

## NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS NO DOMICÍLIO

NECESSITIES OF EDUCATION IN THE HEALTH OF ELDERLY IN-HOUSE CAREGIVERS  
NECESIDADES DE EDUCACIÓN EN SALUD DE LOS CUIDADORES DE ANCIANOS EN EL HOGAR

*Josiane de Jesus Martins<sup>1</sup>, Gelson Luiz de Albuquerque<sup>2</sup>, Eliane Regina Pereira do Nascimento<sup>3</sup>,  
Daniela Couto Carvalho Barra<sup>4</sup>, Wanusa Grasiela Amante de Souza<sup>5</sup>, Wladja Nara Sousa Pacheco<sup>5</sup>*

<sup>1</sup> Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Membro do Grupo de Pesquisa em Tecnologias, Informações e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE) do PEN/UFSC. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração de Enfermagem e Saúde (GEPADES) do PEN/UFSC. Membro do grupo de pesquisa Núcleo de Pesquisa em Enfermagem (NUPEn) da UNISUL.

<sup>2</sup> Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do GEPADES. Membro do Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Saúde, Cidadania e Enfermagem (PRAXIS) do PEN/UFSC.

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta e Sub-Chefe do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa GIATE.

<sup>4</sup> Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva Adulta pelo Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (IEC/PUC-MG). Mestranda em Enfermagem do PEN/UFSC. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do GIATE.

<sup>5</sup> Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISUL, Campus Pedra Branca, Palhoça, SC. Bolsista Programa UNISUL de Iniciação Científica (PUIC).

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em saúde. Idoso. Pacientes domiciliares. Promoção da saúde.

**RESUMO:** Trata-se de estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, que objetivou identificar e classificar as necessidades de educação em saúde apresentadas pelos cuidadores de idosos, baseadas na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. A amostra foi constituída de seis cuidadores domiciliares. A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2005, através de visita domiciliar, entrevista e observação. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo. As principais necessidades educativas dos cuidadores estavam relacionadas às doenças e seus agravos, à terapia medicamentosa, dietas e exercícios físicos. Destaca-se o despreparo das cuidadoras e poucas redes de suporte. Deduzimos que cuidar no domicílio é uma tarefa permeada de desafios para o cuidador, porém a educação em saúde pode contribuir para a realização segura deste, pois permite que os envolvidos neste processo manifestem suas reais necessidades e dialoguem com os profissionais de saúde, possibilitando ações condizentes para ambos.

**KEYWORDS:** Health Education. Aged. Homebound persons. Health promotion.

**ABSTRACT:** This exploratory-descriptive study, with a qualitative approach, attempts to identify and to classify the necessities of health care education presented by the caregivers of the elderly, based on the International Classification of the Practice of Nursing in Collective Health. The sample constituted six domiciliary caregivers. The data collection occurred during the months of September to October of 2005, through domiciliary visits, interviews, and commentary. The data had been analyzed through the content analysis. The main educational necessities of the caregivers were related to the illnesses and their injuries, the medication therapy, physical diets, and exercises. The unpreparedness of the caregivers and sparing nets of support were highlighted as significant. We deduce that taking care of the home is a permanent task, given the challenges of caregiver. However, health care education can contribute towards the safe accomplishment of this, therefore it allows that the involved ones in this process reveal their real necessities and dialogue with the health professionals making suitable actions for both possible.

**PALABRAS CLAVE:** Educación en salud. Anciano. Personas imposibilitadas. Promoción de la salud.

**RESUMEN:** El presente artículo trata de un estudio exploratorio-descriptivo, con abordaje cualitativo, cuyo principal objetivo fue identificar y clasificar las necesidades de educación en salud presentadas por los cuidadores de ancianos, basadas en la Clasificación Internacional de las Prácticas de Enfermería en Salud Colectiva. Para la muestra se seleccionaron seis cuidadores domiciliares. La recolección de los datos se hizo por medio de visita domiciliar, entrevista y observación, realizadas en los meses de septiembre y octubre de 2005. Los datos fueron investigados por medio del análisis de contenido. Las principales necesidades educativas de los cuidadores estaban relacionadas con las enfermedades y sus agravamientos, la terapia medicamentosa, dietas y ejercicios físicos. En este estudio se destaca la falta de preparación de las cuidadoras y las escasas redes de soporte. Deducimos que el cuidado en el hogar es una tarea llena de desafíos para el cuidador, pero la educación en salud puede contribuir para la realización segura de éste, una vez que permite que los involucrados en el proceso manifiesten sus reales necesidades y dialoguen con los profesionales de salud posibilitando acciones convenientes para ambos.

