
ARTIGO ORIGINAIS

Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar

Wanusa Grasiela Amante de Souza¹, Wladja Nara Sousa Pacheco¹, Josiane de Jesus Martins², Daniela Couto Carvalho Barra³, Eliane Regina Pereira do Nascimento⁴

Resumo

Objetivo: Trata-se de estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa que teve como objetivo identificar as necessidades de educação em saúde para cuidadores leigos de idosos a nível domiciliar.

Métodos: A prática assistencial foi realizada na área quarenta (40) da equipe do Programa Saúde da Família (PSF) do Município de São José, Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu no período de 19 de setembro a 17 de outubro de 2005, através de visita domiciliar e a observação direta. Foram escolhidos seis cuidadores e seis idosos.

Resultados: O envelhecimento populacional mundial vem progredindo, por diversos fatores, na sociedade nos últimos anos. Mesmo com a magnitude deste evento, os órgãos públicos e privados estão deixando de investir em políticas que dinamizam e otimizam este seguimento da sociedade, a qual ainda necessita de investimentos em pesquisas. É essencial ao profissional enfermeiro(a) estar intimamente ligado aos recursos educativos, uma vez que o processo de cuidar está atrelado à educação.

Cuidar no domicílio é uma tarefa com alguns desafios podendo trazer algumas barreiras para a enfermagem.

Conclusões: A educação em saúde é fundamental e contribui para a realização do cuidado com qualidade. Fazendo com que o idoso e o cuidador tenham maior aceitabilidade às formas de cuidar e da terapia proposta.

Descritores: 1. Cuidador;
2. Idoso;
3. Domicílio;
4. Educação em saúde.

Abstract

Background and objective: This research has an objective and explorer purpose with qualitative approach and has as goal to identify the necessities of education in health of domiciliary aged lay caregivers.

Methods: The assistance has been made at area forty (40) of the Program Family Health team (PSF) from the City of São Jose, Santa Catarina. The collection of data occurred from September 19 to October 17, 2005, through domiciliary visit and the direct comment. Have been chosen six caregivers and six elderly sixty years old.

Results: The population aging comes progressing, due to diverse succeeded factors in society in the last years. Alterations are occurring in the social, health and economic areas with aged population widening. Even with the magnitude of this world-wide event which is the population aging, the public and private agencies are stopping investing in politics that dynamics and optimize

¹Aluna do 9º semestre curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISUL / Pedra Branca.

²Enfermeira do HU/UFSC, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISUL; Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem PEN – UFSC; Orientadora da Pesquisa.

³Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva Adulta (IEC/PUC-MG); Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSC; Membro do Grupo de Pesquisa GIATE/PEN/UFSC. Colaboradora da pesquisa

⁴Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC; Coordenadora da Disciplina Enfermagem nas Intercorrências Cirúrgicas e de Urgência (UTI e Emergência); Membro do Grupo de Pesquisa GIATE/PEN/UFSC. Colaboradora da Pesquisa Trabalho original atribuído a UNISUL e ao Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC).

this section of the society, which still needs investments in research. It is essential that the nurse when working must be closely connected to the educative resources, once the process of taking care is connected to the education. To take care of in the domicile is a task with some challenges and may bring some barriers for the nursing.

Conclusions: The education in health is primordial and contributes for the accomplishment of the care with quality. Making that the aged one and the caregiver have a bigger acceptability to the forms of taking care and to the therapy proposed.

Keywords: 1. *Caregivers;*
2. *Elderly;*
3. *Domiciliary;*
4. *Education in health.*

Introdução

O envelhecimento progressivo da população constitui um problema com implicações médicas, econômicas, sociais e políticas. No processo de envelhecimento, o idoso sofre modificações biológicas, fisiológicas, cognitivas, patológicas e socioeconômicas necessitando, portanto, de atenção especial. Torna-se essencial que os profissionais de saúde tomem consciência dos fatores determinantes desse processo, compreendendo sua complexidade e magnitude, atuando em prol da promoção da saúde desse idoso.

Os custos orçamentários atuais com atendimento à saúde da pessoa idosa e, principalmente, as projeções dos mesmos para o primeiro quarto do século XXI demonstram que serão necessários muitos investimentos de recursos materiais e humanos para atender a demanda crescente da população idosa¹.

