



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANDRÉA CARVALHO ARAÚJO MOREIRA

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MELHORIA DO CONHECIMENTO,
ATITUDE E PRÁTICA DO CUIDADOR DOMICILIAR DE IDOSOS**

**FORTALEZA
2015**

ANDRÉA CARVALHO ARAÚJO MOREIRA

INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MELHORIA DO CONHECIMENTO, ATITUDE E
PRÁTICA DO CUIDADOR DOMICILIAR DE IDOSOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Josefina da Silva.

Coorientador: Prof. Dr. Juan José Tirado Darder.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- M836i Moreira, Andréa Carvalho Araújo.
Intervenção educativa para melhoria do conhecimento, atitude e prática do cuidador domiciliar de idosos / Andréa Carvalho Araújo Moreira. – 2015.
146 f. : il. color.
- Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Doutorado em Enfermagem, Fortaleza, 2015.
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Maria Josefina da Silva.
Coorientação: Prof. Dr. Juan José Tirado Darder.
1. Assistência Domiciliar. 2. Idoso. 3. Cuidadores. 4. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 5. Educação em Saúde. I. Título.

CDD 649.8

ANDRÉA CARVALHO ARAÚJO MOREIRA

INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MELHORIA DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DO CUIDADOR DOMICILIAR DE IDOSOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Maria Josefina da Silva (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dra. Maristela Inês Osawa Chagas
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA)

Prof^ª. Dra. Maria Eliana Peixoto Bessa
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof. Dra. Rachel Gabriel Bastos Barbosa
Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO)

Prof^ª. Dra. Janaína Fonseca Victor Coutinho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dra. Gerídice Lorna Andrade de Moraes
Secretaria de Saúde de Fortaleza

Prof. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA)

AGRADECIMENTOS

A Deus, hoje e sempre, por tudo! Obrigada por me concederes a vida, saúde, paz, sabedoria e uma família linda, que me apoia em todos os meus sonhos.

Aos meus pais, Teresinha de Jesus Carvalho Araújo e Artênio Araújo Filho (*in* memória), pelos ensinamentos e exemplos de humildade, simplicidade e verdadeiro valor humano, de modo especial, à minha mãe que, para mim, é reflexo de coragem, mesmo diante das adversidades da vida.

Ao meu esposo, companheiro de todas as horas, Francielery de Vasconcelos Moreira, que esteve ao meu lado, apoiando-me concretamente, para que esta tese fosse defendida, obrigada por compreender minha ausência, estresse, cansaço e por ter cuidado de nossos filhos enquanto não pude.

Aos meus amados filhos, Vítor, Arthur e Sofia, que torceram carinhosamente por mim e pela conclusão deste estudo.

Aos meus irmãos, Andrinne Araújo e Paulo Araújo, pela ajuda fraterna, pelas orações e amor dedicado a mim.

A todos os familiares que torceram para que tudo desse certo no desenvolvimento deste estudo.

À Profa. Dra Maria Josefina da Silva, por ter me acolhido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por toda a oportunidade de aprendizado que proporcionou. Sua dedicação aos idosos, seja no ensino, na extensão e na pesquisa, encorajou-me a trilhar por este caminho.

Ao Professor co-orientador, Dr. Juan Jose Tirado Darder, pela disponibilidade de partilhar seu conhecimento e pela leveza durante o processo de orientação.

À Profa. Dra. Janaína Victor, pela sua contribuição desde a qualificação do projeto, trazendo sugestões essenciais para o método desta investigação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC, pelo aprendizado adquirido durante as disciplinas cursadas.

Aos alunos do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA,) Eliane Albuquerque, Cristina Bastos, Ana Paula Brandão, Daiane Marques, por todo o esforço dedicado à fase de pesquisa de campo.

Às alunas Paula Andréia, Priscila Gonçalves e Luiza Fernanda, do Curso de Enfermagem das Faculdades INTA, que contribuíram muito na fase de coleta e alimentação do banco de dados. Grata pelo carinho e prontidão no atendimento às minhas solicitações.

Aos professores do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, na pessoa da Profa. Maria Adelane Monteiro da Silva, que sempre torceu por mim e acompanhou toda essa caminhada.

Aos professores do Curso de Enfermagem das Faculdades INTA, pelo incentivo e apoio durante o desenvolvimento e finalização da tese.

Aos cuidadores e idosos participantes desta pesquisa, pois, sem o consentimento deles, não seria possível o desenvolvimento deste estudo.

À Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral, pelo parecer favorável à realização da pesquisa, e à Secretaria de Saúde de Sobral, pela disponibilização dos dados necessários ao desenvolvimento do estudo.

Aos professores avaliadores, que compuseram minha banca examinadora, pelo tempo dedicado à apreciação deste trabalho.

“Tudo posso naquele que me fortalece.”
(Filipenses 4:13).

RESUMO

O cuidador domiciliar de idosos tem assumido a tarefa de cuidar sem preparo para exercê-lo, dessa forma, desenvolver ações que buscam qualificar o cuidado domiciliar é fundamental para a promoção da saúde do idoso. Objetivou-se avaliar os efeitos de uma intervenção educativa para a melhoria do conhecimento, atitude e prática do cuidador na promoção da independência funcional dos idosos. Estudo do tipo quase experimental realizado com grupo único, com aplicação de pré-teste e pós-teste. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a julho de 2015, no município de Sobral-CE. A amostra foi composta por 82 cuidadores e 84 idosos, na fase pré-teste, e 34 cuidadores, na fase pós-teste. Para a coleta de dados utilizaram-se o formulário sociodemográfico e o Índice de Barthel para o idoso e para o cuidador, um roteiro com levantamento dos dados sociodemográficos e do contexto do cuidado domiciliar, além do inquérito Conhecimento Atitude e Prática (CAP), que abordou os domínios da relação de ajuda cuidador-idoso, alimentação, banho e higiene e mobilização e transferência. A intervenção foi baseada em estratégia educativa, sendo os conteúdos fundamentados nas recomendações do Guia do Cuidador do Ministério da Saúde e do *software* intitulado *Modelo Planes de Cuidados en la Atención Domiciliária Holística*, que tratam das orientações inerentes aos cuidadores. Os dados foram analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0. Utilizou-se o teste de McNemar para comparar o CAP aplicado antes da intervenção e após a intervenção. Os aspectos éticos da resolução 466/12 foram respeitados em todas as fases do estudo. Os resultados mostraram que a média de idade dos cuidadores foi de 47,82 anos, sendo 85,4% do sexo feminino, 45,1% com ensino fundamental incompleto, 68,3% desempregados, 40,2% casados e 40,2% solteiros. A maioria dos cuidadores, 56,1%, eram filhos (as), 75,6% coabitavam com o idoso, sendo que 35,4% não possuíam ajuda para exercer o cuidado e 91,5% nunca receberam treinamento. Os idosos em cuidado domiciliar eram predominantemente mulheres, 67,7%, que não sabiam ler e nem escrever, 57,1%, viúvos 44%, com grau de dependência severa 47,6% e total 16,7%. A intervenção educativa promoveu melhoria do conhecimento, atitude e prática com significância estatística da seguinte forma: atitude ($p < 0,020$) e prática ($p < 0,001$) na relação de ajuda cuidador-idoso, no domicílio; conhecimento ($p < 0,001$) e prática ($p < 0,003$), na alimentação do idoso; conhecimento ($p < 0,001$) e prática ($p < 0,001$), no banho e higiene; e conhecimento ($p < 0,001$), atitude ($p < 0,001$) e prática ($p < 0,001$), no domínio da mobilização e transferência. Conclui-se que a intervenção educativa favoreceu o aumento do conhecimento, atitude e prática em quase todos

os domínios avaliados após a intervenção. Recomenda-se o desenvolvimento de estratégias educativas promovidas por enfermeiros aos cuidadores de idosos com enfoque na promoção da autonomia e independência funcional, com vistas à qualificação do cuidado domiciliar de idosos.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar. Idoso. Cuidadores. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The home caregiver for the elderly has taken on the task of caring unprepared to exercise it, in that way, develop actions that seek to qualify the home care is critical to the promotion of health of the elderly. This study aimed to evaluate the effectiveness of an educational intervention to improve the knowledge, attitude and practice of the caregiver in promoting functional independence of elderly. Quasi-experimental study performed with single group, with the achievement of pre-test and post-test. The study was conducted from February to July 2015 in the city of Sobral-CE. The sample consisted of 82 caregivers and 84 elderly people in the pretest phase and 34 caregivers in the post-test phase. To collect data we used the sociodemographic form and the Barthel Index for the elderly and for the caregiver a guide of a demographic data survey and home care context, in addition to Knowledge Attitude and Practice (KAP) survey that addressed the areas of relationship of help caregiver-elderly, feeding, bathing and hygiene and mobilization and transfer. The intervention was based on educational strategy, with content based on the recommendations of the Ministry of Health Caregiver's Guide and software titled *Modelo Planes de Cuidados en la Atención Domiciliária Holística* dealing with guidelines relating to caregivers. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences software (SPSS) version 21.0. We used the McNemar test to compare the KAP applied before the intervention and after intervention. The ethical aspects of Resolution 466/12 were respected at all stages of the study. The results showed that the average age of caregivers was 47.82 years, and 85.4% female, 45.1% with incomplete primary education, 68.3% unemployed, 40.2% were married and 40.2 % single. Most caregivers, 56.1% were children, 75.6% lived with the elderly, and 35.4% did not have help to exercise the care and 91.5% never received training. The home care in elderly were predominantly women 67.7%, who could not read and write 57.1%, widowers 44% with severe level of dependence 47.6% and totaly 16.7%. The educational intervention promoted improved knowledge, attitude and practice with statistical significance as follows: attitude ($P < 0.020$) and practice ($p < 0.001$) in the help relationship of caregiver-elderly at home; knowledge ($p < 0.001$) and practice ($p < 0.003$) for the feeding of the elderly; knowledge ($p < 0.001$) and practice ($p < 0.001$) in the bath and toilet; and knowledge ($p < 0.001$), attitude ($p < 0.001$) and practice ($p < 0.001$) in the field of mobilization and transfer. We conclude that educational intervention favored the increase of knowledge, attitude and practice in almost all areas evaluated after the intervention. We recommend the development of educational strategies developed by nurses to caregivers of elderly focusing on the promotion of

autonomy and functional independence with a view to qualifying home care of the elderly.

