The Informal Caregiver Burden Assessment Questionnaire: validation for Brazil. Rev. Bras. Enferm. 2015;68(3):421-428.

Moraes EN. Atenção à Saúde do Idoso: aspectos conceituais. [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2012 [cited 2016 mar 09]. Available from: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf

Moreno-cámara S, Palomino-Moral PA, Moral-Fernández L, Frías-Osuna A, Del-Pino-Casado R. Problemas en el proceso de adaptación a los cambios en personas cuidadoras familiares de mayores con demencia. Gaceta Sanitaria. 2016;30(3):201-7.

Morgan D, Crossley M, Stewart N, Kirk A, Forbes D, D'Arcy C,et al. Evolution of a community-based participatory approach in a rural and remote dementia care research program. Prog Community Health Partnesh. [Internet]. 2014 [cited 2015 nov 13];8(3):337-45. Available from: http://dx.doi.org/10.1353/cpr.2014.0040

Moscovici F. Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano. Rio de Janeiro: José Olympio; 2002.

Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. Cad. Saúde Pública. 2011;27(4):779-786.

Muhammad M, Wallerstein N, Sussman AL, Avila M, Belone L, Duran B. Reflections on Researcher Identity and Power: The Impact of Positionality on Community Based Participatory Research (CBPR) Processes and Outcomes. Critical Sociology. 2015;41(7-8):1045-1063.

Murakami R, Campos CJG. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. Rev. bras. enferm. 2012; 65 (2): 361-367.

Nadimpalli SB, Van Devanter N, Kavathe R, Islam N. Developing and Conducting a Dissertation Study through the Community-Based Participatory Research Approach. Pedagogy Health Promot. 2016;2(2):94-100.

Nakatani AYK, Souto CCS, Paulette LM, Melo TS, Souza MM. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos elo Programa de Saúde da Família. Rev. Eletr. Enf. 2003; 5 (1): p. 15-20.

Nardi, EFR, Oliveira MLF. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2008;29(1),47-53.

Narvaz S, Koller H. O Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano. In: Koller SH, organizadora. Ecologia do Desenvolvimento Humano: pesquisa e intervenção no Brasil. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

Nascimento LC, Moraes ER, Silva JC, Veloso LC, Vale ARMC. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. Rev. Bras. Enferm. 2008;61(4):514-517.

Navaie-Waliser M, Feldman PH, Gould DA, Levine C, Kuerbis AN, Donelan K. When the Caregiver Needs Care: The Plight of Vulnerable Caregivers. American Journal of Public Health. 2002;92(3):409-413.

Neri AL, Vieira LAM. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2013; 16(3): 419-432.

Neri AL. Desafios ao Bem-Estar Físico e Psicológico Enfrentados por Idosos Cuidadores no Contexto da Família: Dados do Fibra Campinas. In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010.

Newman SD, Andrews JO, Magwood GS, Jenkins C, Cox MJ, Williamson DC. Community Advisory Boards in Community-Based Participatory Research: A Synthesis of Best Processes. Prev. Chronic Dis. [Internet]. 2011 [cited 2015 nov 13]; 8(3):1-12. Available from: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/may/pdf/10_0045.pdf

Nunes DP, Duarte YAO, Santos JLF, Lebrão ML. Screening for frailty in older adults using a self-reported instrument. Rev. Saúde Pública. 2015;49(2):1-9.

O'Fallon LR, Dearry A. Community-based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. Environ. Health Perspect [Internet]. 2002 [cited 2014 aug 16]; 110 Suppl 2:155-9. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1241159/

O'Toole TP, Aaron KF, Chin MH, Horowitz C, Tyson F. Community-based participatory research: opportunities, challenges, and the need for a common language. J. Gen. Intern. Med. 2003; 18 (7): 592-4.

Oliveira AMS, Pedreira LC. Being elderly with functional dependence and their family caregivers. Acta Paul. Enferm. 2012;25(spe1):143-149.

Oliveira APP, Caldana RHL. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. Saúde Soc. 2012;21(3):675-685.