No Brasil, a média de anos de vida da população está crescendo. Passou de 66 anos em 1991 para 68,6 anos em 2000, representando um ganho de 2,6 anos no mesmo período. Com relação ao sexo, a diferença entre a média de vida das mulheres e a dos homens também aumentou. Em 1991, as mulheres possuíam uma média de vida ao nascer de 7,2 anos superior à dos homens e, atualmente, essa diferença é de 7,8 anos².

Conhecer o idoso, seus problemas de saúde e sua situação sócio-econômica, bem como as condutas indicadas por especialistas, exige competências intelectuais e integrativas do enfermeiro, principalmente do profissional que atua na área da Gerontologia. Esse

conhecimento é fundamental para apreciar possibilidades e dificuldades na tomada de decisões em conjunto com idosos, familiares e profissionais estabelecendo assim uma relação de confiança³.

Torna-se fundamental que a Enfermagem não esteja focada somente na assistência ao idoso portador de doenças, mas que atue também na promoção, manutenção e recuperação da saúde desse ser humano. Respeitar a independência do ser, tendo a participação do sujeito no processo de cuidado como meta de uma assistência qualificada e cuidando do idoso sem o invadir ou o possuir, são características essenciais do trabalho de Enfermagem. Os conhecimentos que fornecem subsídios para uma prática de cuidado integral incluem o entendimento das necessidades humanas, adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida, de dimensão biológica, psicológica, social, cultural e espiritual.

Cotidianamente, ao realizarem as visitas domiciliares, os profissionais de Enfermagem que atuam em Programas de Saúde da Família (PSF), deparam, frequentemente, com familiares cuidadores de idosos. O que se observa nesses cenários é uma carência de suporte e uma falta de estrutura mais eficaz, que proporcione a esses cuidadores leigos uma maior capacidade de prestar um cuidado efetivo ao idoso.

Pesquisas na área da Enfermagem Gerontológica mostram que há uma carência de capacitação e suporte para os profissionais e, principalmente, para os cuidadores leigos⁴⁻⁶. Portanto, a necessidade de realização de pesquisas nessa área é fundamental. Tais pesquisas deveriam visar o desenvolvimento, a implementação e a avaliação da eficiência dos programas de educação, em virtude do crescente fenômeno do envelhecimento humano, bem como das complicações advindas desse processo biológico.

Reconhecendo a necessidade dos programas de educação em saúde para cuidadores leigos no cuidado ao ser idoso dependente e buscando fornecer um suporte teórico e prático para proporcionar uma qualidade na assistência, este estudo teve como objetivo identificar as necessidades de educação em saúde de cuidadores leigos de idosos a nível domiciliar.

Métodos

Trata-se de estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa.

Local do estudo: O estudo foi realizado em um Centro de Saúde localizado no município de São José – Santa Catarina e nos domicílios dos idosos. Conforme

mapeamento do Programa de Saúde da Família (PSF) do referido município, o Centro de Saúde é denominado de área 40, abrangendo um total de 06 micro-áreas. Este Centro de Saúde possui 01 equipe do PSF, composta por 01 médico(a), 01 enfermeiro(a), 02 auxiliares de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde.

População estudada e amostragem: Foram realizadas visitas domiciliares a onze idosos e seus respectivos cuidadores. Os idosos que receberam a visita das enfermeiras possuíam algum grau de dependência, seja dependência parcial ou total. A dependência parcial se dá quando a Enfermagem situa-se em termos de ajuda, orientação seqüencial e inter-relacionada deste cuidado. Já a dependência total compreende tudo aquilo que a Enfermagem faz pelo ser humano quando ele não pode fazer por si só⁷.

Dos onze sujeitos visitados, seis idosos e seus cuidadores leigos foram selecionados. Participaram deste estudo seis indivíduos idosos que possuíam idade igual ou acima de 60 anos, de ambos os sexos, que apresentavam algum tipo de dependência física, e mantinham sua capacidade cognitiva preservada, para contribuírem com o desenvolvimento da pesquisa, bem como seus seis cuidadores leigos familiares com idades variadas, de ambos os sexos, que residiam na área 40 de abrangência do PSF.

Crítérios de seleção: Todos os seis sujeitos idosos e seus cuidadores leigos que participaram da pesquisa foram indicados pelo médico e pela enfermeira, membros da equipe da área 40 do PSF, que já trabalhavam com essa clientela.