Keywords: Home care. Elderly. Caregivers. Knowledge, Attitudes, Practice. Health Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	20
2.1 Geral.....	20
2.2 Específicos.....	20
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1 Emergência do cuidado domiciliar no Brasil	21
3.2 Autonomia e independência: eixos centrais do cuidado ao idoso	27
3.3 Ações educativas desenvolvidas por enfermeiros junto ao cuidador de idosos.....	30
3.4 Promoção da saúde e o uso de tecnologias em saúde para o cuidado domiciliar de idosos	33
4 METODOLOGIA.....	40
4.1 Delineamento do estudo.....	40
4.2 Local e período do estudo.....	40
4.3 População e amostra do estudo.....	42
4.4.1 Inquérito CAP	44
4.4.1.1 Parte I – Relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio	44
4.4.1.2 Parte II – Cuidado domiciliar de idosos	45
4.4.1.2.1 Alimentação	45
4.4.1.2.2 Banho e Higiene.....	47
4.4.1.2.3 Mobilização e Transferência.....	48
4.4.1.3 Construção do inquérito CAP	49
4.4.2 Formulário para o cuidador domiciliar de idosos.....	52
4.4.3 Instrumento para coleta de dados dos idosos	52
4.4.4 Índice de Barthel	52
4.5 Procedimentos para a coleta dos dados	53
4.6 Intervenção de Enfermagem.....	56
4.7 Organização dos dados para análise	60
4.8 Aspectos éticos do estudo.....	60
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	62
5.1 Caracterização dos cuidadores	62
5.1.1 Apresentação do perfil sociodemográfico dos cuidadores.....	62

5.1.2 Apresentação do perfil sociodemográfico dos cuidadores que participaram da intervenção educativa	64
5.1.3 Análise do perfil sociodemográfico dos cuidadores	65
5.2 Caracterização dos idosos	71
5.2.1 Apresentação do perfil sociodemográfico e habitacional dos idosos	71
5.2.2 Análise do perfil sociodemográfico e habitacional dos idosos entrevistados	73
5.3 Avaliação do grau de dependência dos idosos	75
5.4 Conhecimento, atitude e prática dos cuidadores antes e depois da intervenção educativa	77
5.4.1 Apresentação dos resultados da avaliação de relação de ajuda cuidador-idoso nas dimensões conhecimento, atitude e prática	78
5.4.1.1 Análise do domínio Relação de ajuda cuidador-idoso nas dimensões conhecimento, atitude e prática.....	79
5.4.2 Apresentação dos resultados do domínio Alimentação nas dimensões conhecimento, atitude e prática	81
5.4.2.1 Análise do domínio Alimentação nas dimensões conhecimento, atitude e prática	84
5.4.3 Apresentação dos resultados do domínio Banho e higiene nas dimensões conhecimento, atitude e prática	85
5.4.3.1 Análise do domínio Banho e higiene nas dimensões conhecimento, atitude e prática	89
5.4.4 Apresentação dos resultados do domínio Mobilização e transferência nas dimensões conhecimento, atitude e prática.....	90
5.4.4.1 Análise do domínio Mobilização e transferência nas dimensões conhecimento, atitude e prática.....	93
5.4.5 Apresentação dos resultados dos domínios quanto à significância estatística nas dimensões conhecimento, atitude e prática	95
5.4.5.1 Análise dos resultados dos domínios quanto a significância estatística nas dimensões conhecimento, atitude e prática	96
6 CONCLUSÃO.....	101
REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICE A - INQUÉRITO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE CUIDADORES DOMICILIARES DE IDOSOS	122
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE APRECIÇÃO DE ESPECIALISTAS	129

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA ESPECIALISTAS.....	130
APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O CUIDADOR DE IDOSOS EM DOMICÍLIO	131
APÊNDICE E - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS IDOSOS	132
APÊNDICE f - PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM OS CUIDADORES DE IDOSOS.....	133
APÊNDICE g - ORIENTAÇÕES ESCRITAS AO CUIDADOR DE IDOSO	137
APÊNDICE h - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA O CUIDADOR.....	141
APÊNDICE i - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA IDOSOS	142
ANEXO A - AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL – ÍNDICE DE BARTHEL.....	143
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	145
ANEXO C – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO DE PORTUGUÊS.....	147

1 INTRODUÇÃO

O cuidado em ambiente domiciliar é uma prática desenvolvida ao longo da história humana. Na Bíblia, há relatos de pessoas que eram cuidadas em casa e curadas por Jesus. A caridade era a virtude cristã suprema, pois em nome do amor ao próximo, os crentes eram encorajados a cuidar daqueles necessitados – destituídos, incapacitados, pobres e famintos, aqueles sem abrigo e os doentes (PORTER, 2001). Com o crescimento do catolicismo e o avanço das ciências médicas, vieram à tona os cuidados de enfermagem e a invenção do hospital como uma instituição de cuidados à saúde que retirou da família a capacidade de autocuidar-se (SENA et al, 2006).

O cuidado domiciliar (re)surge em função das diversas alterações que a sociedade brasileira sofreu no decorrer dos anos como um modelo para o desenvolvimento de mudanças sociais e no sistema de saúde (LACERDA et al, 2006). Assim, tem sido resgatado como uma estratégia de assistência à saúde, que visa enfatizar a autonomia da pessoa, bem como realçar habilidades funcionais em seu contexto domiciliar (SANTOS; FUNGHETTO, 2011).

O envelhecimento da população é um fenômeno, dentre outros, que justifica a retomada das práticas de cuidado em domicílio, na atualidade. Sabe-se que junto ao processo de envelhecimento há o aumento da incidência de doenças crônicas, degenerativas, osteomusculares e câncer que, muitas vezes, levam o idoso a uma situação de elevada dependência (CAMPOLINA et al, 2013; DELLAROZA et al, 2013).

A transição da estrutura etária da população brasileira teve início quando a taxa bruta de natalidade começou a cair, em meados da década de 1960. A partir de então, tem-se observado o processo de envelhecimento demográfico brasileiro. Entre 1950 e 2000, o Índice de Envelhecimento¹ (IE) passou de 12 para 28, indicando que o processo de envelhecimento já vem ocorrendo há tempos e se intensificará ainda mais nas próximas décadas. Estima-se que, em 2030, o número de idosos (60 anos e +) iguale-se ao número de crianças e jovens (0-14 anos), com o IE de 100 e, em 2055, haja 208 idosos para cada 100 pessoas de 0 a 14 anos (ALVES, 2014).

Os dados acima mencionados evidenciam o desafio de readequar o cuidado à pessoa idosa na organização do sistema de saúde brasileiro, de forma que esteja centrado na

¹ Índice de envelhecimento – número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (CHAIMOWICZ, 1997).

atenção primária à saúde, com ações que priorizem principalmente o envelhecimento saudável e que alcancem às necessidades de educação em saúde dos idosos e de seus familiares.

Deve-se refletir sobre a assistência integral ao idoso com doença crônica, ao longo de toda a sua evolução. No entanto, ainda persiste a oferta, no sistema de saúde, de forma fragmentada e episódica, nas ocasiões de agudização destas. É necessária uma configuração que assegure a continuidade de um cuidado complexo, multidimensional, visando ao conforto e à qualidade de vida do ser cuidado (SANTOS, 2014).

Ressalta-se que a Política Nacional da Saúde do Idoso (BRASIL, 2006a) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) preconizam a permanência dos idosos sob os cuidados de suas famílias pelo maior tempo possível, desestimulando ações como a institucionalização.

Em obediência a este preceito, a atenção domiciliar foi instituída por meio da Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013, como:

nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013, p. 02).

Várias são as vantagens do cuidado ao idoso no âmbito domiciliar: a diminuição das intercorrências clínicas e riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar; oferta de suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares; instituição do cuidador, que pode ser um membro familiar ou qualquer pessoa com vínculo emocional com o paciente, que se responsabilize pelo cuidado junto aos profissionais de saúde, e a promoção da autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital (BRASIL, 2012a).

Acredita-se que o cuidado domiciliar possa ser uma oportunidade significativa para que a autonomia do indivíduo e da família se concretize, já que o cuidado no domicílio do usuário, paciente/cliente e família, é uma ação e atitude. Mais do que um fazer, é o momento em que o profissional vivencia com o indivíduo e a família situações de saúde-doença, em seu *locus* de habitação, de relações e de significado de vida (LACERDA, 2010).

Nesse contexto, salienta-se que o enfermeiro da atenção primária é responsável por realizar assistência integral dos indivíduos e famílias na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio (BRASIL, 2012b). Assim, o processo de trabalho da enfermagem gerontogeriatrica na atenção primária deve estar direcionado para as especificidades da pessoa idosa, estabelecendo relações e criando vínculos com o idoso, a

família e a comunidade, guardando sempre uma conduta ética. A atitude interativa, proativa, dialógica e compartilhada é a maneira de buscar recursos para a solução dos problemas de saúde, a melhoria do bem-estar e a qualidade de vida dos usuários (POLARE; ALVAREZ, 2014).

No entanto, estudos como os de Lacerda (2010), Motta, Aguiar e Caldas (2011) e Polare, Gonçalves e Alvarez (2013) têm revelado fragilidades dos enfermeiros na atenção à saúde da pessoa idosa, seja por desconhecimento do cuidado específico ao idoso, pouco preparo para cuidar na perspectiva da saúde da família e no domicílio, seja pela desarticulação no processo de trabalho. Esta realidade gera reflexões em torno da implementação de ações de educação em saúde ao idoso e sua família em cuidado domiciliar, pois se há fragilidades do enfermeiro no processo de cuidar, conseqüentemente, há dificuldades para planejar e realizar processos educativos dirigidos a esta clientela.

A promoção da autonomia do idoso e de sua família em cuidado domiciliar requer a parceria de um serviço de saúde sistematizado, com acompanhamento contínuo e integral, com supervisão das orientações delegadas ao cuidador.

O Ministério da Saúde define o cuidador de idoso como a pessoa que, sendo ou não membro da família, assume, com ou sem remuneração, o cuidado ao idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias (BRASIL, 2008).

O cuidador pode ser caracterizado como cuidador formal e informal. O cuidador formal é o profissional preparado em uma instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio, segundo as necessidades específicas do usuário; o cuidador informal é um membro da família, ou da comunidade, que presta qualquer tipo de cuidado às pessoas dependentes, de acordo com as necessidades específicas (BRASIL, 2006b).

No que se refere especificamente ao cuidador formal de idoso, ressaltam-se alguns dispositivos legais para regulamentar a profissão. O cuidador é uma ocupação reconhecida, integrante da Classificação Brasileira de Ocupações, do Ministério do Trabalho e Previdência Social, sob o código 5162-10. Para ingressar na profissão de cuidador formal de idoso, exige-se a experiência de dois anos em funções supervisionadas de auxiliar de cuidador em domicílios, instituições públicas, privadas ou organizações não governamentais, ou a participação em cursos específicos de formação profissional, concomitantemente ou após a formação escolar mínima exigida para a função (BRASIL, 2002).

No Senado Federal, o projeto de lei 284/2011, que dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idosos, foi aprovado, em novembro de 2012, e encaminhado à

Câmara dos Deputados para apreciação (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2014). Este recomenda idade mínima de 18 anos, com ensino fundamental completo e curso de qualificação em instituição de ensino reconhecida. Entre as atividades desses profissionais estão: auxílio nas rotinas de higiene pessoal e de alimentação; cuidados preventivos de saúde; amparo na mobilidade; apoio emocional e ajuda para a convivência social do idoso. Medicamentos também podem ser administrados por cuidadores, desde que autorizados pelo profissional de saúde responsável pela prescrição (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde (2008) aponta como tarefas principais desempenhadas pelo cuidador de idosos o auxílio na alimentação, cuidados de higiene pessoal, assistência ao idoso em sua locomoção e atividades físicas, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no seu cotidiano (BRASIL, 2008).

Todavia, sabe-se que, no cenário nacional, o cuidado informal ao idoso dependente é predominantemente assumido por um familiar, no ambiente domiciliar, o que pode ser justificado, em parte, pela ausência de uma rede de suporte formal adequada (FERRETTI, 2007).

Contudo, o Ministério da Saúde reconhece que os cuidadores informais nem sempre estão preparados para realizar tais tarefas e lidar com as tensões e esforços decorrentes do cuidar. Os cuidadores precisam de maior suporte das equipes de saúde, sejam as equipes de atenção básica ou de atenção domiciliar, pois muitas dessas pessoas assumem a tarefa de cuidador de maneira repentina e sem preparo para exercê-lo (BRASIL, 2012c).

Karsch (1998) num estudo sobre o suporte domiciliar aos idosos dependentes verificou que mais de 90% das famílias não recebem ajuda de serviços, grupos voluntários ou agências particulares. Mas, em torno de 30% destas famílias ficariam satisfeitas se pudessem receber algum tipo de assistência.

Przenyczka e Lacerda (2009) têm se preocupado com a maneira que os cuidadores têm aprendido as atividades do exercício do cuidado no domicílio, sobretudo com os aspectos legais que permeiam a prática de certos procedimentos. Pouco se tem refletido sobre os limites e consequências do processo educativo do cuidador.

Urge a necessidade de formação de grupos de cuidadores informais, conduzidos por profissionais da área de saúde, com o intuito de melhorar o conhecimento, trocar experiências e discutir estratégias adequadas para o processo de cuidar (ROCHA JÚNIOR et al, 2011).

Para Sousa et al. (2010), o enfermeiro tem desenvolvido ações educativas junto ao cuidador domiciliar no sentido de co-responsabilizá-lo e promover o cuidado do idoso no

domicílio com maior segurança. Portanto, a educação em saúde insere-se no contexto da atuação da enfermagem como uma estratégia promissora no enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações e seus contextos sociais. O enfermeiro destaca-se como educador, já que é quem tem assumido mais a educação em saúde no processo de cuidar.