Oliveira DC, D'Elboux MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. Rev. Bras. Enferm. 2012;65(5):829-838.

Oliveira DC, Neri AL, D'Elboux MJ. Variáveis relacionadas à expectativa de suporte para o cuidado de idosos residentes na comunidade Rev. Latino-Am. de Enfermagem.2013;21(3):1-8.

Oliveira MC, Boaretto ML, Vieira L, Tavares KO. A percepção do cuidador familiar de idosos dependentes sobre o papel do profissional da saúde em sua atividade. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. 2014;35(2):81-90.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (Brasil): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Global Health and Aging. National Institute on Aging. National Institutes of Health; 2011.

ONU – Organização das Nações Unidas. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid Sobre el Envejecimiento: Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid; 2002.

Pasinato MTM, Kornis GEM. A Inserção dos Cuidados de Longa Duração para Idosos no Âmbito dos Sistemas de Seguridade Social: Experiência Internacional. In: Camarano AA. Cuidados de Longa Duração para População Idosa: um novo risco

social a ser assumido? [internet]. Rio de Janeiro: Ipea; 2010. [cited 2016 mar 09]. Available from: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf

Patrocínio, WP. Autocuidado do cuidador e o cuidado de idosos. Rev. Kairós Geront. 2015;18(19):99-113.

Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2002.

Pedreira LC, Oliveira AMS. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. Rev. Bras. Enferm. 2012;65(5):730-6.

Pietro CV. Cómo Afrontar los Costes del SAAD. Madrid: Fundación Caser para la Dependencia; 2013.

Pimentel LG, Albuquerque CP. Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações. Textos & Contextos. 2010;9(2):251-263.

Pinto LCGL, Róseo FFC. Envelhecer com Saúde: o desafio do cuidar humanizado. Rev. Interfaces da Saúde. 2014; 1: 20-9.

Polaro SHI, Gonçalves LHT, Nassar SM, Lopes MMB, Ferreira VF, Monteiro HK. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. Rev. Bras. Enferm. 2013;66(2):228-33.

Prati LE, Couto MCP, Moura A, Poletto M, Koller SH. Revisando a Inserção Ecológica: Uma Proposta de Sistematização. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2008;21(1):160-169.

Queiroz TA, Carvalho FPB, Simpson CA, Barreto ELF, Fernandes ACL. Família: Significado para os Profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Rev. Bras. Promoção Saúde. 2015;28(2):274-280.

Rafacho M, Oliver FC. A atenção aos cuidadores informais/familiares e a estratégia de Saúde da Família: contribuições de uma revisão bibliográfica. Rev. Ter. Ocup. Univ. 2010;21(1):41-50.

Ravagni LAC. O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades. In: Born T, organizadora. Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos; 2008.

Resende MCF, Dias EC. Cuidadores de idosos: um novo / velho trabalho. Physis. 2008;18(4):785-800.

Richards E, Digger K. Adesão, motivação e comportamentos de saúde do aprendiz. In: Bastable SB.O enfermeiro como educador. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.221-47.

Rocha BMP, Pacheco JEP. Elderly persons in a situation of dependence: informal caregiver stress and coping. Acta Paul. Enferm. 2013;26(1):50-56.

Rocha Júnior PR, Corrente JE, Hattor CH, Oliveira IM, Zancheta D, Gallo CG et al. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. Ciência Saúde Coletiva. 2011;16(7):3131-3137.

Rocha SA, Avila MAG, Bocchi SCM. The influence of informal caregivers on the rehabilitation of the elderly in the postoperative period of proximal femoral fracture.

Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 17];37(1):e51069. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.51069

Rodrigues RAP, Kusumota L, Marques S, Fabrício SCC, Rosset-Cruz I, Lange C. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. Texto Contexto - Enferm. 2007;16(3):536-545.

Rodrigues RAP, Scudeller PG, Pedrazzi EC, Schiavetto FV, Lange C. Morbidity and interference in seniors' functional ability. Acta Paul. Enferm. 2008;21(4):643-648.

Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. The educational work of nurses in the Family Health Strategy: difficulties and perspectives on change. Rev. esc. enferm. USP. 2012; 46 (3): 641-649.