Endereço: Josiane de Jesus Martins  
R. Sagrado Coração de Jesus, 104  
88.066-070 - Morro das Pedras, Florianópolis, SC.  
E-mail: josiane.jesus@gmail.com

Artigo original: Pesquisa  
Recebido em: 16/11/2006.  
Aprovação final: 05/04/2007.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento, enquanto fenômeno biológico, apresenta-se em cada ser humano idoso de um modo singular. Se quantificarmos o envelhecimento através dos decréscimos da capacidade de cada órgão, a velhice poderia ser interpretada como uma etapa de falência e incapacidades na vida. No entanto, enquanto processo natural e previsto na evolução dos seres vivos, percebe-se que a pessoa não fica incapacitada porque envelhece. Ou seja, a pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade. Desse modo, velhice não deve ser considerada como doença, pois as doenças mais comuns nesta etapa da vida são preveníveis, diagnosticáveis e tratáveis.

Os últimos censos demográficos realizados no Brasil apontaram um inequívoco envelhecimento de sua população. O avanço tecnológico possibilitou o “envelhecimento artificial da população, produzido por técnicas médicas e não pelo investimento de Políticas Públicas”.<sup>1:139</sup>

Junto à transição demográfica observou-se também uma transição epidemiológica. As doenças infecto-contagiosas (controladas pelas vacinas, drogas e medidas de saneamento) diminuíram sua incidência, enquanto as doenças crônicas não-transmissíveis passaram a prevalecer, atingindo principalmente a população idosa. O desafio, portanto, passou a ser compatibilizar o aumento da expectativa de vida com a necessária qualidade em seu desenrolar.

Os conhecimentos que fornecem subsídios para o cuidar do idoso e de seu cuidador familiar incluem o entendimento das necessidades humanas básicas, bem como adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida que, por sua vez, apresentam dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual. Consideramos que ao cuidar do ser idoso e de seu cuidador não devemos focar nossas ações na patologia, mas priorizar a promoção, manutenção e recuperação da saúde. Respeitar a independência e propiciar a participação do sujeito idoso e de seu cuidador familiar no processo de cuidado, portanto, pode favorecer a assistência qualificada.

Cotidianamente podemos observar que ao realizarem as visitas domiciliares, os profissionais de saúde que atuam em Programas de Saúde da Família (PSF), se deparam, freqüentemente, com idosos que necessitam de cuidados domiciliares e com cuidadores familiares de idosos que também necessitam de cuidados. O que se depreende desses

cenários é uma carência de suporte e uma falta de estrutura mais eficaz, que proporcione a esses cuidadores familiares melhor capacidade para 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 familiares/leigos.<sup>2,3</sup> 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.

Muitas vezes o direito a uma vida com qualidade e dignidade é negado aos idosos e a seus cuidadores familiares. Assim, acreditamos que somente será possível cuidar do idoso/família unindo pesquisa e educação. A pesquisa proporciona e fundamenta as reflexões e a educação permite compartilhar o conhecimento, resultando na melhoria do processo de cuidar.<sup>4</sup>

Uma das alternativas mais importantes para assegurar a autonomia e independência do idoso, como também o envelhecer saudável, é a ação educativa para esta parcela da sociedade. Porém, infelizmente, o modelo assistencial privilegia as ações curativas, centradas na atenção médica, desconsiderando o papel ativo que o sujeito cuidado pode desempenhar. Assim, cuidar e promover a educação em saúde no domicílio é uma das tarefas mais desafiantes para o profissional enfermeiro, bem como para a equipe multidisciplinar atuante na saúde.

O domicílio não apresenta as características de uma instituição formal de saúde. É o local em que os seres humanos convivem e tornam propícios os cuidados individualizados. Este ambiente é permeado por diversos aspectos culturais, de significância aos seus moradores e freqüentadores, portanto, eivado de subjetividades nem sempre compreensíveis para quem não reside ou freqüenta aquele ambiente. Tais aspectos, portanto, devem ser considerados toda vez que a equipe de saúde ali adentrar e propor intervenções.