Garcia et al. (2011) reforçam a importância de o enfermeiro ser facilitador do cuidado domiciliar, compreendendo e respeitando as diferentes culturas existentes, que podem modificar as maneiras de cuidar, de acordo com as singularidades de cada núcleo familiar. Assim sendo, também pode ser possível promover o intercâmbio dos saberes e práticas, vislumbrando a melhoria da qualidade de vida do idoso dependente, bem como da família provedora do cuidado.

Fornecer assistência qualificada ao idoso e seu cuidador envolve diretamente o fornecimento de subsídios para o cuidado domiciliar dos quais se pode destacar: o entendimento das necessidades humanas básicas, bem como das adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida em suas dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual. As estratégias devem abranger a promoção, manutenção e recuperação da saúde, além de respeitar a independência e propiciar a participação do sujeito idoso e de seu cuidador familiar no processo de cuidado (MARTINS et al., 2007).

Mediante o exposto, o conhecimento acerca do processo de cuidar do idoso no domicílio pode favorecer a mudança de atitude dos cuidadores e, se aplicado de forma adequada, a partir de estratégias educativas eficazes e aceitáveis, pode provocar mudança na prática do cuidar. A preocupação com o cuidador é recente no país e contribuir para que a prática do cuidado domiciliar seja mais segura requer intervenções educativas que possam abranger os domínios do conhecimento, atitude e prática.

Nesse contexto, suscitou-se a seguinte pergunta norteadora: a aplicação de uma intervenção de Enfermagem, baseada em estratégia educativa, com vistas à promoção da autonomia e capacidade funcional do idoso, proporciona o aumento do conhecimento e melhoria da atitude e prática do cuidador no cuidado domiciliar de idosos?

A hipótese levantada pelo presente estudo é que uma intervenção de Enfermagem baseada em estratégia educativa, abrangendo questões relacionadas à promoção da autonomia e capacidade funcional do idoso, direcionadas ao cuidador, aumenta o conhecimento e melhora a atitude e prática no cuidado domiciliar de idosos.

Entende-se que, com mais informações acerca dos cuidados que promovam a autonomia e capacidade funcional do idoso e a oportunidade de ter um suporte técnico, o

cuidador poderá utilizar-se deste recurso como ferramenta para a melhoria do conhecimento, atitude e prática dos cuidados de idosos no ambiente domiciliar.

Este estudo se torna relevante por haver uma demanda de cuidadores de idosos com necessidades educativas específicas relacionadas ao cuidado da pessoa idosa no domicílio, na realidade brasileira. Portanto, trata-se de uma pesquisa importante para o sistema de saúde, uma vez que propõe uma intervenção de Enfermagem que visa à qualificação do cuidado domiciliar, bem como a promoção da saúde da pessoa idosa que se encontra nesta modalidade de assistência.

Diante da problematização que se insere o fenômeno do envelhecimento e a legitimação da modalidade de atenção domiciliar pela política de saúde brasileira, a iniciativa do desenvolvimento de pesquisas que abrangem esta problemática é cada vez mais necessária.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa para a melhoria do conhecimento, atitude e prática do cuidador domiciliar de idosos.

2.2 Específicos

- Descrever as características sociodemográficas do cuidador e as relacionadas ao contexto do cuidado domiciliar.
- Identificar o perfil sociodemográfico e habitacional dos idosos em cuidado domiciliar.
- Verificar o grau de dependência dos idosos em cuidado domiciliar.
- Comparar conhecimento, atitude e prática de cuidadores de idosos sobre os domínios da relação de ajuda cuidador-idoso, alimentação, banho e higiene, mobilidade e transferência, na perspectiva da promoção da autonomia e capacidade funcional do idoso, antes e depois da intervenção educativa.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Emergência do cuidado domiciliar no Brasil

A atenção domiciliar vem se constituindo como um dos focos das políticas de saúde no Brasil, com o propósito de tornar-se uma modalidade substitutiva dentro das práticas em saúde (ABRAHÃO, 2011).

O cuidado realizado no domicílio é tão antigo como a existência das famílias como unidade de organização social, e volta, no início do século XXI, como uma possibilidade de desinstitucionalização, no contexto do Sistema Único de Saúde, potencializando novos lugares do cuidado, novas práticas, novas invenções no agir em saúde, novas maneiras de produzir sentidos para a vida/morte. A produção de cuidado e de inovações nas práticas de saúde será motivada por meio de um projeto ético-político que reconhece o usuário como sujeito, interlocutor decisivo na produção dos projetos terapêuticos (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Identificaram-se na literatura diversos termos utilizados para denominar o cuidado domiciliar, a saber: atenção domiciliar, assistência domiciliar, atendimento domiciliar, visita domiciliar, internação domiciliar, entre outros. Talvez esta polissemia derive das dificuldades históricas de definir claramente as características dessa modalidade assistencial, diferenciando-as das outras formas de assistência (REHEM; TRAD, 2005).

Acredita-se que a oferta de serviços no domicílio e a realização de atividades nesse contexto têm diferenças significativas e, portanto, é preciso que os profissionais de saúde tenham clareza em relação aos termos da atenção domiciliar à saúde, para que possam fundamentar suas práticas, ter uma visão unificada do processo de cuidar no domicílio e, conseqüentemente, obter maior êxito em seus objetivos (LACERDA et al., 2006).

Atenção domiciliar, o termo adotado atualmente pelas publicações do Ministério da Saúde é definido como

nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013, p02.).

Para Lacerda (2006) a atenção domiciliar é a modalidade de maior amplitude e engloba todas as atividades desempenhadas no atendimento, internação e visita domiciliar. É

uma prática não somente caracterizada por atuação multiprofissional, mas que envolve o usuário e sua família, visando ao estabelecimento da saúde como um todo.

Assistência domiciliar (ou atendimento) é o conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, realizadas em domicílio. E internação domiciliar, o conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao usuário com quadro clínico mais complexo e necessidade de tecnologia especializada (BRASIL, 2006b).

A visita domiciliar esteve presente no contexto histórico brasileiro, assumindo características diferentes de acordo com os diferentes cenários sociais, políticos e ideológicos pelos quais transitou (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008). Diz respeito à manutenção ou monitoramento, na residência, de situações específicas de saúde, temporárias ou não, bem como ao acompanhamento das demais situações do contexto familiar, buscando ações de promoção da saúde (ABRAHÃO, 2011). Parece ser o termo mais conhecido no sistema de saúde brasileiro e mais executado nas práticas de saúde com a comunidade.

Diante do exposto, compreende-se que a atenção domiciliar, termo utilizado na atualidade pela política de saúde brasileira, estabelece uma relação de complementaridade e interdependência com os demais termos, atendimento/assistência, internação e visita domiciliar (LACERDA, 2006).

Porém, em consonância com as ideias de Feuerwerker e Merhy (2008), o objeto “atenção domiciliar” reporta-se apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares. Portanto, aqui, utiliza-se o termo cuidado domiciliar por entender que a prática ancestral de cuidados familiares é decisiva para a produção de tecnologias de cuidado que as famílias e os cuidadores mobilizam para o enfrentamento das situações de “atenção domiciliar” propostas pelo sistema de saúde.

Não há registro formal da história do cuidado domiciliar no Brasil. Alguns pesquisadores que contribuíram com estudos nesta perspectiva os desenvolveram com base em depoimentos de pessoas que viveram o desenvolvimento desta modalidade de assistência (MENDES, 2001).

Sabe-se que o desenvolvimento do cuidado domiciliar no País, inicialmente, manteve maior ligação com o serviço de enfermagem, quando, em 1919, criou-se o Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro, com o intuito de promover a educação em saúde da população em suas casas (DUARTE; DIOGO, 2001 apud LIMA; SPAGNUOLO; PATRÍCIO, 2013).

Para Mendes (2001) o cuidado das enfermeiras visitadoras não visava ao indivíduo em sua totalidade e sim ao controle da cadeia de transmissão das doenças infecto-contagiosas, sob coordenação do serviço público de saúde.

Importante destacar que ainda persiste uma visão reducionista dessa prática assistencial. Lima, Spagnuolo e Patrício (2013) revelaram em seus estudos que as vantagens e contribuições do cuidado domiciliar na dinâmica social do idoso aparecem como consequência da cura e/ou reestabelecimento de uma patologia, deixando-se de lado o ser humano em sua totalidade e desconsiderando todas as suas dimensões, inclusive a espiritual. Apesar de parecer uma prática reducionista, a complexidade do ser humano em uma sociedade completa, como a tecnológica, não pode ser atribuída a apenas uma profissão ou um campo de intervenção. Assim, o cuidado “incompleto” no contexto atual de medicalização da sociedade pode ser considerado como um valioso avanço no campo da saúde.

A primeira experiência de cuidado domiciliar como atividade planejada aconteceu, em 1949, no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, cujo objetivo foi desospitalizar doentes crônicos estáveis para desocupar uma parte dos leitos superlotada. Tratava-se do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) ligado inicialmente ao Ministério do Trabalho, tendo sido incorporado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967 (REHEM; TRAD, 2005).

O cuidado domiciliar é um recurso seguro e eficiente para o atendimento a determinados tipos de paciente que, mesmo após a estabilização do quadro clínico, continuam necessitando de cuidados diários (DUARTE; DIOGO, 2000 apud LIMA; SPAGNUOLO; PATRÍCIO, 2013). Além disso, pode promover o estímulo e a manutenção da autonomia da pessoa, pois as tarefas no domicílio podem ser executadas no tempo conveniente às necessidades da pessoa, com o incentivo, apoio e possibilidade de maior desenvolvimento de vínculo com o cuidador (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Frente ao desafio vivenciado pelo acelerado envelhecimento populacional, o cuidado domiciliar ao idoso torna-se uma modalidade de extrema importância com vistas a reduzir possíveis danos biopsicossociais, além de introduzi-lo em seu núcleo familiar e convívio social.

As iniciativas da área governamental e do setor privado para atenção à saúde do idoso surgiram no início dos anos 1970 (VERAS, 2009). A Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada, em 1994, e regulamentada, em 1996, assegura direitos sociais, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994).

No início da década de 1990, observou-se uma expansão dos serviços domiciliares, conforme tendência mundial, concentrada em empresas privadas e nos centros urbanos, o que acarretou a regulamentação de seu funcionamento e políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no SUS (SILVA et al, 2010).

Em 1998, foi publicada a portaria nº 2.416, que estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para a internação domiciliar no SUS. Na década de 2000, existiam diversas experiências e projetos direcionados para a atenção no âmbito do domicílio, com variadas características e modelos de atenção, destacando-se, sob o aspecto normativo, o programa de Atenção Domiciliar Terapêutica para AIDS e o programa direcionado à atenção dos idosos (BRASIL, 2012a).

Em 2002, foi estabelecida a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, DOU, de 16/4/2002. Esta lei acrescenta capítulo e artigo à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS. Ainda em 2002, em 16 de abril, foi publicada a portaria SAS/MS nº 249, estabelecendo a Assistência Domiciliar como uma modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (REHEM; TRAD, 2005).

O artigo 2º da portaria de nº 249 estabelece que as Secretarias Estaduais de Saúde adotem as providências necessárias à articulação dos Centros de Referência Cadastrados com a Rede de Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2002). Esta é a primeira iniciativa de aproximação entre a atenção especializada e a atenção básica no que concerne à assistência domiciliar.

Em 2006, foi lançada a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC-ANVISA) n.11, datada de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar (BRASIL, 2006c). Em outubro de 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n.2.529, que institui, no âmbito do SUS, a internação domiciliar.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa foi aprovada, no ano de 2006, e assegura a atenção domiciliar aos idosos e reconhece a necessidade de enfrentamento de desafios como:

[..] número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos

responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental (BRASIL, 2006c, p.02).