Rogero-García J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: una valoración compleja y necessaria. Index Enfermaria. 2010;19(1):47-50.

Sadler LS, Larson J, Bouregy S, Lapaglia D, Bridger L, McCaslin C et al. Community-university partnerships in community-based research. Prog Community Health Partnersh [Internet]. 2012 [cited 2014 aug 16];6(4):463-9. Available from: http://dx.doi.org/10.1353/cpr.2012.0053

Salgueiro H, Lopes M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. Rev. Gaúcha Enferm. 2010;(1):26-32.

Sanches M. Políticas de Atenção às Pessoas Idosas na Espanha: a Lei de Dependência. In: Berzins M, Borges MC. Políticas Públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari; 2012.

Santos AA, Pavarini SCI. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Rev Gaúcha Enferm. 2010; 31(1):115-22.

Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente comunitário saúde da família: perfil adequado a realidade do programa saúde da família? Ciência e Saúde Coletiva. 2011; 16 (supl.1): 1023-1028.

Seifer SD, Michaels M, Collins S. Applying Community-Based Participatory Research Principles and Approaches in Clinical Trials: Forging a New Model for Cancer Clinical Research. Prog. Community Health Partners: research education and action. 2010;4(1):37-46.

Seima MD, Lenardt MH, Caldas CP. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. Rev. Bras. Enferm. 2014;67(2):233-40.

Serbim AK, Gonçalves AVF, Paskulin LMG. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. Rev. Gaúcha Enferm. 2013;34(1):55-63.

Silva KM, Vicente FR, Santos SMA. Consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2014;17(3):681-687.

Silva MG, Barros BP. Percepção de estresse de servidores na atenção básica de saúde de Dourados- MS. Saúde em redes. 2015; 1 (4): 35-52.

Singh Z. Aging: the triumph of humanity-are we prepared to face the challenge? Indian J Public Health. 2012;56(3):189-95.

Solé-Auró A, Crimmins EM. Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. Ageing Soc. 2014;34(3):495-517.

Souza A, Pelegrini TS, Ribeiro JHM, Pereira DS, Mendes MA. Concept of family insufficiency in the aged: critical literature analysis. Rev. Bras. Enferm. 2015b;68(6): 864-73.

Souza LR, Hanus JS, Dela Libera LB, Silva VM, Mangilli EM, Simões PW et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. Cad. Saúde Colet. 2015a;23(2):140-149.

Stacciarini J, Shattell M, Coady Madden M, Wiens B. Review: Community-based participatory research approach to address mental health in minority populations. Community Mental Health Journal. 2011b;47(5):489-97.

Stacciarini JM, Wiens B, Coady M, Schwait AB, Pérez A, Locke B et al. CBPR: building partnerships with latinos in a rural area for a wellness approach to mental health. Issues Ment Health Nurs. 2011a;32(8):486-92.

Suchck LM, De Antoni C. Resiliência e Vulnerabilidade no Cuidado com o Idoso Dependente: Um Estudo de Caso. Temas em Psicologia. 2014;22(4):941-951.

Teixeira MLO, Ferreira MA. Cuidado compartilhado: uma perspectiva de cuidar do idoso fundamentada na educação em saúde. Texto Contexto - Enferm. 2009;18(4):750-758.

Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18a ed. São Paulo: Cortez; 2008.

Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um super-herói. Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2002; 6 (10): 75-94.

Tomomitsu MRSV, Perracini MR, Neri AL. Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2013;16(4):663-680.

Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educ. Pesqui. [Internet]. 2005 [cited 2014 aug 16];31(3):443-66. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022005000300009

TUDGE J. A teoria de Urie Bronfenbrenner: uma teoria contextualista? In: Moreira L, Carvalho AMA. Família e Educação: olhares da psicologia. São Paulo: Paulinas; 2008.