Cuidar no domicílio implica em novos modos de fazer e saber dos trabalhadores da saúde. Isto porque tal postura deve primar por efetivar ações que permitam a integralidade, a intersubjetividade e o cuidado direcionado à família.

Com este enfoque, o cuidado domiciliar requer a reorganização dos serviços de saúde com ênfase na promoção e educação, identificando as reais necessidades dos envolvidos, permitindo também a autonomia e a co-responsabilidade, a valorização da subjetividade e a criação de vínculo.

A ação educativa em saúde é um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria das condições de saúde da população. Ressalta-se que nesse processo a população tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo também, adotar ou não novos comportamentos frente aos problemas de saúde. Não basta apenas seguir normas recomendadas de como ter mais saúde e evitar doenças, e sim realizar a educação em saúde num processo que estimule o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação partilhada.

No Brasil, o desafio para este século é oferecer suporte de qualidade de vida para uma população com mais de 32 milhões de idosos, na sua maioria de nível sócio-econômico e educacional baixo e com alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes.<sup>5</sup> Contudo, para atenção adequada ao idoso, juntamente com a magnitude e a severidade dos seus problemas funcionais, é imperativo o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde factíveis e condizentes com as reais necessidades deste estrato populacional.

“É importante considerar que as necessidades de saúde dos idosos requerem uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas”.<sup>6:138</sup> No entanto, estas mesmas necessidades precisam ser adequadamente identificadas e incorporadas em novas práticas de saúde, para além do modelo biomédico essencialmente curativo e centrado no profissional e não no cliente. Tais práticas exigem a participação ativa do idoso no movimento de construção e efetivação das leis e políticas sociais e de saúde que viabilizem o viver e o envelhecer com qualidade.

Torna-se fundamental que o enfermeiro desenvolva estratégias de educação em saúde, pois é preciso que ele tenha o entendimento integral a respeito de saúde e de qualidade de vida, valorizando a história de vida da população, estimulando a autoconfiança, praticando a solidariedade e desenvolvendo atitudes e práticas de cidadania, expandindo o conhecimento científico para cooperar na construção de um pensamento mais crítico.

A intervenção educativa pode contribuir para mudanças no estilo de vida, favorecendo o conhecimento, sendo, portanto, um dos meios para vencer os desafios impostos aos idosos pela idade e pela sua condição de saúde, propiciando, também, o aprendizado de novas formas de cuidar, ampliando as oportunidades para resgatar seu bem-estar físico e emocional. Acreditamos que a Educação em Saúde é um dos mais importantes elos entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes, ao ofertar programas de saúde que possam ser mais efetivos.

Reconhecendo a necessidade e a importância da educação em saúde, tanto para a população idosa quanto para seus cuidadores familiares, este estudo objetivou identificar e classificar as necessidades de saúde e de educação, apresentadas pelos cuidadores familiares de idosos, baseado na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC). Desta forma, acredita-se que este instrumento possa fornecer um suporte teórico e prático para proporcionar qualidade na assistência em saúde a esta clientela.

### **Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva**

O sistema de Classificação da Prática de Enfermagem traz a possibilidade de sedimentar, no interior das práticas de saúde da profissão, uma assistência qualificada e sistematizada voltada para os cuidados individuais e coletivos de prevenção e manutenção da vida da população.<sup>7</sup>

Na década de 70, estudos são desenvolvidos com o objetivo de estabelecer uma Classificação Internacional dos Diagnósticos de Enfermagem. A partir de 1973 várias conferências foram enfatizadas no sentido de definir melhor quais os diagnósticos a serem identificados e como validá-los na prática clínica.

Criada em 1982, a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), assumiu a responsabilidade de dar continuidade aos trabalhos até então desenvolvidos.

Na década de 80 o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) decidiu acatar as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e acrescentar nas Classificações Internacionais de Diagnósticos e Procedimentos Médicos o desenvolvimento das Classificações de Problemas/Diagnósticos de Enfermagem, de Intervenções de Enfermagem e dos Resultados em Enfermagem.<sup>8</sup>

Após a tentativa de incluir um esquema específico de condição dos Diagnósticos de Enfermagem na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), a OMS, em resposta à solicitação dos enfermeiros e, considerando pontos importantes, recomendou a formulação de um sistema de Classificação Internacional para a Enfermagem. Desde 1989, a CIE vem procurando trabalhar com esta proposta.