Ainda no ano de 2006, por meio do Pacto pela Saúde, o SUS passou a considerar a saúde da população idosa como prioridade e, dentre as diretrizes estabelecidas, houve a implantação de serviços de atenção domiciliar. O Pacto pela Saúde foi um instrumento que provocou mudanças significativas no SUS e englobava três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Apresentava como objetivo a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas.

Entre os anos de 2006 e 2011, observa-se uma lacuna quando se estuda a regulamentação do cuidado domiciliar em âmbito federal. Gestores e trabalhadores nos municípios e estados, com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) implantado ou não, aguardavam um posicionamento ministerial sobre a regulamentação da Port. 2.529 ou sua revogação (BRASIL, 2012c).

Neste sentido, no início de 2011, foi retomado pelo Ministério da Saúde o tema da atenção domiciliar a partir de uma reflexão crítica acerca da portaria 2.529, com o objetivo de publicar nova portaria que se aproximasse mais das realidades e necessidades locais. Contudo, foi publicada a Portaria n.2029, em agosto de 2011, que institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e revoga a Portaria 2.529, de 2006. Esta portaria redefine a Atenção Domiciliar e propõe mudanças que tratam da ampliação do recorte populacional dos municípios elegíveis para implantação das equipes de atenção domiciliar, normatização de cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), suas respectivas Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP) e habilitação dos estabelecimentos de saúde aos quais estarão vinculadas, regras de habilitação e valores de incentivo. Esta portaria avançou em relação à anterior, de modo especial por reconhecer os cuidados domiciliares realizados pelas equipes de saúde da família (ESF), instituindo a modalidade AD1 em atenção domiciliar, que é aquela realizada pelas ESFs e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2012a).

Nesse contexto, foi lançado, no dia 8 de novembro de 2011, o Programa Melhor em Casa, representando um marco e um compromisso de que o cuidado domiciliar é uma prioridade para a Saúde Pública. Desde o seu lançamento até o ano de 2014, foram implantadas 470 equipes multiprofissionais de atenção domiciliar e 245 equipes multiprofissionais de apoio, em 256 municípios de 25 unidades federativas, representando uma cobertura populacional de, aproximadamente, 47 milhões de pessoas. Ressalta-se que a

maior concentração de municípios com implantação do Programa Melhor em Casa se localiza na região Sudeste (OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014).

A partir de então, observam-se esforços de âmbito federal para ampliar o acesso à população ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Assim, no dia 23 em maio de 2013, foi publicada a portaria 963, que está vigente hoje e provê esse tipo de assistência aos municípios com população igual ou superior a 20.000 habitantes, para tanto, devem estar cobertos por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e possuir hospital de referência no município ou região a qual integra (BRASIL, 2013b).

De acordo com o documento, a atenção domiciliar brasileira está organizada em três modalidades, a saber:

- Atenção domiciliar tipo 1 (AD1): destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde e não se enquadrem nas demais modalidades. A prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, 1 (uma) vez por mês.
- Atenção domiciliar tipo 2 (AD2): destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.
- Atenção domiciliar tipo 3 (AD3): destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos (suporte ventilatório não invasivo ou diálise peritoneal ou paracentese), podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. A prestação de assistência à saúde nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para esta finalidade, compostas por profissionais de diversas categorias (BRASIL, 2013, p. 4).

É fato constatado que a abrangência do cuidado domiciliar ao idoso pela política de saúde brasileira é recente e apresenta-se em fase de consolidação. Talvez, gestores,

profissionais de saúde e usuários possam se encontrar inquietos com o desafio de experienciar uma modalidade de assistência complexa que envolve família, cuidador e domicílio.

Apesar de a Estratégia Saúde da Família permitir o estabelecimento de vínculo ao longo do tempo e, por consequência, um cuidado mais humanizado, há indícios que as dificuldades ocorram tanto na organização como na operacionalização, na destinação de recursos e materiais, como na adequada assistência domiciliar (QUEIROZ et al., 2013). Assim, o atual cenário político passa a ser oportuno para o desenvolvimento de pesquisas que abordem este objeto de estudo na medida em que possibilita levantar questionamentos ainda não suscitados e tenha o propósito de contribuir para a melhoria da prática do cuidado ao idoso no domicílio.

Vale salientar que o cuidado prestado ao idoso no domicílio pelo cuidador trouxe ao debate política da Enfermagem brasileira questões éticas conflituosas para a profissão. Há o dilema que envolve a proibição de leigos assumirem atividades em domicílio, que são da Enfermagem, e o dever de o enfermeiro proporcionar a continuidade da assistência por meio do ensino do cuidado domiciliar (PRZENYCZKA; LACERDA; MAFTUM, 2012).

Destarte, o enfermeiro da atenção primária ou aquele que trabalha em programas de atenção domiciliar deve se comprometer com as questões éticas que envolvem o cuidado domiciliar, adotando atitude responsável, de zelo, garantida por meio de ações educativas de nível básico, relacionadas às atividades básicas da vida diária, com monitoramento e supervisão, em domicílio, da assistência em saúde prestada pelo cuidador.

3.2 Autonomia e independência: eixos centrais do cuidado ao idoso

A autonomia é um termo derivado do grego *autos* (próprio, eu) e *nomos* (regra, autoridade, lei), significa a capacidade de poder tomar decisões sobre si mesmo e assumir o controle de sua vida. Portanto, inclui noção de autogoverno, liberdade de direitos, escolha individual, agir segundo a própria pessoa (OLIVEIRA; ALVES, 2010).

A promoção da autonomia das pessoas idosas trata-se de um dos objetivos centrais do envelhecimento saudável, dando direito à sua autodeterminação, mantendo assim sua dignidade, integridade e liberdade de escolha que é fundamental para a qualidade de vida (BRASIL, 2006c).

Quando se fala sobre o princípio da autonomia na assistência à saúde ao idoso, durante a assistência de Enfermagem, cabe ao profissional considerar a capacidade de escolha, crenças e valores morais do paciente, ou seja, possibilitar que o idoso exerça a sua

autonomia e decida dentre quais alternativas de cuidado ele deseja, logo após compreender claramente as consequências de cada uma delas (CUNHA, 2011).

A limitação ou perda da autonomia gera uma dependência, que é a perda da capacidade de se adaptar às condições de vida, classificada em dependência estruturada, física e comportamental. No entanto, a dependência não constitui um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados (MIGUEL; PINTO; MARCON, 2007).

Conforme Gratão et al. (2013), a dependência funcional pode ser entendida como a incapacidade de preservar as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma. É mensurada por meio da incapacidade de realizar as atividades de vida diária (AVD), sejam elas básicas (ABVD), descritas por atividades de autocuidado, ou instrumentais (AIVD), que envolvem ações de organização da rotina na diária (GRATÃO et al., 2013).

Para Guerra e Caldas (2008) as dificuldades encontradas na velhice são: dependência, perda da função social, aposentadoria, exclusão social, esquecimento, capacidade de julgamento diminuído, desgaste físico, perda de resistência, múltiplas doenças, demência, senilidade, degeneração física e mental, inatividade, declínio da imagem física, desrespeito por parte dos mais jovens, preconceito quanto ao exercício da sexualidade, inutilidade, perda dos prazeres da vida, esquecimento familiar, isolamento, solidão, tristeza, depressão, institucionalização como morte social, proximidade da morte.

Após o entendimento dos conceitos de autonomia e independência, é possível perceber que:

[...] a qualidade de vida no âmbito da velhice está intimamente relacionada à manutenção da autonomia nessa fase da vida. O idoso que mantém sua capacidade funcional, sua autonomia pode ser percebida no desempenho das atividades de vida diária, o que não é verificável entre idosos dependentes de outras pessoas (GALISTEU et al., 2006, p. 209).

A qualidade de vida desejável é aquela que oferece condições mínimas para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, vivendo, sentindo ou amando, trabalhando, produzindo bens ou serviços ou simplesmente existindo. Entretanto, muitas pessoas procuram associar qualidade de vida com o fator saúde. Nessa perspectiva, saúde, independente de qualquer definição idealista que lhe possa ser atribuída, é produto das condições objetivas de existência (SANTOS et al., 2002).

Na velhice, ocorrem alterações psicológicas, pois as circunstâncias do dia a dia se modificam, surgindo novos papéis e novos problemas a enfrentar. O

desconhecimento dessas modificações estabelece sérias dificuldades de adaptação a essa fase, as quais podem associar-se a problemas decorrentes de situações mal resolvidas ao longo dos anos (MAZO, 2009, p. 73).

Os resultados do estudo realizado por Melo et al. (2013) chamam a atenção para a importância de se refletir sobre o desenvolvimento da melhoria da qualidade de vida, através de intervenção baseada em trabalhos multidisciplinares, na qual os profissionais atuem no sentido de diminuir a dependência funcional e também facilitar o desenvolvimento do sentido da vida para o ser idoso.

Neste contexto, os profissionais de Enfermagem devem utilizar no cuidado ao idoso a ciência, a arte, a estética e a ética no processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde, por meio de ações de cuidado destinadas a ajudá-lo a viver de forma mais saudável. O cuidado pensado autenticamente como existencial, essencial do ser humano, diz respeito a zelo, atenção, carinho e solicitude, constituindo, dessa forma, uma relação pela qual a pessoa sai de si para se centrar na preocupação com o outro (VALE; PAGLIUCA, 2011).

A Enfermagem é responsável por avaliar a família e, nesse ínterim, conhecer a dependência de cada indivíduo, suas repercussões no sistema familiar e identificar os recursos que os familiares necessitam para responder às suas necessidades. Normalmente, a doença de uma pessoa afeta todos os membros do grupo familiar. Assim, é necessário que os profissionais visualizem esta realidade e prestem cuidados humanizados, holísticos ao idoso e à sua família (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

Destaca-se, então, que o papel da enfermagem não deve restringir-se aos cuidados relacionados ao tratamento medicamentoso. No planejamento do cuidado ao idoso, devem ser estabelecidas como metas a escuta e a interação junto ao idoso e à sua família com intuito de fazer com que o paciente compreenda o seu tratamento e se fortaleça o vínculo entre profissional e cliente (SILVA et al., 2012).

Segundo Almeida et al. (2012), a Enfermagem atua como um elemento essencial no cuidado ao idoso e deve estar sempre atenta diante das necessidades de saúde dos idosos em condição de dependência, como também estar mais próxima dos cuidadores para orientá-los e acompanhá-los no processo de cuidar, a fim de propor ações que visem ao suporte assistencial de forma ampliada.

Diante do exposto, compreende-se que a Enfermagem é responsável por desenvolver uma postura de apoio e acompanhamento das pessoas idosas, promovendo atitudes terapêuticas que alcancem o elevado potencial de saúde, prevenindo assim agravos à saúde, maximizando o seu bem-estar, desenvolvendo estratégias que auxiliem nas atividades

de vida diária, desenvolvendo processos de adaptação aos problemas de saúde e contribuindo para a máxima eficácia dos cuidados de Enfermagem (PEREIRA; COSTA, 2007).

Para que o cuidado de Enfermagem seja eficaz, deve-se promover uma assistência que valorize as diversidades étnicas e culturais. As ações que envolvem o cuidado de enfermagem aos idosos devem entender continuamente os aspectos de sua cultura, pois as pessoas que são cuidadas de maneira contraditória com seus padrões e crenças podem rejeitar o tratamento e apresentar sinais de conflitos culturais, frustração, estresse e preocupações de ordem moral e ética (SOUZA; ZANGONEL; MAFTUM, 2007).

Estudo realizado por Rocha et al. (2011) descreve o cuidado dos enfermeiros com os idosos como um cuidado humanizado, onde há respeito e ajuda mútua nos aspectos físico, mental, espiritual, social e psicológico. Portanto, a Enfermagem tem um relevante papel na assistência aos idosos dependentes e através de suas intervenções podem contribuir para a melhoria da autonomia e independência do idoso em seu contexto domiciliar.