UNATI – Universidade Aberta da Terceira Idade, curso de extensão em orientação e informação para acompanhantes e familiares de idosos. [Internet]. Rio de Janeiro: Update; 2016 dez 12 [cited 2016 nov 11]. Available from: http://www.unatiuerj.com.br/cursosMedio.htm

Vaingankar JA, Chong SA, Abdin E, Picco L, Jeyagurunathan A, Zhang Y et al. Care participation and burden among informal caregivers of older adults with care needs and associations with dementia. International Psychogeriatrics. 2016;28(2):221-31.

Vale L. Prefácio. In: Centro de Estudos e Debates Estratégicos. Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece. Brasília: câmara dos deputados; 2017.p. 13-15.

Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública. 2009;43(3):548-54.

Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. Ciênc. Saúde Coletiva. 2012; 17(1):231-38.

Vieira CPB, Fialho AVM, Freitas CHA, Jorge MSB. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. Rev. Bras. Enferm. 2011; 64(3): 570-9.

Vieira L, Nobre JRS, Bastos CCBC, Tavares KO. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2012;15(2):255-264.

Viswanathan M, Ammerman A, Eng E, Garlehner G, Lohr KN, Griffith D et al. Community-based participatory research: assessing the evidence. Evid Rep Technol Assess (Summ). [Internet]. 2004 [cited 2014 aug 16];(99):1-8. Available from: http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/cbpr/cbpr.pdf

Wachholz PA, Santos RCC, Wolf LSP. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2013;16(3):513-526.

Waldow VR, Meyer DS, Lopes MJM. Maneiras de cuidar/Maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Wallerstein N, Duran B. Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. Am. J. Public Health. 2010;100 Suppl 1:S40-6.

Wallerstein NB, Duran B. Using community-based participatory research to address health disparities. Health Promot. Pract. [Internet]. 2006 [cited 2014 aug 16];7(3):312-23. Available from: http://dx.doi.org/10.1177/1524839906289376

Wegner W, Pedro ENR. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizados. Rev. Gaúcha Enferm. 2010; 31(2): 335-42.

Willliams A, Sethi B, Duggleby W, Ploeg J, Markle-Reid M, Ghosh S. A Canadian qualitative study exploring the diversity of the experience of family caregivers of older adults with multiple chronic conditions using a social location perspective. International Journal for Equity in Health. 2016;15(40):1-16.

Windsor LC. Using Concept Mapping in Community-Based Participatory Research: A Mixed Methods Approach. J Mix Methods Res [Internet]. 2013 [cited 2014 aug 16]; 7: 274-293. Available from: http://dx.doi.org/10.1177/1558689813479175

Yunes MAM, Juliano MC. A Bioecologia do Desenvolvimento Humano e suas Interfaces com Educação Ambiental. Cadernos de Educação. 2010;(37):347-379.

"Cuidador: heróis anônimos do cotidiano".
(MENDES, 2001)

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), de uma pesquisa intitulada como: **Construindo caminhos para superar as necessidades enfrentadas no cotidiano de cuidadores informais de idosos dependentes na perspectiva da community based participatory research.** Meu nome é Cristiane José Borges, sou enfermeira, doutoranda pelo programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Goiás, sob orientação da profa. Dra. Denize Bouttelet Munari.

Após leitura atenciosa deste documento e de receber os esclarecimentos necessários referentes a presente pesquisa, e caso aceite fazer parte do estudo, peço a gentileza de assinar ao final deste documento, que está em duas vias. Uma das vias é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Caso não queira participar, o (a) senhor (a) não sofrerá nenhum tipo de penalização.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato comigo, Cristiane José Borges, pesquisadora responsável por meio de contato telefônico. As ligações poderão ser a cobra para os seguintes números de telefone: (64) 9264-08-60 ou (62) 92982267. Em casos de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3521-1075 ou 3521-1076.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A PESQUISA

Título: Construindo caminhos para superar as necessidades enfrentadas no cotidiano de cuidadores informais de idosos dependentes na perspectiva da community based participatory research.

Tendo em vista que existem muitas lacunas no atendimento à saúde integral do cuidador informal de idosos é que propomos esta pesquisa. A mesma visa a participação efetiva da comunidade para a construção de um modelo de atenção ao cuidador informal, almejando que este mude significativamente a questão do atendimento à saúde desta população o que consequentemente contribui para a promoção da saúde do binômio idoso e seu cuidador informal. **Objetivos**: Descrever

a construção e implementação de estratégias de atenção à saúde cuidadores informais de idosos dependentes.