Em 1995 a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) começou a desenvolver, por demanda do CIE, o projeto de Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE).<sup>8</sup> A ABEn optou pelo desenvolvimento proposto do projeto, considerando obrigatoriamente os seguintes itens: a) aderência ao projeto da reforma sanitária em implantação no Brasil; b) obrigatório envolvimento de enfermeiros assistenciais junto aos pesquisadores ligados a academia no desenvolvimento do projeto; c) a possibilidade de construir um instrumento de trabalho que permitisse a gerência, o planejamento e a avaliação da assistência da enfermagem no referencial da saúde coletiva, negando o referencial biomédico como núcleo permanente da prática de enfermagem brasileira, propondo assim, a incorporação da dimensão social, política, ética e subjetiva do processo saúde-doença no trabalho da enfermagem brasileira e; d) a construção de uma metodologia investigativa que permitisse a análise da prática de Enfermagem, bem como a reflexão sobre o trabalho do ponto de vista dos partícipe, além da construção de um sistema de informações dialógico que permitisse dar visibilidade às ações da Enfermagem no âmbito nacional e internacional.

A ABEn, em 1996, sob a orientação do CIE e com apoio financeiro da Fundação F.W. Kellogg, elaborou e desenvolveu as diretrizes do projeto de CIPESC. Este foi o maior trabalho investigativo na história da Enfermagem em Saúde Coletiva.<sup>8-9</sup> O propósito da CIPESC foi estabelecer mecanismos de cooperação para classificar a Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva no país, permitindo a troca de experiências e a interlocução em nível nacional e internacional.<sup>10</sup>

## METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, realizada numa Unidade Local de Saúde (ULS), na Grande Florianópolis, no Estado de Santa Catarina, bem como nos domicílios dos idosos, na modalidade de estudo de caso.

O estudo de caso consiste na investigação aprofundada de determinado fenômeno (objeto) em seu contexto real, possibilitando conhecê-lo detalhadamente. Tal modalidade de pesquisa explora situações reais preservando seu caráter unitário, sendo seu propósito favorecer a visualização global do problema que está sendo investigado e identificar fatores que influenciam ou são influenciados.<sup>11</sup>

## Atores sociais

Foram realizadas visitas domiciliares a onze idosos e seus respectivos cuidadores. Os idosos que receberam a visita das enfermeiras possuíam algum grau de dependência, quer seja esta parcial ou total. Dos onze sujeitos visitados, foram selecionados seis idosos e seus cuidadores familiares.

Os critérios de seleção adotados foram: os cuidadores não poderiam ter alguma formação na área da saúde e serem os responsáveis pelo cuidado do idoso no domicílio; os idosos deveriam ter idade igual ou superior a 60 anos e deveriam apresentar certo grau de dependência, com algum comprometimento, tendo porém, as capacidades cognitivas preservadas.

Para realizar a seleção dos idosos, tomou-se por base a classificação de dependência da teoria das Necessidades Humanas Básicas.<sup>12</sup> Nesta, a dependência parcial se dá quando a Enfermagem situa-se em termos de ajuda, orientação sequencial e inter-relacionada deste cuidado, ao passo que, a dependência total compreende tudo aquilo que a Enfermagem faz pelo ser humano quando ele não pode fazer por si só.

## Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina – CEP/UNISUL, sob parecer nº 06.0564.04 III. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após serem informados sobre os objetivos da pesquisa.

O idoso e seu respectivo cuidador receberam um total de quatro visitas domiciliares. Todas as visitas domiciliares foram realizadas com agendamento prévio, com o consentimento dos sujeitos participantes. A primeira visita domiciliar teve como objetivo explicar o projeto, esclarecer como seria a participação dos sujeitos na pesquisa e adquirir um conhecimento prévio da atual situação vivenciada pelo idoso e seu cuidador. As três visitas subsequentes se destinaram à realização da coleta dos dados.

Os dados foram coletados através de entrevista estruturada, com perguntas previamente elaboradas. Nesta etapa, utilizou-se um tempo médio de 90 minutos para cada um dos cuidadores.