Os critérios de seleção adotados foram: os cuidadores não poderiam ter alguma especialização na área da saúde e que cuidassem do idoso no próprio domicílio. Estes sujeitos seriam os cuidadores principais, responsáveis por idosos com idade igual ou superior a 60 anos, com quadro de dependência resultante de patologias ou associadas ao processo fisiológico do envelhecimento e com capacidade cognitiva preservada.

Coleta dos dados: A coleta de dados realizou-se após a aprovação do projeto pela Comissão de Ética em Pesquisa – CEP UNISUL – da Universidade do Sul de Santa Catarina. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) após serem informados sobre os objetivos da pesquisa.

Os dados foram coletados no período de 19 de setembro a 17 de outubro de 2005. Cada idoso e seu respectivo cuidador receberam um total de quatro visitas. Todas as visitas domiciliares foram realizadas com

agendamento prévio do dia e horário. A primeira visita domiciliar teve como objetivo explicar o projeto, esclarecer como os sujeitos participariam da pesquisa e adquirir um conhecimento prévio da atual situação vivenciada pelo idoso e seu cuidador. As três visitas subseqüentes foram para a realização da coleta dos dados.

Os instrumentos de pesquisa utilizados foram a entrevista estruturada e a observação direta dos participantes envolvidos. A entrevista com perguntas previamente formuladas foi realizada com o cuidador leigo domiciliar (anexo1). A observação dos participantes, através da participação direta e indireta das pesquisadoras, foi constante e presente em diversas situações vivenciadas, principalmente, durante as visitas domiciliares. Analisando estes indivíduos durante a observação em relação aos aspectos sociais e particulares bem como os conflitos, atitudes, comportamentos e suas carências, obteve-se a percepção de fatos que nas entrevistas não demonstraram ou relataram durante aplicação do roteiro. Este evento de observação proporcionou outros dados, conforme apresentados a seguir.

O tempo médio de cada entrevista no domicílio do idoso foi de uma hora e meia, totalizando uma média de cinco horas e meia a seis horas de contato com os sujeitos da pesquisa.

Resultados

Dados sócio-demográficos

Dos seis indivíduos idosos participantes deste estudo, dois (33%) tinham a idade entre 70 a 74 anos, dois (33%) com idade entre 80 a 84 e dois (33%) com idade entre 85 a 89 anos. Estes dados caracterizam uma amostragem de indivíduos longevos que, acredita-se, favoreceu a obtenção de uma amostra de idosos portadores de alguma dependência. Tais dados confirmam o crescimento da população idosa no Brasil⁸.

Em relação ao sexo, cinco (83%) eram do sexo feminino e um (17%) do sexo masculino. Dados mundiais mostram que a proporção de mulheres é maior que a de homens e que há mais mulheres sozinhas que homens, pois estes se expõem mais aos fatores de risco no trabalho, poluição ambiental, com maior prevalência de tabagismo e uso de álcool, entre outros⁹.

Quanto à escolaridade, quatro idosos (67%) possuíam primeiro grau incompleto e dois (33%) eram analfabetos. O baixo nível de escolaridade pode apresentar-se como barreira no processo da Educação em Saúde. Esta

prática de saúde abrange uma combinação de oportunidades que favorecem a promoção e manutenção da saúde, influenciando assim a condição de vida dos sujeitos.

Os agravos no processo de saúde/doença que os idosos apresentavam segundo dados coletados através de entrevista e do prontuário do cliente foram: três (50%) com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), um (17%) com Câncer de Próstata, um (17%) com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e HAS e um (17%) com asma, osteoporose e seqüelas de paralisia infantil, sendo na sua maioria doenças crônicas degenerativas.

O organismo mostra-se mais suscetível ao desenvolvimento de patologias no processo natural do envelhecimento, sejam estas agudas ou crônicas. O envelhecimento se constitui de processos normais, mas que atingem todos os sistemas do organismo. O envelhecimento humano se mostra por diversas causas e, alguns fatores de risco aceleram esse processo, tais como patologias, contexto social, cultura, hábitos alimentares, entre outros.