A coleta de dados iniciará a partir do mês de outubro 2014 até novembro de 2015. Caso senhor (a) aceite participar, deverá participar das reuniões previstas em cada etapa do estudo. Todas as reuniões serão previamente acordadas com todos os participantes. As reuniões serão gravadas e fotografadas, somente com a autorização do (a) senhor (a). O senhor (a) não terá seu nome divulgado, todas as informações serão confidenciais e usadas apenas para estudos. Sua participação é voluntária, senhor (a) tem liberdade para deixar de participar e pode retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. A pesquisa oferecerá riscos mínimos à integridade moral/física. Não haverá gratificação financeira e nem indenização pela sua participação. O (a) Senhor (a) não precisará pagar nada, todas as despesas com a pesquisa serão pagas pela pesquisadora.

O (a) senhor (a) terá acesso as suas informações gravadas depois da entrevista. Os resultados desse estudo poderão contribuir significativamente para a melhora da assistência do binômio idoso e cuidador informal.

_____

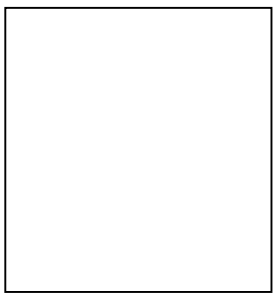
Assinatura da pesquisadora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, _____, com nº RG/ CPF/ _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "**Construindo caminhos para superar as necessidades enfrentadas no cotidiano de cuidadores informais de idosos dependentes na perspectiva da community based participatory research",** como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) _____sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios pela minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Jataí: ___/___/_____

_____

Assinatura do participante



Impressão digital do participante

Apêndice B – Termo de Autorização de Uso de Imagem

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu_____,CPF__ _____, RG_____, venho por meio deste informar que após conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem para o desenvolvimento da pesquisa, **AUTORIZO,** através do presente termo, as pesquisadoras: **Cristiane José Borges, Denize Boutellet Munari e Jeanne Marie R. Stacciarini** do projeto de pesquisa intitulado **"Construindo Caminhos para Superar as Necessidades Enfrentadas no Cotidiano de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes na Perspectiva da Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade"** a realizarem as fotos que se façam necessárias sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, *slides*, *banner*, entre outros), em favor das pesquisadoras e pesquisa, acima especificadas, obedecendo ao que está previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Jataí: ___/___/_____

_____ _____

Assinatura da pesquisadora Assinatura do participante

Impressão digital do participante

Apêndice C – Instrumento Semiestruturado de Coleta de Dados dos Parceiros Comunitários

INSTRUMENTO SEMIESTRUTURADO DE COLETA DE DADOS – PARCEIROS COMUNITÁRIOS

1ª PARTE – Identificação dos parceiros do Comitê de Assessoria Comunitária
1. Identificação (iniciais):_____
2.Endereço e contato telefônico:_____
3. Sexo: ( ) Feminino () Masculino
4.Faixa etária: ( ) 18-24 anos ( ) 40-44 anos ( ) 25-29 anos ( ) 50-54 anos ( ) 30-34 anos ( ) 55-60 anos ( ) 35-39 anos ( ) 61-65 anos ( ) 45-49 anos ( ) 66-70 anos ( ) mais de 70 anos
5. Naturalidade:_____ 6. Nacionalidade:_____
7. Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo ( ) Ensino superior com pós-graduação
8. Estado Civil: () Casado(a) () Solteiro(a) () Separado(a) () Viúvo(a)

9. Religião: () Católico () Protestante () Espiritismo ( ) não possui religião () outra. 8.1 Se sim, Qual? _____
10. Qual tipo de participante da comunidade senhor (a) representa? ( ) Conselho Municipal do Idoso ( ) Programa Municipal do Idoso ( ) Academia científica ( ) idoso ( ) Coordenador(a) de instituições de atenção ao idoso ( ) Profissionais de saúde ( ) cuidador informal de idoso ( ) Cuidador formal de idoso ( ) Outro. 10.1 Se sim, Qual? ----------
2ª PARTE – Questão norteadora
11. Fale sobre o seu interesse em participar do Comitê de Assessoria Comunitária (CAC)?