A outra etapa, desenvolvida em quatro visitas, envolveu a observação dos idosos em seu contexto domiciliar enquanto recebiam os cuidados proporcionados pelos cuidadores, totalizando mais de 120 minutos por sujeito idoso e cuidador. Nesta etapa, através de roteiro previamente elaborado, observávamos como o cuidador realizava o cuidado domiciliar ao idoso. Os registros destas informações foram anotados em roteiro cujos itens observados foram: quem realiza o cuidado; cuidado realizado; duração; materiais/equipamentos utilizados e necessidades educativas evidenciadas durante a observação.

### Análise dos dados

Adotou-se a análise de conteúdo cujas categorias centrais que emergiram foram: “necessidades educativas das cuidadoras” e “assistência domiciliar sistematizada: um enfoque educativo”. Com base nestas duas categorias, aplicou-se a CIPESC para apropriação dos resultados.

## RESULTADOS E ANÁLISE

### Caracterização dos atores sociais

Dos seis indivíduos idosos participantes deste estudo, dois tinham a idade entre 70 a 74 anos, dois com idade entre 80 e 84 e dois com idade entre 85 e 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. Estes dados corroboram o crescimento da população idosa no Brasil e, também, a necessidade de estudos para compreendê-los, com vistas a encetar políticas de saúde específicas.

Em relação ao sexo, cinco eram do sexo feminino e um do sexo masculino. Dados mundiais mostram que a proporção de mulheres é maior que a de homens na composição da população do planeta.

Quanto à escolaridade, quatro idosos possuíam primeiro grau incompleto e dois eram analfabetos. O baixo nível de escolaridade pode apresentar-se como barreira no processo da educação em saúde, exigindo, portanto, que os profissionais de saúde utilizem os mais variados recursos e dinâmicas para alcançar as metas desejadas.

Entre os agravos no processo de saúde/doença, representados por patologias que acometiam os idosos e intensificavam a necessidade de cuidados no domicílio, destacaram-se: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Câncer de Próstata, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Asma e Osteoporose. Assim, as patologias, em sua maioria, enquadram-se como sendo crônico-degenerativas.

Os idosos que possuíam algum grau de dependência foram classificados conforme os conceitos de Horta, sendo cinco pertencentes ao Grau I e um Grau II.<sup>12</sup> Essa classificação foi utilizada com o objetivo de simplificar e operacionalizar a determinação de dependência.

No entanto, a classificação da 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 relação à locomoção, à visão ou à audição, não significa necessariamente disfuncionalidade em todos os domínios.

No que diz respeito ao tempo (em anos) que o idoso começou a necessitar de cuidados, os dados revelaram que um sujeito era dependente do cuidador há 20 anos e cinco nos últimos 5 anos. Em relação ao período de tempo necessário para a realização dos cuidados, cinco necessitavam de cuidados integrais durante as 24 horas diárias e um era cuidado somente nas 12 horas diurnas.

As cuidadoras tinham idades compreendidas entre 20 anos e 65 anos, eram todas do sexo feminino, sendo quatro filhas e duas netas dos idosos observados nesta pesquisa. Os dados encontrados sobre o sexo dos principais cuidadores de idosos encontram guarida na literatura da área. Estes dados revelaram que a tarefa de cuidar segue normas culturais que espera do homem o sustento, a sobrevivência da família e a autoridade moral, enquanto da mulher espera-se a organização da vida familiar, o cuidado com os filhos, com o idoso e tudo que se relaciona a casa.<sup>12</sup> Esse cuidador responsável pelo cuidado dos idosos “geralmente é um familiar, sobre o qual recai a maior parte da carga física e emocional”.<sup>13:70</sup>

Com relação ao grau de instrução das cuidadoras, quatro tinham o ensino fundamental incompleto, uma possuía o ensino fundamental completo, e uma possuía o ensino médio incompleto. Referente à renda mensal, três cuidadores possuíam alguma remunera-

ção, enquanto três cuidadores não a possuíam. No contexto familiar, em termos gerais, 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 remunerado.<sup>12</sup>

### Necessidades educativas das cuidadoras

A maior preocupação manifestada pelas cuidadoras, em relação ao cuidado, foi a agudização das doenças crônicas.