Existem patologias mais comuns no grupo geriátrico devido a fatores negativos decorrentes no ciclo vital. As principais patologias descritas como características de faixa etária são: HAS e, em consequência o Acidente Vascular Cerebral (AVC), Doença de Alzheimer, Demência, Pneumonia, Doenças Cardiovasculares (doenças coronarianas e IAM), Diabetes Mellitus e Osteoporose¹⁰⁻¹². Portanto, a peculiaridade das patologias geriátricas, apóia-se na deterioração dos aspectos funcional, mental e social do idoso.

Os idosos que possuíam algum grau de dependência foram classificados conforme os conceitos de Horta⁷, sendo cinco (83%) pertencentes ao Grau I e um (17%) Grau II. Essa classificação foi utilizada com o objetivo de simplificar e operacionalizar a determinação de dependência.

No entanto, comparar uma graduação de dependência não é uma condição que atinja a todos uniformemente, ocorrendo domínios funcionais diferente a cada idoso, sendo que a incapacidade para ir às compras, cuidar das finanças, andar pela cidade ou um comprometimento mais grave com a locomoção, com a visão ou audição não significam necessariamente disfuncionalidade em todos os domínios¹³.

Os dados coletados sobre o tempo (em anos) que o idoso demandava de cuidados revelaram que um sujeito (17%) era dependente do cuidador há 20 anos e cinco

(67%) nos últimos 5 anos. Em relação ao período de tempo necessário para a realização dos cuidados, cinco (83%) necessitavam de cuidados integrais durante as 24 horas e um (17%) era cuidado somente nas 12 horas diurnas.

Os dados obtidos com relação à idade dos indivíduos cuidadores leigos mostraram-se dispersos, sendo verificado um (17%) com idade entre 20 a 24 anos, um (17%) com idade entre 35 a 39 anos, dois (33%) com idade entre 45 a 49 anos, um (17%) com idade entre 50 a 54 anos e um (17%) com idade entre 60 a 65 anos.

Os cuidadores principais eram todos do sexo feminino (100%), sendo quatro (67%) filhas e duas (33%) parentes. Os dados encontrados sobre o sexo dos principais cuidadores de idosos coincidem com a literatura. Estes dados revelaram que a tarefa de cuidar segue normas culturais que espera do homem o sustento e a sobrevivência da família e a autoridade moral, e da mulher espera-se a organização da vida familiar, o cuidado com os filhos, com o idoso e tudo que se relaciona a casa⁹.

Com relação ao grau de instrução dos cuidadores leigos, quatro (67%) tinham o ensino fundamental incompleto, um (17%) possuía o ensino fundamental completo e um (17%) possuía o ensino médio incompleto. Atribui-se à instrução escolar uma via de transformação necessária ao processo de educação em saúde, no qual o diálogo, a indagação e a reflexão devem estar presentes na prática voltada às necessidades e às características dessa população idosa.

Referente a renda mensal, três (50%) cuidadores leigos possuíam alguma remuneração, enquanto três (50%) cuidadores não possuíam renda mensal. No contexto familiar, geralmente, uma única pessoa é considerada “cuidadora principal”, sendo responsabilizada pelas tarefas de cuidado, sem ajuda de outros membros da família e/ou de profissionais. Esse trabalho é, normalmente, voluntário e não remunerado⁹.

Percepção do cuidador leigo sobre o cuidado domiciliar

Estes resultados levaram em consideração o que o cuidador leigo familiar fazia frente aos eventos associados às tarefas de cuidar e do papel de cuidar, objetivando encontrar subsídios para responder a questão de pesquisa: “*Como ocorre a educação em saúde de cuidadores leigos de idosos no contexto domiciliar?*”.

As cuidadoras leigas foram questionadas sobre: “o que significa cuidar de seu familiar dependente?”. As

respostas obtidas demonstraram a presença de uma relação prazerosa e de amor. Elas reconheciam este período como uma forma de retribuir os bens recebidos destes no decorrer da vida. As falas comprovaram esse sentimento de retribuição:

“É um prazer, enquanto eu puder e tiver forças, cuidarei dela”. (Cuidadora Orquídea)

“Eu gosto ‘né’, é meu pai. Ele sempre foi muito bom, ele merece esse cuidado”. (Cuidadora Hortência)

Sobre “como era a relação cuidador – idoso”, as respostas identificaram a presença de um relacionamento bom e aberto entre os mesmos.