3.3 Ações educativas desenvolvidas por enfermeiros junto ao cuidador de idosos

As ações educativas foram tema de discussão na agenda da política de saúde brasileira na X Conferência Nacional de Saúde, em 1996. Na ocasião, foram formuladas propostas que ressaltavam a importância da formação dos trabalhadores da saúde orientada pelos problemas e necessidades sociais em saúde e pela mudança das relações entre profissionais e usuários, buscando o diálogo permanente com diferentes formas de conhecimento, de modo especial, com o saber popular (BRASIL, 1996).

Até então, as ações educativas tinham um caráter mais rígido, focado na unilateralidade de um saber diante de um não saber e, de caráter formal, autoritário, na medida em que não considerava os demais aspectos que influenciam na eficácia das informações/orientações transmitidas pelos profissionais. Não havia oportunidade de refletir sobre as ações educativas por eles desenvolvidas nos serviços de saúde ou nos diversos cenários que potencializam essa prática como escolas, associações comunitárias, igrejas, entre outros (ALVES; AERTS, 2011).

Segundo Machado et al. (2007), o conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que incluem a participação de todas as pessoas, considerando o contexto de sua vida cotidiana independente se estas tenham ou não risco de adoecimento.

Cervera et al. (2011), em seu estudo, verificaram que a maioria dos enfermeiros

tem uma proximidade com a educação em saúde, entendendo-a como prática norteadora do processo-saúde-doença, representando uma ferramenta imprescindível para a prevenção de doença e promoção da saúde.

Assim sendo, a intervenção educativa em saúde é algo dinâmico que visa dar competências a indivíduos ou grupos para obtenção de melhores condições de saúde, logo, o interveniente tem como função propor estratégias no intuito de oferecer caminhos que possibilitem transformações nas pessoas e comunidades (SOUZA et al., 2007).

Acredita-se que para se conseguir uma verdadeira capacidade de ação e autonomia é necessário usar estratégias combinadas, incluindo educação, capacitação, intervenção favorável e criação de organizações (UNESCO, 1976).

O conhecimento acerca das ações educativas desenvolvidas por enfermeiros junto aos cuidadores domiciliares de idosos torna-se relevante na medida em que possibilitará identificar experiências positivas e subsidiar gestores e profissionais de saúde na elaboração de estratégias educativas, que envolvam os cuidadores em seus diversos campos de atuação e públicos-alvo.

Diante da realidade epidemiológica atual, o sistema de saúde precisará urgentemente acertar em investimentos que atendam às demandas da população. A prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da saúde, a independência e a autonomia em uma população mais velha serão os maiores desafios relacionados à saúde decorrentes do envelhecimento da população (VERAS, 2012). Portanto, estudos que evidenciem intervenções neste sentido são cruciais para a prática de cuidado domiciliar de idosos.

Com relação às necessidades de aprendizagem, Martins (2007) verificou que os cuidadores apresentavam necessidades de orientações relacionadas às doenças, aos medicamentos, às dietas e ao exercício físico. No entanto, os cuidadores manifestaram maior preocupação com a agudização das doenças crônicas e, assim sendo, estavam abertos para receber as informações precisas que possam ampliar seus conhecimentos sobre o processo de cuidar.

Samia, Hepburn e Nichols (2012), no intuito de levantarem subsídios para a elaboração de um programa educativo avançado, voltado ao cuidador, exploraram as necessidades de aprendizagem e os desafios enfrentados por cuidadores que participaram do Programa Cuidador de Savvy Maine. Os temas identificados pelos autores foram: 1. Busca de conhecimentos e habilidades para gerir novas necessidades/problemas, relacionados com a capacidade de identificar precocemente os estágios da doença e já saber o que realizar; 2.

Estratégias para apoiar nas atividades de vida diária; 3. Planejamento e mecanismo de enfrentamento na tomada de decisões difíceis; 4. Melhora da comunicação com os outros e 5. Reforço do autocuidado do cuidador.

Farran et al (2003) objetivaram identificar o conteúdo e as habilidades que cuidadores familiares de pessoas com demência precisam para enfrentar quatro grandes aspectos do cuidado: (a) os comportamentos difíceis e respostas emocionais, (b) atividades pessoais e instrumentais da vida diária.

Hinojosa e Rittman (2009) avançaram em seus estudos quando estudaram a associação entre as necessidades de educação em saúde e lesões corporais sofridas em decorrência das atividades relacionadas com o papel de cuidador. Os autores observaram que os cuidadores que tinham maior necessidade de educação tinham duas vezes mais chances para ter incorrido em uma lesão relacionada com as atividades de cuidado.

No que se refere às estratégias educacionais para o cuidador de idosos, observou-se o investimento de programas educacionais voltados aos cuidadores de idosos, vítimas de acidente vascular cerebral, demência e câncer (CÉSAR; SANTOS, 2005; COEN et al, 1998). Sabe-se que as respectivas doenças estão inclusas no rol das doenças crônicas mais comuns no envelhecimento.

Os cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral, após participarem de um programa de alta hospitalar, revelaram que as orientações recebidas os auxiliam no cuidado domiciliar. Acrescentaram que, após o conhecimento adquirido, passaram a incentivar a autonomia do idoso. As características do programa educacional de valorizar o saber popular e as trocas de experiências entre os participantes foram evidenciadas como algo positivo no processo de aprendizagem (CÉSAR; SANTOS, 2005).

Hudson et al (2008) desenvolveram e avaliaram um programa psicoeducacional com características semelhantes ao de César e Santos (2005) de valorização das trocas de experiências entre os cuidadores familiares de parentes com câncer avançado em domicílio. Os resultados foram positivos na medida em que possibilitaram uma melhoria na preparação, competência e satisfação no papel do cuidado.

Alguns estudos objetivaram avaliar o impacto de uma intervenção educativa na qualidade de vida dos cuidadores de idosos (COEN et al,1998; LARSON et al, 2005). Coen et al (1998) realizaram estudo que objetivou avaliar o impacto de um programa educacional na qualidade de vida do cuidador de idosos com demência. Os achados mostraram que o programa aumentou o conhecimento dos cuidadores sobre a demência, mas não teve impacto significativo na qualidade de vida, sobrecarga ou bem-estar dos cuidadores.

Com resultados semelhantes, Larson et al (2005) determinaram o impacto de um programa de educação e apoio conduzido por enfermeiro para a melhoria da percepção da qualidade de vida geral dos cônjuges, situação de vida em geral, bem-estar e estado de saúde. Os autores concluíram que não houve diferença significativa entre os grupos de intervenção e controle nos aspectos investigados.

No entanto, Marin et al (2013) sustentam as evidências com base em um estudo de revisão sistemática, que analisou exclusivamente ensaios clínicos randomizados de programas de educação e suporte para o cuidador, que esse tipo de intervenção é mais efetiva, quando comparada ao cuidado usual para a redução da sobrecarga dos cuidadores de pacientes.

Já De Wit e Van Dam (2001) investigaram o papel dos enfermeiros do distrito no cuidado de pacientes com câncer e dor crônica em casa, bem como os efeitos de um Programa de Educação da dor para os pacientes e suas enfermeiras distritais. O Programa de Educação da dor consistiu em uma abordagem que utilizou várias metodologias para informar sobre dor, instruir como relatar a dor e como acionar os prestadores de serviços de saúde. Os autores constataram que a melhoria dos conhecimentos sobre a dor não leva automaticamente a uma mudança no comportamento.

Nota-se um limite de produções científicas que contemplam as ações educativas ao cuidador de idosos, na perspectiva da atuação do enfermeiro. Os enfermeiros apresentam uma prática educacional junto aos cuidadores ainda insuficiente, o que deve ser mudado urgentemente por se tratar de uma demanda social importante. Promover educação em saúde para o cuidador torna-se um recurso necessário à melhoria da assistência de idosos em domicílio.

3.4 Promoção da saúde e o uso de tecnologias em saúde para o cuidado domiciliar de idosos

Com o intuito de fortalecer o Sistema Único de Saúde a estratégia de promoção da saúde é incorporada como uma possibilidade de focar os aspectos políticos e técnicos que determinam o processo-saúde-adoecimento. Nesse contexto, a Política Nacional de Promoção da Saúde foi aprovada, inicialmente, pela Portaria 687, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006).

No ano de 2014, considerando a necessidade de atualização, a Política Nacional de Promoção da Saúde foi redefinida através da Portaria 2.446, de 11 de novembro de 2014.

Dentre seus objetivos específicos explícitos no Art.7, consta o de promover processos de educação, formação profissional e capacitações específicas em promoção da saúde para trabalhadores, gestores e cidadãos (BRASIL, 2014).

Sabe-se que três importantes conferências internacionais sobre o tema, realizadas entre 1986 e 1991, em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsval (1991), estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde (BUSS, 2009).

Para Buss (2009) o que vem caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação da interferência dos determinantes gerais sobre as condições de saúde: a saúde é resultante de um conjunto de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, condições favoráveis de trabalho, educação, ambiente limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um suporte adequado de cuidados de saúde.

Conforme descrito na Carta de Ottawa, a promoção da saúde é “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002:19). Destacam-se as três estratégias fundamentais da promoção da saúde, defesa de causa, de capacitação individual e social para a saúde e de mediação entre os setores envolvidos. A Carta de Ottawa determina também cinco campos de ação para a promoção da saúde, a saber: 1. Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2. Criação de ambientes favoráveis à saúde; 3. Reforço da ação comunitária; 4. Desenvolvimento de habilidade pessoais e 5. Reorientação do sistema de saúde.

A promoção da saúde, entendida como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006).

Frente ao exposto, percebe-se uma ausência de iniciativas públicas do setor saúde de se estabelecerem recomendações específicas do cuidado ao idoso no domicílio com vistas a sua autonomia e independência. Considera-se esta realidade uma necessidade social incontestável devido ao envelhecimento populacional.

Tal fato tem gerado ansiedade nos profissionais de saúde para lidar com a situação específica e condutas diversificadas que muitas vezes levam à ocorrência de iatrogenias no idoso.

Para Lehoux (2004) as políticas destinadas a aumentar a prestação de cuidados em domicílios devem integrar cautelosamente princípios e recursos tecnológicos e ao mesmo instante garantir acompanhamento vigilante dos usuários.

Nesse contexto, entende-se tecnologia como um grupo de saberes e fazeres interligados a produtos e materiais, que determinam tratamento e método de trabalho e se compõem em instrumentos para realizar intervenções na produção da saúde (NIETSCHE, 2000). A tecnologia encontra-se em todas as fases de cuidado de Enfermagem, sendo observada tanto no processo como no produto. Ademais, ela se faz presente na forma como se determinam as relações entre os agentes e na maneira como se dá a assistência em saúde, sendo este entendido como um trabalho vivo em ato (ROCHA et al, 2008).

As tecnologias em saúde abrangem os sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, programas e protocolos assistenciais através dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2005).

Os modelos de tecnologia que os profissionais podem utilizar são: tecnologia dura, na qual se aplicam instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos; tecnologia leve-dura, quando se lança mão de saberes estruturados (teorias, modelos de cuidado, processo de enfermagem); e tecnologias leves, nas quais se visualiza claramente que a realização do cuidado necessita do estabelecimento de relações (vínculo, gestão de serviços e acolhimento) (MERHY, 2002).

Entende-se que, no processo de trabalho em saúde, há um encontro do profissional com o usuário, em que são expressos as intencionalidades, conhecimentos e representações, como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde para o momento do trabalho (FRANCO e MERHY, 2012).

O ato de cuidar é a alma dos serviços de saúde, pois o objeto da saúde não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se acredita ser possível atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar (MERHY, 2002). Utilizam-se diferentes estratégias para produzir saúde que vão desde o cuidado individualizado até o cuidado coletivo com grupos de usuários.

Franco e Merhy (2012) defendem as tecnologias leves como importantes ferramentas de gerenciamento utilizadas pelo enfermeiro na busca da qualidade do cuidado prestado aos usuários, pois estabelecem momentos de intercessão entre trabalhadores e usuários e permitem a real possibilidade de reconhecimento e satisfação das necessidades dos indivíduos, contribuindo para a concretização e sustentação de um modelo de assistência que venha a contemplar um cuidado humanizado e integral, conforme os pressupostos do Sistema

Único de Saúde.