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

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

Esta preocupação pode ser 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 foram indagadas sobre o seguinte aspecto: “quando surgem dúvidas e/ou dificuldades, com quem você as 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 os níveis profissionais da enfermagem, sendo todos vistos como “enfermeiros”.

*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 postinbo de saúde às vezes me ajudam (Cuidadora Azaléia).*

Quando perguntadas sobre: “o médico esclareceu qual o diagnóstico do idoso?”, todas as cuidadoras responderam que sim. O desafio foi identificar qual o discernimento 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 foram indagadas sobre: “recebeu alguma orientação da equipe de saúde para prestar o cuidado no domicílio? Caso sim, quais foram?”.<sup>4</sup>

Um dado preocupante apresentou-se nesse momento: a resposta “não”, foi referida por cinco cuidadoras e apenas uma relatou ter recebido algum tipo de orientação, ficando evidenciado nas declarações:

*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 Postinbo de Saúde também ensinam, se a gente chamar elas (Cuidadora Azaléia).*

A deficiência de orientação para o cuidado pode colocar em risco a saúde do idoso. No entanto, quando a cuidadora é adequadamente instrumentalizada é capaz de enfrentar com maior segurança os desafios impostos pelo ato de cuidar “[...] desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos”.<sup>15:43</sup>

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, para qualificar o conhecimento sobre o processo de cuidar, objetivando melhorar a qualidade de atenção aos idosos, conforme deixam explícitas as seguintes declarações:

*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 indagadas 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.

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

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

Observou-se que as cuidadoras não possuíam nenhuma formação para cuidar dos idosos. No entanto, sabe-se que mesmo na condição de cuidadores, cada um tem uma bagagem de conhecimentos proveniente de suas experiências prévias, de informações já adquiridas, sejam estas empíricas ou não, que irão diferenciar as ações para o cuidado com o idoso. Este cuidado tem forte laço cultural, sendo reforçado por se tratarem de culturas parecidas, uma vez que os idosos e os cuidadores são familiares.<sup>4</sup>

Acreditamos que ao valorizar as trocas interpessoais permeadas pelo diálogo, ressaltando a

importância do conhecimento popular poderemos superar as lacunas existentes nas práticas educativas de saúde tradicionais. Assim, “surge a preocupação com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos com a constituição de sujeitos sociais capazes de reivindicar seus interesses”.<sup>15:42</sup>

Em suma, as necessidades encontradas de aquisição de orientações por parte das cuidadoras, relacionavam-se às doenças, aos medicamentos, às dietas e aos exercícios físicos. Depois de definidas a necessidade prioritária, iniciou-se o processo de educação em saúde fundamentado pela CIPESC.

### Assistência domiciliar sistematizada: um enfoque educativo

As necessidades de saúde e educação dos participantes foram descritos obedecendo aos seguintes critérios: fenômenos de Enfermagem/CIPESC;

problema/necessidade encontrado; ação educativa, resultados e avaliação das ações realizadas.

Por fenômeno de enfermagem compreendemos o “aspecto de saúde de relevância para a prática da enfermagem” e as ações de Enfermagem são os “desempenhos das enfermeiras na prática assistencial”.<sup>8:11</sup> Assim, os resultados podem ser visualizados como mudança nos diagnósticos de enfermagem a partir do momento que a enfermeira inicia suas ações.

Através do conhecimento das necessidades educativas das cuidadoras foi possível obter clareza para utilizar a CIPESC. A seguir, apresentamos Quadro 1 que descreve como foi utilizada a CIPESC, bem como a aplicação do processo educativo em saúde realizado com duas cuidadoras e os respectivos idosos, com o intuito de explicitar o trabalho desenvolvido. Ressaltamos que as necessidades dos idosos (problema) foram as situações referidas pelas cuidadoras.

Quadro 1- Necessidades de saúde e educação da cuidadora e do idoso A.