“É normal, falamos de tudo, às vezes ela implica um pouco, mas é muito bom”. (Cuidadora Margarida)

Este estudo constatou que as seis cuidadoras leigas possuíam uma relação estável, facilitando as atitudes de solidariedade, gratidão e responsabilidade, não gerando conflito de papéis entre cuidadora e idoso^{13;17}. No entanto, sabe-se que, uma parcela da população idosa, não recebe o mesmo tipo de cuidado realizado pelas cuidadoras deste estudo. São freqüentes as notícias e as denúncias de maus-tratos, números cada vez mais crescentes dentro do próprio domicílio do idoso^{4; 14; 16-18}.

Ao serem indagadas: “como você se sente sendo responsável pelo cuidar?”, os sentimentos apresentados foram prazer, apreensão e sobrecarga. Esses sentimentos confirmaram a presença de uma relação de afetividade, porém, demonstraram uma percepção de responsabilidade demasiada.

Quando questionadas sobre “quais as dificuldades presentes na tarefa do cuidar?”, as principais respostas obtidas estavam relacionadas com realização da higiene, tanto oral quanto corporal (principalmente o banho) e a falta de material (fralda). Percebeu-se, que há uma deficiência na educação em saúde assim como na aquisição de material para prestar o cuidado, deixando claro que a população não está tendo acesso a seus direitos.

Sobre o questionamento: “o que mais o preocupa no cuidado?” A agudização das doenças crônicas foi a resposta mais presente, conforme apresentado nas falas a seguir:

“Tenho medo que a pressão fique muito alta”. (Cuidadora Cravo)

“Fico preocupada com quedas e crises de asma”. (Cuidadora Orquídea).

Esta preocupação é atribuída à insegurança e à falta de conhecimentos básicos de saúde, por parte dos

cuidadores. Sendo assim, estas características se correlacionam com a falta de suporte e de educação em saúde para os cuidadores frente a tais situações.

As cuidadoras leigas foram indagadas sobre o seguinte aspecto: “quando surgem dúvidas e/ou dificuldades, com quem você esclarece?”. Os dados obtidos revelaram que estas cuidadoras buscam o auxílio da família e dos profissionais enfermeiros e médicos. Cabe ressaltar que, para estas cuidadoras, bem como para grande parte da população, não há uma distinção entre as classes da Enfermagem, sendo todos vistos como enfermeiros. As falas a seguir demonstraram a busca pelo esclarecimento de dúvidas:

“Minha irmã cuida dessa parte de médicos, mas eu sempre vou junto. Quero saber de tudo que está acontecendo com minha mãe”. (Cuidadora Hortência).

“O médico do PSF e as enfermeiras do postinho de saúde às vezes me ajuda”. (Cuidadora Azaléia).

Cabe aos profissionais enfermeiros realizar a distinção das classes presentes na Enfermagem, no sentido de esclarecer a população qual é o papel desse profissional na área da saúde e na sociedade. Esse esclarecimento foi realizado para essas cuidadoras. Percebeu-se uma surpresa pelo total desconhecimento das funções do enfermeiro, bem como o surgimento de um sentimento de alegria pelos sujeitos da pesquisa, por poderem contar com tais profissionais dentro de suas residências.

Quando perguntadas sobre: “o médico esclareceu qual o diagnóstico do idoso?”, todas as cuidadoras leigas responderam que sim. O desafio foi reconhecer qual o conhecimento que estas cuidadoras possuíam para direcionar a construção do novo conhecimento, favorecendo a qualidade nas práticas assistenciais de saúde voltadas para as necessidades destes sujeitos idosos.

As cuidadoras leigas foram indagadas sobre: “recebeu alguma orientação da equipe de saúde para prestar o cuidado no domicílio? Caso sim, quais foram?”. Um dado preocupante apresentou-se nesse momento: a resposta “não”, atingiu o percentual de 80% entre os sujeitos e apenas 20% relataram ter recebido algum tipo de orientação, ficando evidenciado nas falas:

“Não, só o médico do PSF fala sobre alguma coisa, principalmente sobre os remédios, porque o resto a gente já sabia, pois quase toda a família é diabética”. (Cuidadora Rosa).

“A enfermeira do hospital estava fazendo as coisas e eu pedia para ela me ensinar para quando

ele fosse para casa eu pudesse cuidar, mas elas não explicam se a gente não pedir. As enfermeiras do Postinho de Saúde também ensinam, se a gente chamar elas". (Cuidadora Azaléia).