Na Enfermagem, essas tecnologias integram o ato de cuidar em si, relacionadas às interações com o cliente, expressadas interpessoalmente. Nessa concepção, é normal e recíproco que enfermeiro e cliente afetam e são afetados mutuamente, pois estão presentes os sentimentos, as emoções, crenças, valores de ambos os sujeitos, aprendendo, assim, um com o outro (SALVADOR et al., 2012).

Os resultados da pesquisa de Silva, Alvim e Figueiredo (2008) apontaram que, no campo da Enfermagem, as tecnologias leves ganham dimensão de cuidado em si. Elas utilizam atributos que são próprios da relação humana, fundamentais na construção de vínculo entre o profissional e o cliente no espaço do cuidado. Para que o enfermeiro desenvolva um cuidado de Enfermagem eficiente, autêntico e de qualidade, é necessário considerar em suas ações aspectos essenciais à relação humano-humano, como: a conversa, o saber ouvir, o toque, o compartilhamento de ideias, a demonstração de preocupação e a expressão de afeto, estar atento aos desejos e reivindicações, e ainda outros aspectos que são valorizados na visão holística do cuidado.

Acredita-se que, dado o potencial de sensibilidade e criatividade do enfermeiro, vários tipos de tecnologias leves podem ser incorporados no cuidado domiciliar de idosos. Nesse ínterim, a inserção das tecnologias no âmbito da educação em saúde complementa as ações desempenhadas pelo enfermeiro na sua relação com o idoso e de seus cuidadores. É importante auxiliá-lo na modificação de suas práticas e contribuir para o resgate do cuidado de si como um todo (BARROS et al., 2012).

A tecnologia educativa surge como um dispositivo acessível que viabiliza o processo ensino-aprendizagem, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades, sendo intercâmbio de conhecimentos para o cuidado do idoso no cenário domiciliar (SOUZA et al, 2005).

Conforme Habermas (1997), as tecnologias educacionais tornam-se aliadas da educação, na qual falantes e ouvintes são atores e criam relações interpessoais compartilhando e trocando as experiências vividas, livrando-se do domínio técnico dos instrumentos para avançar na modificação social, por intermédio da consciência crítica.

A tecnologia educacional consiste num grupo sistemático de conhecimentos científicos que torne possível o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento, envolvendo todo o processo educacional formal e informal. Para aplicar uma tecnologia de processo ou de produto, é necessário que o educador (profissional da saúde) seja um mediador do processo ensino-aprendizagem e o educando (clientela) um sujeito participante desse

processo e que ambos usem a consciência criadora da sensibilidade e da criatividade na busca do crescimento pessoal e profissional (NIETSCHE, 2003).

Ressalta-se que a tecnologia, enquanto instrumento, é um componente importante de trabalho na prática educativa, porém não se restringe à tecnologia em si. Ela também valoriza a padronização lógica das atividades de tal maneira que possam ser sistematicamente evidenciadas, compreendidas e repassadas (NIETSCHE, 2005).

No rol das tecnologias leves-dura e duras, é notável a influência da inovação tecnológica, seja em termos de disponibilidade de equipamentos ou em novas técnicas assistenciais, sobre diferentes campos ou especialidades. Assim, são impactados os conhecimentos da clínica e da epidemiologia, da dimensão cultural do processo saúde-doença e os modelos de organização e gestão do trabalho (LORENZZETI et al, 2013).

Acredita-se que o uso de tecnologias da informação na assistência domiciliar, especialmente a utilização de software, poderá contribuir tanto para a melhor qualidade no trabalho dos profissionais de saúde como também para a satisfação do usuário no contexto da atenção domiciliar. Sabe-se que dentre as vantagens do uso de tecnologias de informação para o profissional de saúde estão o compartilhamento e o gerenciamento de informações, acesso e utilização destas de forma mais rápida, e para o usuário, a melhoria do acesso e integralidade dos serviços (SANTOS JUNIOR; SANTOS, 2011).

A tendência recente de oferta de tecnologias utilizadas na saúde proporciona um impacto positivo na qualidade dos serviços, pois favorece a redução da morbidade e a mortalidade, assim como a preservação da funcionalidade e qualidade de vida do usuário, na medida em que permitem aos serviços a melhoria do fluxo das informações (SASS et al, 2012).

Há experiências que evidenciam resultados positivos na utilização de tecnologias de informação na assistência domiciliar. Estudo internacional investigou a eficácia após instalação de unidades de *telehomecare*, nas casas dos pacientes, com múltiplas doenças crônicas. *Telehomecare* trata-se da utilização de telessaúde, na qual traz os serviços de saúde aos pacientes em suas casas. Os resultados revelaram que a tecnologia provoca uma sensação de segurança aos usuários, uma vez que estes são monitorados constantemente (LIDY et al., 2008).

Ainda, em estudo de revisão integrativa, identificaram-se como estratégias utilizadas para apoio à assistência a pessoas com doenças crônicas: envio de mensagens e/ou questionários por telefone celular, ligações e utilização de monitores para transmissão dos valores de sinais vitais (CAVALARI et al., 2012). As vantagens dessas estratégias são o

incentivo à co-responsabilização por parte dos usuários frente sua doença, diminuição da ansiedade e melhoria da qualidade de vida, para os profissionais, acrescentam-se a identificação de sinais e sintomas precocemente e a otimização de tempo e, para o sistema público de saúde, a redução da taxa de internações e o uso de consultas ambulatoriais.

No Brasil, Carvalho, Copetti e Loques Filho (2011) apresentaram o Sistema Computacional Inteligente de Assistência Domiciliar à Saúde (SCIDS) o qual objetiva integrar aspectos relevantes ao telemonitoramento do paciente no seu ambiente domiciliar. Nesse sistema, um protótipo centra-se na contínua identificação da situação de saúde do paciente associada à definição de um plano de cuidados. Ele coleta dados fisiológicos do paciente e associa à atividade realizada por ele e assim uma Central de Saúde Residencial determina a situação de saúde.

Os resultados das iniciativas descritas destacam a importância de se agregar o uso dos sistemas de informação na prática clínica do cuidado ao idoso em seu domicílio. Nesse contexto, Tirado (2013) propôs uma inovação tecnológica, o software *Modelo de Planes de Cuidad de Atención Domiciliária Holística* (MPCADH), que avalia a independência funcional, a partir da informatização do Índice de Barthel, instrumento utilizado para mensurar o estado de dependência e autonomia, oferecendo um plano de intervenção à pessoa, família e cuidador, conforme as necessidades identificadas.

O MPCADH trata-se de um sistema informatizado (Tirado, 2013) o qual associa o Índice de Barthel, os diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), intervenções e resultados de enfermagem, que derivam do Nursing Interventions Classification (NIC) e da Nursing Outcomes Classification (NOC)

Entre as tecnologias leves-dura utilizadas no cuidado ao idoso, têm-se os instrumentos geriátricos recomendados para a avaliação global de idosos no âmbito da atenção básica, conforme proposto pelo Ministério da Saúde (2007).

A avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade. A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas (BRASIL, 2007, p. 30).

Um desses instrumentos que têm sido amplamente utilizados é o Mini Exame do Estado mental (MEEM), recomendado para avaliar a função cognitiva em vários domínios (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho). Foi validado e adaptado para

uso na população brasileira, é de fácil aplicação e deve ser utilizado como instrumento de rastreio, ou seja, não substitui uma avaliação mais detalhada pelo profissional de saúde.

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) é uma ferramenta útil de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em idosos. Trata-se de um questionário com quinze perguntas com respostas objetivas sobre como o idoso tem se sentido durante a última semana.

A Escala de Avaliação do Equilíbrio e da Marcha de Tinetti foi adaptada, em 2003, para ser utilizado na população brasileira. O teste avalia as condições vestibulares e da marcha da pessoa idosa.

O Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de Sidney Katz é utilizado para avaliar as Atividades da Vida Diária (AVD). Avalia a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação), classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes.

A Medida de Independência Funcional (MIF) objetiva medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que a pessoa com deficiência exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas. Este instrumento foi adaptado para o Brasil e verifica o desempenho da pessoa idosa para um conjunto de dezoito tarefas, referentes às subescalas de autocuidados, controle esfinteriano, transferências, locomoção, comunicação e cognição social.

A Avaliação de Violência e Maus-Tratos Contra a Pessoa Idosa é um instrumento desenvolvido em Porto Rico, permite avaliar possíveis situações de violência contra as pessoas idosas. Deve ser aplicado à pessoa idosa sozinha, evitando-se situações constrangedoras.

Percebe-se que há uma preocupação política em estabelecer recomendações sobre o uso de instrumentos geriátricos na atenção básica. No entanto, preocupa-nos a observação de que seu uso não se efetiva no cuidado prestado ao idoso por diversas questões relacionadas ao processo de trabalho em saúde. O uso de instrumentos requer dos profissionais de saúde tempo, organização e estrutura do serviço, disposição de profissionais e pacientes, pois não há uma cultura de cuidado planejado.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Realizou-se um estudo de intervenção, no qual o pesquisador manipula o fator de exposição (a intervenção), modificando intencionalmente algum aspecto que tenha como resultado a mudança do estado de saúde de indivíduos ou comunidades (ESCOSTEGUY, 2009). Esse tipo de estudo pode ter ou não grupo-controle.

A escolha desse tipo de estudo se justifica, pois se buscou testar os efeitos de uma intervenção educativa dirigida aos cuidadores domiciliares de idosos para a melhoria do conhecimento, atitude e prática. A opção por se trabalhar com grupo único se deu pela dificuldade de recrutamento dos participantes da pesquisa.

Polit e Back (2011) classificam esse este tipo de estudo em experimental e quase-experimental. O delineamento verdadeiramente experimental caracteriza-se pelas propriedades de manipulação, controle e randomização. Para fins desta pesquisa foi delineado o modelo quase-experimental o qual não inclui a randomização, além dos participantes do estudo se constituírem seu próprio controle.

Portanto, trata-se de um estudo de intervenção não controlado, chamado antes e depois, nos quais as pessoas recebem a intervenção e sua condição é verificada antes do início e após (ESCOSTEGUY, 2009).

4.2 Local e período do estudo

O período da coleta de dados do presente estudo ocorreu de fevereiro a julho de 2015, no município de Sobral-CE, cuja área territorial abrange 2.122.897 km². Situa-se na zona do sertão centro-norte do Estado do Ceará, a uma distância de 224 km da Capital de Fortaleza. A população da cidade de Sobral-CE, no ano de 2010, somou 188.233 habitantes, e para o ano de 2013, foi estimada para 197.663 habitantes (IBGE, 2014). A Figura 1 mostra o mapa territorial do referido município e a cobertura das equipes de saúde da família, cada cor corresponde a uma macroárea.



Figura 1 - Mapa de Sobral e a cobertura pelas equipes de saúde da família

Fonte: Secretaria de Saúde de Sobral- CE, 2015.

Atualmente, o município de Sobral tem 57 equipes de saúde da família, organizadas por macroáreas, conforme a seguinte distribuição territorial: **Macro I** - Taperuaba, Bilheira, Aracatiçu, Jordão, Baracho, São Francisco, Aprazível, Caracará, Patos, Jaibaras, Rafael Arruda, Bomfim e Torto; **Macro II** - Vila União, Sumaré, Junco, Coelce, Alto do Cristo, Terrenos Novos e Coahb III; **Macro III** - Pedrinhas, Expectativa, Estação, Centro, Tamarindo, Recanto, Caique e Alto da Brasília e **Macro IV** - Caioca, Patriarca, Salgados do Machado, Coahb I e II, Dom Expedito e Sinhá Saboia.

As equipes de saúde da família de Sobral, da zona urbana, prestam assistência ao idoso com apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e dos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, constituindo um trabalho multiprofissional, envolvendo diversas categorias como enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, educador físico, entre outros.

Conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), mês de novembro de 2015, o município de Sobral abrange uma população de 23.869 idosos, destes, em média, 35 encontram-se assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e os demais estão sob a responsabilidade das equipes de saúde da família, inclusive os idosos dependentes

que se encontram restritos ao lar ou acamados. Ressalta-se que há, em média, 740 pessoas em cuidado domiciliar, sob responsabilidade da equipe de saúde da família, na zona urbana do referido município.

O SAD de Sobral possui uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapeuta e uma Equipe Multiprofissional de Apoio composta por nutricionista, assistente social e psicóloga.

Os domicílios dos idosos em cuidados domiciliar, cadastrados no Programa Melhor em Casa e pelas equipes de saúde da família dos territórios da Coelce, Terrenos Novos e Alto da Brasília, constituíram-se cenários da pesquisa. A escolha desses territórios ocorreu intencionalmente por concentrar um número significativo de pessoas em cuidado domiciliar, conforme dados da Secretaria de Saúde de Sobral-CE do ano de 2015.

4.3 População e amostra do estudo

A população do estudo foi composta pelos cuidadores de idosos, bem como os próprios idosos sob cuidado domiciliar acompanhados pelo Programa Melhor em Casa, e pelas equipes de saúde da família de Sobral-CE.

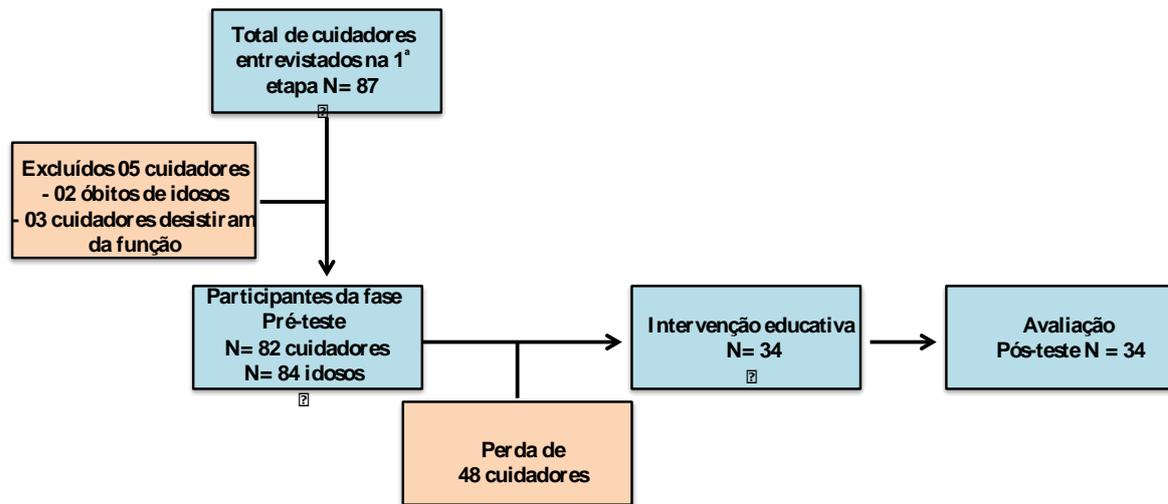
O procedimento da amostragem foi não probabilística e por conveniência, pois houve seleção das áreas que tinham maior concentração de pessoas com dependência funcional. A amostragem não probabilística é aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende de partes do julgamento do pesquisador. Na amostra por conveniência, o pesquisador seleciona membros da população mais acessível, reconhecendo que estes possam representar o universo (MAROTTI et al., 2008; POLIT; BECK, 2011).

Foi estabelecido o período de fevereiro a julho de 2015 que determinou a amostra. Participaram da pesquisa os cuidadores de idosos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser o cuidador principal, ter idade igual ou superior a 18 anos e possuir capacidade autodeclarada de compreender e responder ao instrumento de coleta de dados.

Foram excluídos da amostra os cuidadores que desistiram de exercer a função de cuidador de idosos durante o período da coleta de dados; quando ocorreu óbito do idoso de quem cuida; os cuidadores que apresentaram limitação cognitiva autodeclarada que os impedissem de responder aos instrumentos de pesquisa e àqueles que desistiram de participar do estudo após o início da coleta de dados.

Contudo, da primeira etapa da pesquisa (pré-teste e avaliação da independência funcional do idoso), foram entrevistados 87 cuidadores, no entanto dois foram excluídos devido ao falecimento do idoso e três desistiram de sua função no período da coleta de dados, assim, participaram do estudo 82 cuidadores e 84 idosos, da segunda etapa (intervenção de Enfermagem), participaram 34 cuidadores e, da terceira etapa (pós-teste imediato), participaram o mesmo número (34 cuidadores) (Figura 2).

Figura 2 – Organização dos participantes nas fases do estudo



Fonte: Elaboração própria

4.4 Instrumentos utilizados no estudo

Foram utilizados os instrumentos a seguir: Inquérito Conhecimento, Atitude e Prática de cuidadores domiciliares de idosos; Roteiro de entrevista para o cuidador de idosos em domicílio; Instrumento para coleta de dados dos idosos e Índice de Barthel.

4.4.1 Inquérito CAP

Os inquéritos CAP estão na categoria dos estudos avaliativos, chamados de avaliação formativa, ou seja, para além de se identificarem dados de uma parcela populacional específica, estes identificam possíveis caminhos para uma futura intervenção mais eficaz (NICOLAU et al, 2012)

Assim sendo, trata-se de um estudo representativo de uma população para coletar informações sobre o que as pessoas sabem, pensam e atuam frente a um determinado assunto, no caso aqui proposto, do cuidado prestado ao idoso no domicílio com vistas à promoção da independência funcional, na percepção de seus cuidadores informais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Compreende-se por conhecimento, atitude e prática, os conceitos formulados por Marinho et al. (2003), que expressam o seguinte:

- Conhecimento – significa recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou ainda emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.
- Atitude – é, essencialmente, ter opiniões, sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo – dimensão emocional.
- Prática – é a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.

Acredita-se que os estudos do tipo CAP visam ao desenvolvimento de programas mais apropriados para as necessidades específicas da população estudada (ALVES; LOPES, 2007).

Para a avaliação do CAP desta investigação, utilizou-se a classificação adequado e inadequado, conforme os estudos de Martins (2010), Fernandes et al. (2009) e Nicolau (2015). A avaliação do conhecimento, atitude e prática dos cuidadores ocorreu conforme os critérios abaixo estabelecidos:

4.4.1.1 Parte I – Relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio

- a) Conhecimento

- Adequado: Quando o cuidador diz conhecer os problemas de saúde do idoso de quem cuida, não tem dificuldade em ajudar o idoso frente aos problemas de saúde que se apresentam e afirma saber as consequências que o estado de dependência traz para o idoso.
- Inadequado: Quando o cuidador não conhece os problemas de saúde do idoso de quem cuida ou quando tem dificuldade em ajudar o idoso frente aos problemas de saúde que se apresentam ou não sabem as consequências que o estado de dependência traz para o idoso.

b) Atitude

- Adequada: Quando o cuidador concorda totalmente em ser um dos responsáveis pelo bem-estar da pessoa idosa de quem cuida. Quando o cuidador concorda totalmente que o idoso seja capaz de adotar novos comportamentos para melhorar seu bem-estar e que seja importante dar ao idoso a oportunidade de fazer suas escolhas.
- Inadequada: Quando o cuidador concorda em parte ou discorda que seja um dos responsáveis pelo bem-estar da pessoa idosa de quem cuida. Quando o cuidador concorda em parte ou discorda que o idoso seja capaz de adotar novos comportamentos para melhorar seu bem-estar e que seja importante dar ao idoso a oportunidade de fazer suas escolhas.

c) Prática

- Adequada: Quando o cuidador referir planejar sempre com o idoso as atividades de cuidado e/ou referir estimular sempre o idoso a cuidar de si nas atividades básicas diárias.
- Inadequada: Quando o cuidador não referir planejar sempre com o idoso as atividades de cuidado e/ou não referir estimular sempre o idoso a cuidar de si nas atividades básicas diárias.

4.4.1.2 Parte II – Cuidado domiciliar de idosos

4.4.1.2.1 Alimentação

a) Conhecimento

- Adequado: Quando o cuidador já recebeu orientações sobre a alimentação do idoso em cuidado domiciliar e identifica a dificuldade para mastigar e engolir (tosse e engasgo) como problemas comuns relacionados à alimentação do idoso. Ainda, sabe citar pelo menos duas consequências de uma alimentação inadequada ao idoso e dois cuidados que ajudam o idoso a alimentar-se com autonomia e independência.
- Inadequado: Quando o cuidador nunca recebeu orientações sobre a alimentação do idoso em cuidado domiciliar ou já recebeu, mas não identifica a dificuldade para mastigar e engolir (tosse e engasgo) como problemas comuns relacionados à alimentação do idoso. Ainda não sabe citar as consequências de uma alimentação inadequada ao idoso e dois cuidados que ajudam o idoso a alimentar-se com autonomia e independência.

b) Atitude

- Adequada: Quando o cuidador concorda totalmente em seguir as recomendações alimentares e horários das refeições do idoso, preparar o ambiente das refeições de modo que o idoso se sirva e estimular o idoso a comer com suas próprias mãos, quando há condição para realizar esta atividade.
- Inadequada: Quando o cuidador concorda em parte ou discorda em seguir as recomendações alimentares e horários das refeições do idoso ou em preparar o ambiente das refeições de modo que o idoso se sirva ou em estimular o idoso a comer com suas próprias mãos, quando há condição para realizar esta atividade.

c) Prática

- Adequada: Quando o cuidador sempre controla a alimentação do idoso (qualidade, quantidade e horários), posiciona o idoso adequadamente e observa se ele apresenta dificuldade para mastigar e engolir.
- Inadequada: Quando o cuidador referir às vezes ou nunca controlar a alimentação do idoso (qualidade, quantidade e horários) e/ou posicionar o idoso adequadamente e/ou observar se ele apresenta dificuldade para mastigar e engolir.

4.4.1.2.2 Banho e Higiene

a) Conhecimento

- Adequada: Quando o cuidador já recebeu orientações sobre banho e higiene do idoso em cuidado domiciliar, refere que a frequência do banho no idoso dependerá do estado de saúde e das necessidades de higiene, mas que a higiene oral deve ser realizada ao acordar e depois de cada refeição. Ainda reconhece o risco de quedas durante o banho e a importância de secar os pés cuidadosamente, para evitar micoses, e exercitá-los para prevenção de atrofia.
- Inadequada: Quando o cuidador nunca recebeu orientações sobre banho e higiene do idoso em cuidado domiciliar ou já recebeu, mas não refere que a frequência do banho no idoso dependerá do estado de saúde e das necessidades de higiene ou que a higiene oral deve ser realizada ao acordar e depois de cada refeição. Ou ainda, não reconhece o risco de quedas durante o banho e a importância de secar os pés cuidadosamente, para evitar micoses, e exercitá-los para prevenção de atrofia.

b) Atitude

- Adequada: Quando o cuidador concorda totalmente em respeitar e garantir a privacidade do idoso, em investigar os motivos de resistências ao banho, estimular o idoso a vestir ou retirar sua própria roupa e permitir o idoso de escolher seus produtos de higiene e roupas, quando há condições do idoso para realização dessas atividades.
- Inadequada: Quando o cuidador concorda em parte ou discorda em respeitar e garantir a privacidade do idoso ou de investigar os motivos de resistências ao banho ou de estimular o idoso a vestir ou retirar sua própria roupa e permitir o idoso de escolher seus produtos de higiene e roupas, quando há condições do idoso para realização dessas atividades.

c) Prática

- Adequada: Quando o cuidador refere sempre preparar um ambiente de banho aquecido e seguro, adotando procedimentos de segurança (banho sentado, instalação de barras de apoio e uso de tapetes antiderrapantes) e evitando interrupções durante o banho. Ainda refere observar diariamente alterações na pele

do idoso e realizar a higiene oral ao acordar e depois de cada refeição, sempre limpar e secar a região perianal após eliminações urinárias e intestinais e cuidar dos pés do idoso, secando as regiões entre os dedos, estimulando exercícios e procurando identificar alguma alteração.