FENÔMENO DE ENFERMAGEM/ CIPESC	PROBLEMA/NECESSIDADE	AÇÃO EDUCATIVA	RESULTADO E AVALIAÇÃO
Dor crônica	Dor crônica devido à fratura, relacionado ao quadro de osteoporose.	Informação nutricional enfatizando a ingestão de cálcio e de vitamina D.	Não tivemos tempo hábil para verificar resultados para esta ação.
Imobilidade parcial	Mobilidade prejudicada, relacionado a paralisia infantil e inúmeras quedas.	Mantida a utilização de cadeira para realização do banho.	Permaneceu segura ao realizar o banho.
Dispnéia Ortopnéia Troca de gases ineficaz	Hiperventilação durante crises asmáticas, aprisionamento de ar, hipertensão pulmonar; edema bronquiolar e atelectasia.	Orientação sobre a importância da ingestão hídrica regular. Informações sobre cuidados para obter melhora da ventilação e as condutas a serem adotadas nos episódios de crise.	Liquidificação das secreções e eliminação com mais facilidade. Aumento da função renal e eliminação urinária. Maior segurança nas condutas/cuidados realizadas nos momentos de crise asmática.
Dificuldade para dormir	Dificuldade para dormir.	Procuramos saber as dificuldades que prejudicam seu sono.	Não soube relatar.
Insegurança	Preocupação com atual estado de saúde do esposo da idosa e pai da cuidadora.	Trocamos informações sobre o atual problema de saúde (AVE) do esposo da idosa e pai da cuidadora.	Maior compreensão do que estava acontecendo e segurança para encarar os fatos.
Tristeza	Tristeza com atual estado de saúde do esposo da idosa e pai da cuidadora.	Prestamos assistência a todo grupo familiar, com apoio emocional, já que esta foi à prioridade no momento.	Sensação de amparo por ter alguém para auxiliar.

**Quadro 2 – Necessidades de saúde e educação da cuidadora e do idoso B.**

FENÔMENO DE ENFERMAGEM/ CIPESC	PROBLEMA/NECESSIDADE	AÇÃO EDUCATIVA	RESULTADO E AVALIAÇÃO
Ação de busca de saúde. Atividade de cuidado à saúde.	Pressão arterial controlada por medicamentos.	Busca constante da manutenção dos cuidados para controle da PA, favorecendo a saúde.	Preservam os cuidados para manterem o bem-estar e possível controle da doença.
Ação de busca de saúde. Atividade de cuidado à saúde.	Diabetes controlado por medicamentos.	Pontuamos os benefícios e a importância de manter uma boa dieta alimentar, para sua saúde e manutenção do diabetes controlado. Manter monitoramento em dias alternados da Glicemia Capilar.	Preservam os cuidados para manterem o bem-estar e possível controle da doença.
Envelhecimento.	Acuidade auditiva prejudicada.	Trocamos conhecimento sobre as formas de manter o idoso sempre no meio do convívio social, e as probabilidades de um possível afastamento devido as dificuldades auditivas.	Preservam os cuidados para manterem o bem-estar e possível controle da doença.
Imobilidade Parcial.	Mobilidade prejudicada, relacionado ao processo fisiológico natural do envelhecimento, devido à idade avançada.	Proporcionar períodos de descanso. Justificativa: para garantir maior resposta nas atividades diárias que necessitem de mobilidade físicas.	Manutenção de períodos alternados de descanso para favorecimento do processo de saúde.

Através da utilização do CIPESC obteve-se maior facilidade e clareza para avaliar as necessidades educativas das cuidadoras, pois como visualizado no Quadro 2, o desenvolvimento de ações educativas e a sistematização da assistência de enfermagem fundamentada pelo CIPESC, possibilitam a realização do cuidado em saúde de forma participativa, emancipatória e integral, além de servir de parâmetro para avaliar constantemente a proposta de intervenção arquitetada.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para realização deste estudo, foi necessário adquirir um conhecimento prévio sobre o processo do envelhecimento e o papel do cuidador 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 as principais necessidades que precisavam ser trabalhadas com os cuidadores, promovendo um cuidado integrado e qualificado para o idoso dependente. Inferimos, subsidiadas por nossa prática com este contingente populacional, que a atenção ao cuidador de idosos

associada a uma parceria e apoio dos serviços públicos, precisa ser legitimada 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 de saúde, exigindo dos governos maiores investimentos para atender as demandas que serão crescentes.