Obrigada pela atenção!

Apêndice D – Instrumento Estruturado de Coleta de Dados dos Profissionais de Saúde

ATIVIDADE ESTRATÉGICA: "CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS: SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA

Data: ----------/----------/----------

Unidade de saúde: ----------

Seq	Nome	Cargo	Já participou de capacitação sobre cuidadores informais de idosos Sim Não

Apêndice E - Instrumento Estruturado de Coleta de Dados dos Profissionais de Saúde

I ENCONTRO MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA E AO CUIDADOR INFORMAL

15/05/2015

Seq.	Nome	Profissão	Unidade de Saúde

"E de repente sua vida começa a ganhar um novo sentido, e mesmo os mais difíceis desafios tornam-se animadores, e você começa a sentir que pode ser feliz de novo". (Augusto Branco)

ANEXOS

Anexo A – Termo de Anuência para realização de pesquisa científica

PREFEITURA MUNICIPAL DE JATAI

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA CIENTÍFICA

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás

Declaro junto ao grupo de pesquisadores inseridos no projeto de pesquisa intitulado **"Construindo Caminhos Para Superar as Necessidades Enfrentadas no Cotidiano de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes na Perspectiva da Community Based Participatory Research"** e ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás – Regional Jataí que estamos de acordo com o desenvolvimento dos procedimentos metodológicos propostos no projeto em questão, cujo ações respeita os aspectos éticos-legais da Lei 466/12.

Portanto, esta devidamente autorizado que o mesmo seja realizado na Unidade Saúde da Família James Phillip Minelli, popularmente conhecida como Unidade de Saúde da Avenida Goiás.

Sem mais para o momento, nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Jataí, 07 de julho de 2014.

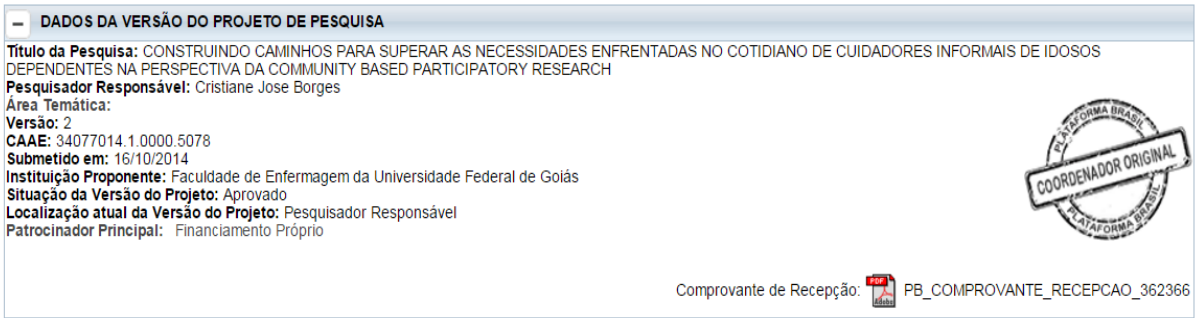
Atenciosamente,

Amilton Fernandes Prado
Secretário Municipal da Saúde
Gestor do Fdo. Mul. de Saúde

Amilton Fernandes Prado

Secretario Municipal de Saúde de Jataí

Anexo B – Protocolo de aprovação do projeto na Plataforma Brasil/ Comitê de Ética em Pesquisa



DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUINDO CAMINHOS PARA SUPERAR AS NECESSIDADES ENFRENTADAS NO COTIDIANO DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES NA PERSPECTIVA DA COMMUNITY BASED PARTICIPATORY RESEARCH
Pesquisador Responsável: Cristiane Jose Borges
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 34077014.1.0000.5078
Submetido em: 16/10/2014
Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_362366