A falta de orientação e de recursos está presente na saúde pública. Neste ponto surgiram descobertas sobre a falta de orientação, na qual voltou-se uma atenção especial direcionada para cada idoso e sua cuidadora leiga. Esta orientação consistiu na realização de orientações básicas sobre saúde, promovendo assim a educação em saúde.

Ao serem questionadas sobre: "gostaria de receber informações sobre o cuidado domiciliar?" Todas as seis cuidadoras responderam que "sim", sendo que, conhecer sobre as doenças e os medicamentos, foram os temas que elas demonstraram maior interesse. Esta questão mostrou que a população pesquisada estava aberta para receber informações, melhorando seu conhecimento sobre o processo de cuidar, fazendo com que se alcance assim, um cuidado de mais qualidade para o idoso. As falas a seguir retratam esse desejo:

"Sim. Informações que forem necessárias pra gente conhecer mais, pra cuidar melhor." (Cuidadora Rosa)

"Sim. Sobre a doença, dieta e remédios." (Cuidadora Hortência).

Finalizando a entrevista, as cuidadoras foram perguntadas sobre: "o que você julga interessante aprender para prestar um cuidado de qualidade ao idoso?" As cuidadoras relataram que todo e qualquer tipo de informação fortalecerá e contribuirá para a prestação do cuidado, constatado nos seguintes dizeres:

"A gente sabe bastante coisa, mas tudo que vier é bem vindo, pois é para ajudar." (Cuidadora Rosa).

"Tudo que envolve o cuidado de meu pai a gente quer saber." (Cuidadora Azaléia).

"Medicação, alimentação, exercício... tudo que seja pra ajudar." (Cuidadora Orquídea).

Observa-se que as cuidadoras leigas não possuíam nenhuma formação para cuidar dos idosos. No entanto, sabe-se que mesmo na condição de cuidadores leigos, cada um tem uma bagagem de conhecimentos proveniente de suas experiências, informações já adquiridas, sejam estas empíricas ou não, que irão diferenciar as ações para do cuidado com o idoso. Este cuidado tem forte laço cultural, sendo reforçado por serem culturas parecidas, uma vez que os idosos e os cuidadores são familiares^{5,6,19}.

Cuidado domiciliar e educação em saúde

Considera-se cuidador domiciliar toda e qualquer pessoa que se dedique a empreender cuidados para com as pessoas portadoras de deficiência, seja criança, jovem, adulto ou idoso, e que inspirem cuidados especiais na vida cotidiana em recinto doméstico. As funções da atividade de cuidar domiciliar refere-se a ajuda dos hábitos da vida diária, nos exercícios físicos, no uso da medicação, na higiene pessoal, nos passeios, na atenção afetiva e outros que essa atividade requeira¹³.

Cuidar e promover a educação em saúde no domicílio é uma das tarefas mais desafiantes para o profissional enfermeiro, bem como para a equipe multidisciplinar atuante na saúde.

Muitas vezes o direito a uma vida com qualidade e dignidade é negada aos idosos e a seus familiares. Assim, a partir desta realidade, a Enfermagem só atinge o estágio de realizar a prática assistencial ao idoso/família de forma concomitante com a pesquisa e a educação. A pesquisa proporciona e fundamenta as reflexões e a educação permite compartilhar o conhecimento, resultando na melhoria do processo de cuidar²⁰.

Para cuidar devidamente do outro é necessário vê-lo num todo; é essencial conhecer o outro, mas para isso é vital conhecer a si próprio, o que não se desenvolve em treinamentos ou reciclagens técnicas, mas sim através de uma relação de emoção e razão entre o cuidador e enfermo. A Enfermagem utiliza um corpo de conhecimentos técnicos na arte de cuidar do ser humano, oferecendo ao cuidador domiciliar, através da educação para o cuidado, um saber oriundo de sua experiência e vivência profissional. Tal experiência, aliada a um conhecimento particular do cuidador domiciliar, promove o conforto e o bem estar para o idoso que necessita de maiores cuidados nessa fase do ciclo biológico¹⁸.