Outro dado constatado foi a necessidade e a vontade de obtenção de orientações, por parte das cuidadoras, sobre as doenças, os medicamentos, a dieta e exercícios físicos. No entanto, observou-se que o grau de instrução das cuidadoras interferiu diretamente na adesão ou não no processo de educação em saúde. Assim, 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; o segundo é começar a colocá-lo em prática; e o terceiro, fazê-lo se tornar um novo hábito de vida e saúde para essa população.

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

Tais temas deverão ser objetos de processos educativos e informativos permanentes, em todos os níveis de atuação do SUS, com a utilização dos diversos recursos e meios disponíveis, tais como: distribuição de cartilhas e folhetos do Ministério da Saúde e Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; o desenvolvimento de campanhas em programas populares de rádio; veiculação de propagandas na televisão; treinamento de agentes comunitários de saúde e profissionais integrantes da estratégia de saúde da família para, no trabalho domiciliar, estimular os cidadãos na adoção de comportamentos saudáveis.

O fato é que os idosos precisam lançar mão de algumas estratégias que possibilitem ter uma velhice satisfatória. Isto, implica em estarem atentos à cultivar novos hábitos, engajar-se em atividades produtivas, realizar seus projetos de vida, ingressar em universidade de terceira idade, desenvolver serviços voluntários, dentre tantas outras iniciativas possíveis. Um envelhecimento bem-sucedido depende de como o idoso vai enfrentar os desafios da vida, lutar pelos os seus direitos de cidadão e colocar em prática projetos viáveis dentro das condições pessoais e do meio ambiente em que vivem.

Reforçar essa concepção do papel do enfermeiro como educador e agente de transformação social, portanto, se faz necessária. Esta deve ser uma constante em nossa atuação profissional, visto que a educação permanente em saúde deve ser parte integrante de nosso escopo profissional, em especial, porque a interação entre profissionais e usuários do sistema de saúde é uma constante em nosso cotidiano.

## REFERÊNCIAS

- 1 Agustini FC. Introdução ao direito do idoso. Florianópolis (SC): Fundação Boiteux; 2003.
- 2 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): Ed. UFSC; 2001.
- 3 Diogo MJD'E, Santos SMA. Capacitação de recursos humanos em gerontologia: os cuidadores leigos seriam a melhor opção? Rev. Online Bibl. Prof. Joel Martins 2000 Out; 2 (1): [online] [acesso em: 2006 Maio 02]. Disponível em: [www.bibli.fae.unicamp.br/revbfe/menu.htm](http://www.bibli.fae.unicamp.br/revbfe/menu.htm)
- 4 Bub LIR, organizadora. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. 1ª ed. Florianópolis (SC): Ed. UFSC; 1994.
- 5 Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública. 2003 Maio-Jun; 19 (3): 793-8.
- 6 Gordilho A, Nascimento JS, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espíndola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Bahia Análise Dados 2001 Mar; 10 (4): 138-53.
- 7 Antunes MJM, Silva IA, Egry EY, Chompré RR. Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil. Rev. Latino-American. Enferm. 1997 Abr; 5(2): 101-2.
- 8 Nóbrega MML, Gutiérrez MGR. Sistemas de classificação na enfermagem: avanços e perspectivas. In: Garcia TR, Nóbrega MML, organizadoras. Sistemas de classificação em enfermagem: um trabalho coletivo. João Pessoa (PB): Idéias; 2000. p.1-15.
- 9 Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. Rev. Eletr. Enferm. 2004; 06 (1): [online] [acesso em 2006 Out 01]. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6\\_1/f1\\_coletiva.html](http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html)
- 10 Santos SMJ, Nóbrega MML. Ações de enfermagem identificadas no Projeto CIPESC e utilizadas no cuidado de pacientes com AIDS. Rev. Esc. Enferm. USP 2004 Nov-Dez; 38 (4): 369-78.
- 11 Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo (SP): Atlas; 2002.
- 12 Horta WA. Processo de enfermagem. 13ª ed. São Paulo (SP): EPU; 1979.
- 13 Sommerhalder C. Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto domiciliar [dissertação]. Campinas (SP): UNICAMP/ Escola de Enfermagem; 2001.
- 14 Caldas CP. Cuidando do idoso que vivencia uma síndrome demencial: a família como cliente da enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2001 Maio-Ago; 10 (2): 68-93.
- 15 Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface: Comunic. Saúde Educ. 2004 Set-2005 Fev; 9 (16): 39-52.