A ação educativa em saúde é um processo que tem como objetivo a capacitação dos indivíduos, e/ou grupos para que possam assumir ou ajudar, visando a busca de melhoria das condições de saúde da população²¹. Esse processo educativo é complexo, pois envolve diálogo, indagação, reflexão, questionamento e ação partilhada entre os profissionais de Enfermagem e os cuidadores leigos. A educação em saúde busca fornecer subsídios para que as pessoas adquiram uma consciência crítica, que sejam capazes de encontrar formas e alternativas para resolver os problemas de saúde e/ou doença.

Quando se fala em cuidado domiciliar para o idoso e em educação em saúde, torna-se necessário compreender as condições que acompanham e envolvem o envelhecimento fisiológico e patológico. Os anseios

por tal compreensão são vivenciados, cotidianamente, pelos cuidadores leigos, conforme relatado nas falas dos sujeitos pesquisados.

Observa-se que as ações referentes à educação em saúde são visualizadas como possibilidade concreta e viável de transformação dos comportamentos futuros da saúde da população. Entretanto o principal é aprofundar-se cada vez mais nas questões relativas ao processo de educação em saúde, bem como estimular a participação ativa dos enfermeiros neste processo. A educação em saúde para cuidadores leigos pode ser o início de um processo de transformação que busca a qualidade de vida de ambos (cuidador e idoso). Torna-se importante ressaltar que este processo de transformação deve sempre respeitar a cultura, crenças e valores destes sujeitos.

Conclusão

Para realização deste estudo foi necessário adquirir um conhecimento prévio sobre o processo do envelhecimento e o papel do cuidador leigo exercido a nível domiciliar. Esta fundamentação teórica promoveu a compreensão sobre a atual situação em que se encontra o idoso e seu cuidador no contexto social, econômico e cultural.

Com os dados obtidos, foi possível conhecer os pontos principais que precisavam ser trabalhados com os cuidadores leigos, promovendo um cuidado integrado e qualificado para o idoso dependente. Constatou-se que a atenção ao cuidador leigo de idosos associada a uma parceria e apoio dos serviços públicos precisam ser legitimadas o mais breve possível, bem como o Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso (PAISI). Esta integração é emergente, uma vez que esta população cresce progressivamente e de forma significativa, fato esse que afetará as políticas públicas e privadas, exigindo dos governos uma reformulação e investimentos favoráveis a esta nova classe populacional.

Outro dado constatado foi a necessidade de aquisição orientações, por parte das cuidadoras, sobre as doenças, os medicamentos, as dietas e os exercícios físicos. No entanto, observou-se que o grau de instrução das cuidadoras leigas interferiu diretamente na adesão ou não no processo de educação em saúde. Torna-se necessário que os profissionais de saúde repensem o tipo de abordagem utilizada nas orientações e nas estratégias adotadas para que ocorra uma maior interação entre enfermeiro/cuidador domiciliar.

Sabe-se que, por mais difícil que pareça ser o

processo de educação em saúde, o primeiro passo é propor ao idoso e a seu cuidador a interatividade nesse processo; segundo é começar a colocá-lo em prática e; terceiro fazê-lo se tornar um novo hábito de vida/saúde para essa população. Este estudo permitiu constatar que há um grande desafio para os profissionais da saúde nesse novo milênio: investir na educação em saúde para a promoção de uma assistência qualificada aos idosos dependentes e aos seus cuidadores domiciliares.

Anexo 1

Instrumento de pesquisa: roteiro de entrevista para o cuidador leigo domiciliar.

Data da Entrevista:	Horário de início:	Término:
Nome:	Sexo:	Grau de parentesco:
Escolaridade:	Profissão:	Ocupação Atual:
Naturalidade:	Idade:	Estado Civil:
Nº de filhos:	Religião:	Tempo que presta cuidado no domicílio:
Casa Própria: Sim () Não ()	Possui renda própria: Sim () Não () Valor: R\$ _____	
Dados Subjetivos:		
1 – Para você, o que significa cuidar de seu familiar dependente?		
2 – Como é a sua relação de cuidador com o idoso?		
3 – Como se sente em relação à tarefa de cuidar?		
4 – Como você se sente sendo o responsável pelo cuidar?		
5 – Quais as dificuldades na tarefa de cuidar? O que mais o preocupa? No cuidar qual a tarefa mais prazerosa?		
6 - O que faz diante das dificuldades?		
7 - Quando surgem dúvidas esclarece? Com quem?		
8 – Qual o futuro previsto pelo médico para o idoso que esta sendo cuidado?		
9 – O médico esclareceu qual o diagnóstico do idoso?		
10 - Recebeu alguma orientação da equipe de saúde para prestar o cuidado no domicílio? Caso sim, quais foram as orientações?		
11 – Como é o seu lazer?		
12 – Qual a sua situação de saúde/doença? Possui alguma limitação ou alteração no organismo?		
13 – Gostaria de receber informações sobre o cuidado domiciliar? () Sim Quais? () Não Porquê?		
14 – O que você julga interessante para aprender e poder prestar um cuidado de qualidade ao idoso?		

Referências

1. Yuaso DR. Treinamento de cuidadores familiares de idosos de alta dependência em acompanhamento domiciliário. (Dissertação). Campinas (SP): Faculdade de Educação/UNICAMP; 2000.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Perfil da população idosa do Brasil. Disponível em

- www.ibge.gov.br/home/estatística/população/perfilidoso/perfidoso2000.pdf. Acesso em: 20 de Jul. 2005.
3. Roach S. Introdução a Enfermagem Gerontológica. 1ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2003.
 4. Alvarez AM. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. 1ª ed. Florianópolis (SC): Editora Universitária/UFSC; 2001.
 5. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública [online] 2003 jun [citado 12 Agosto 2005]; (19):3. Disponível na World Wide Web: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300009&lng=pt&nrm=iso. ISSN: 0102-311X.
 6. Diogo MJD'E, Santos SMA. Capacitação de recursos humanos em gerontologia: os cuidadores leigos seriam a melhor opção? Rev. Online Bibl. Joel Martins [online] 2000 out [citado 02 maio 2006]; (2):1 Disponível na www.bibli.fae.unicamp.br/revbfe/menu.htm. ISSN: 1517-3992.
 7. Horta WA. Processo de enfermagem. 13ª ed. São Paulo (SP): EPU; 1979.
 8. Neri AL. Palavras - chave em gerontologia. 2ª ed. São Paulo (SP): Alínea e Átomo; 2005.
 9. Sommerhalder C. Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto domiciliar. (Dissertação). Campinas (SP): Escola de Enfermagem/UNICAMP; 2001.
 10. Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ªed. São Paulo (SP): Atheneu; 2005.
 11. Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado MLG, Rocha SM, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ªed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002.
 12. Zimerman GI. Velhice Aspectos Biopsicossociais. 1ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul; 2000.
 13. Duarte YAO, Diogo MJD'E. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. 1ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.
 14. Senado Federal Brasileiro (Brasil). Estatuto do Idoso. Disponível em <http://www.senado.gov.br/web/relatorios/destaques/2003057rf.pdf>. Acesso em: 25 de jul. 2005.
 15. Neri AL, Debert GG. Velhice e Solidariedade. 1ª ed. Campinas (SP): Papirus; 1999.
 16. Karsch UM. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. 1ª ed. São Paulo (SP): EDUC; 2004.
 17. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? Cad. Saúde Pública [online] 2004 jul-ago [citado 02 maio 2006]; (20):4 Disponível na World Wide Web: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000400013&lng=pt&nrm=iso. ISSN: 0102-311X.
 18. Marcelino SMR. Cuidado domiciliar: reflexões sobre a convivência entre enfermeira, cuidador domiciliar e portadores de câncer avançado. [Dissertação]. Florianópolis (SC): Departamento de Enfermagem/UFSC; 2000.
 19. Gruner MF. O cuidado domiciliar terapêutico como modalidade de desospitalização do sujeito com AIDS: construindo alguns critérios. [Dissertação]. Florianópolis (SC): Departamento de Enfermagem/UFSC; 2000.
 20. Bub LIR, organizadora. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. 1ª ed. Florianópolis (SC): Ed. da UFSC; 1994.
 21. Kawamoto EE, Santos MCH, Mattos TM. Enfermagem Comunitária. 1ª ed. São Paulo (SP): Editora Pedagógica e Universitária Ltda; 1995.

Endereço para Correspondência:

Josiane de Jesus Martins
Rua Sagrado Coração de Jesus, Morro das Pedras,
Florianópolis, SC, CEP: 88066-070.
Email: josiane@unisul.br, josiane.jesus@gmail.com