- Inadequada: Quando o cuidador refere às vezes ou nunca preparar um ambiente de banho aquecido e seguro ou refere às vezes ou nunca adotar procedimentos de segurança (banho sentado, instalação de barras de apoio e uso de tapetes antiderrapantes) ou refere às vezes ou nunca evitar interrupções durante o banho. Ou ainda não referiu observar diariamente alterações na pele do idoso e realizar a higiene oral ao acordar e depois de cada refeição, nem sempre limpar e secar a região perianal após eliminações urinárias e intestinais e nem sempre cuidar dos pés do idoso, secando as regiões entre os dedos, estimulando exercícios e procurando identificar alguma alteração.

4.4.1.2.3 Mobilização e Transferência

a) Conhecimento

- Adequado: Quando o cuidador já recebeu orientação sobre mudança de posição ou transferência da pessoa idosa de um local para o outro, ou sobre como auxiliar a pessoa idosa a andar no domicílio, que reconhece deformidades, úlceras por pressão ou escaras como riscos para o idoso quando este permanece numa mesma posição por mais de duas horas. Ainda sabe citar pelo menos dois cuidados para ajudar o idoso a mudar de posição ou andar no domicílio ou transferi-lo de um local para outro.
- Inadequado: Quando o cuidador nunca recebeu orientações sobre mudança de posição ou transferência da pessoa idosa de um local para o outro ou sobre auxiliar a pessoa idosa a andar no domicílio, ou ainda, que recebeu orientações, mas não reconhece deformidades, úlceras por pressão ou escaras como riscos para o idoso quando este permanece numa mesma posição por mais de duas horas. Ainda não sabe citar pelo menos dois cuidados para ajudar o idoso a mudar de posição ou andar no domicílio ou transferi-lo de um local para outro.

b) Atitude

- Adequada: Quando o cuidador concorda totalmente em estimular os movimentos no idoso, mesmo nas atividades simples do dia a dia, e em promover um ambiente domiciliar seguro, de modo que mude o ambiente sempre que identificar riscos de quedas ao idoso.
 - Inadequada: Quando o cuidador concorda em parte ou discordar em estimular os movimentos no idoso, mesmo nas atividades simples do dia a dia, e em promover um ambiente domiciliar seguro, realizando mudanças no ambiente sempre que identificar riscos de quedas ao idoso.
- c) Prática
- Adequada: Quando o cuidador refere promover mudança de posição no idoso acamado a cada duas, inserir na rotina de cuidado ao idoso exercícios programados, no mínimo três vezes na semana, e sempre que necessário adaptar o ambiente da casa para melhor locomoção do idoso.
 - Inadequado: Quando o cuidador não refere promover mudança de posição no idoso acamado a cada duas, não insere na rotina de cuidado ao idoso exercícios programados, no mínimo três vezes na semana, e, somente às vezes ou nunca, refere adaptar o ambiente da casa para melhor locomoção do idoso.

4.4.1.3 Construção do inquérito CAP

O inquérito que avaliou o conhecimento, atitude e prática dos participantes foi construído pela autora, com a colaboração de especialistas (APÊNDICE A).

O inquérito CAP foi estruturado em quatro domínios, a saber: 1. Relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio; 2. Alimentação; 3. Banho e higiene e 4. Mobilidade e transferência. Para cada um destes, avaliaram-se o conhecimento, a atitude e a prática. Ressalta-se que para a seleção destes domínios levaram-se em consideração as atividades estritamente relacionadas ao exercício do cuidador de idosos, conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). A elaboração dos itens que compuseram o inquérito (conteúdo técnico-científico) foi fundamentada nas orientações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008; BORN, 2008) e, principalmente, as que estão consolidadas na tecnologia da informática do software MPCAMD, que trata das ações realizadas pelo cuidador (DARDER, 2013).

A versão inicial do inquérito foi submetida à apreciação de especialistas com experiência na aplicação do inquérito CAP e/ou pesquisa na área de saúde do idoso, para fazer a validação de aparência e conteúdo. A experiência dos especialistas foi identificada pela autoria de pelo menos um trabalho científico publicado em periódico com “Qualis”, no qual se aplicou o referido inquérito e/ou que contemplasse a temática. Assim, as publicações dos especialistas versavam sobre as repercussões na vida do cuidador domiciliar do idoso, autocuidado do cuidador de idosos, sobrecarga do cuidador de idosos, idoso com Alzheimer e Inquérito CAP de puérpera com HIV. Quanto aos periódicos das referidas publicações listaram-se: Revista de Enfermagem da UFPE, Revista Portal de Divulgação, Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Acta Paulista, Revista da Rede de Nordeste.

A validade aparente conhecida também por validade de rosto é um tipo rudimentar de validade que verifica basicamente a aparência, refere-se ao fato de o instrumento parecer estar medindo o construto apropriado. No entanto a validade de conteúdo é, necessariamente, baseada em julgamento, geralmente realizado por especialistas na área, para analisar a adequação do item em representar o universo hipotético do conteúdo nas proporções adequadas, indicando sua concordância no âmbito das questões, na medida em que refletem o conceito sob consideração (LOBIONDO, 2001; POLIT; BECK, 2011).

Os especialistas foram identificados pela técnica de bola de neve. A técnica de bola de neve é aquela que define a amostra por meio da indicação de pessoas que possuem características comuns ao interesse da pesquisa. Com a abordagem da amostragem tipo bola-de neve é solicitado aos membros iniciais da amostra que indiquem outras pessoas que atendam aos critérios de inclusão para a composição da amostra da pesquisa (CHAVES et al, 2011) .

Após a identificação dos especialistas e seus endereços eletrônicos, foi enviado e-mail com o intuito de convidá-los a participar da pesquisa, sendo explicitados os objetivos, bem como a justificativa do processo de apreciação do instrumento. Junto ao e-mail, foram anexados o Inquérito CAP, o questionário de apreciação dos especialistas (APÊNDICE B) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Foram convidados nove especialistas, mas somente cinco responderam ao e-mail. Salienta-se que, no primeiro momento, aguardou-se a resposta por um prazo de 15 dias, sendo reenviado e-mail para aqueles que não haviam correspondido, entretanto, no prazo de 30 dias, houve devolução do material apenas de cinco especialistas.

Sobre o perfil socioprofissional dos especialistas, verificou-se que todos eram do sexo feminino e enfermeiras, com idade de 32 (2), 28, 42 e 50 anos, com tempo de formação

de 4, 8, 10, 20, 26 anos, sendo três doutoras e duas mestres. Com relação à área de atuação, todas trabalhavam com ensino e pesquisa.

Os especialistas na temática observaram a adequação dos itens que compunham o inquérito CAP, considerando os seguintes critérios: extensão do inquérito (1), clareza das perguntas (2), formato das perguntas (3), adequação das opções de respostas (4), adequação da visualização da apresentação (5), sequência lógica da apresentação (6), apropriação do material aos aspectos socioculturais do público-alvo (7), suficiência do conteúdo (8). Os especialistas foram instruídos a atribuir para cada item notas 1 (se totalmente adequado), 2 (adequado), 3 (parcialmente adequado), 4 (inadequado). O questionário de apreciação de especialistas foi adaptado de Valente (2014) (APÊNDICE B).

Os critérios 5, 6 e 8 foram considerados totalmente adequados ou adequados. Para os demais critérios, obteve-se a avaliação parcialmente adequado ou adequado, distribuídos da seguinte forma:

- Critério 1 (extensão do inquérito): três (3) especialistas avaliaram parcialmente adequado e dois (2) adequado.
- Critério 2 (clareza das perguntas): quatro (4) especialistas avaliaram parcialmente adequado e um (1) adequado.
- Critério 3 (formato das perguntas): quatro (4) especialistas avaliaram parcialmente adequado e um (1) adequado.
- Critério 4 (adequação das opções de respostas): três (3) especialistas avaliaram parcialmente adequado e dois (2) adequado.
- Critério 7 (apropriação do material aos aspectos socioculturais do público-alvo): quatro (4) especialistas avaliaram adequado e um (1) parcialmente adequado.

Nenhum critério foi julgado inadequado. Importante considerar que a maioria dos especialistas (quatro) ofereceu sugestões imprescindíveis ao inquérito CAP, no próprio texto, o que facilitou o entendimento e aceitação das alterações necessárias.

Assim sendo, com relação à extensão do inquérito (critério 1), foi suprimido o domínio que tratava de eliminações urinárias e intestinais; duas questões foram alocadas no domínio de banho e higiene. Foram realizadas mudanças na formulação de seis perguntas quanto à clareza das perguntas (critério 2) e formato das perguntas (critério 3). Oito perguntas tiveram suas alternativas de respostas alteradas para atender ao critério de adequação das opções de respostas (critério 4). Sugeriu-se a substituição dos termos “limitações” e “região

perianal” por não atender à apropriação do material aos aspectos socioculturais do cuidador (critério 7). Os termos foram substituídos por “problemas de saúde” e “região próxima ao ânus”, respectivamente.

O processo de validação realizado por especialistas permitiu a confecção da versão final do inquérito CAP (APÊNDICE A) aplicado aos participantes do estudo.

4.4.2 Formulário para o cuidador domiciliar de idosos

O roteiro de entrevista para o cuidador domiciliar de idosos (APÊNDICE D) é composto por 17 itens e subdividido em duas seções: seção I – condições demográficas e socioeconômicas; II contexto do cuidado domiciliar de idosos.

Variáveis demográficas e socioeconômicas: idade, sexo, estado civil, escolaridade, formação profissional, situação atual de emprego, recebe dinheiro pelo cuidado que presta ao idoso e renda mensal.

Variáveis do contexto do cuidado domiciliar de idosos: parentesco com a pessoa a quem presta o cuidado, coabita com o idoso, tempo em anos que presta o cuidado, número de horas diárias que presta o cuidado, número de idosos que presta o cuidado, tempo de dependência do idoso de quem cuida, recebe ajuda no cuidado, tipo de assistência à saúde que mais utiliza e recebeu treinamento ou curso sobre o cuidado de idoso no domicílio.

4.4.3 Instrumento para coleta de dados dos idosos

O instrumento de coleta de dados dos idosos (APÊNDICE E) é composto por quinze itens e contempla as variáveis sociodemográficas de idade, sexo, data de nascimento, religião, frequentou a escola, sabe ler e escrever, aposentadoria, idade em que se aposentou, situação conjugal, filhos, moradia própria ou alugada, com quem mora, condições de moradia e barreiras arquitetônicas.

4.4.4 Índice de Barthel

O Índice de Barthel foi publicado, em 1965, por Mahoney e Barthel, após ter sido utilizado por dez anos em pacientes com doença neuromuscular e músculo-esquelética para avaliar a autonomia e independência, no hospital, de doenças crônicas de Maryland. Seu uso está recomendado pela British Geriatrics Society para avaliar as atividades básicas da vida diária em idosos (TIRADO, 2013).

Na versão original, cada item é pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. Uma pontuação geral é formada atribuindo-se pontos em cada categoria, a depender do tempo e da assistência necessária a cada paciente. A pontuação varia de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e as pontuações mais elevadas indicam maior independência (MINOSSO et al, 2010). Assim, obedeceu-se à seguinte interpretação:

- 0-20 dependência total
- 21-60 dependência severa
- 61-90 dependência moderada
- 91-99 dependência leve
- 100 independência.

Para esta pesquisa utilizou-se a versão que avalia a independência funcional em dez tarefas: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, mobilidade e escadas (ANEXO A).

Em estudo de revisão sistemática, Paixão e Reichenheim (2005) afirmam que o Índice de Barthel é um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente na dimensão do estado funcional do idoso, possui resultados de confiabilidade e validade muito consistentes.

Minosso et al (2010) revelaram achados, em seu estudo de validação, que permitem recomendar a utilização do Índice de Barthel para a avaliação funcional de idosos atendidos em ambulatórios no Brasil.

4.5 Procedimentos para a coleta dos dados

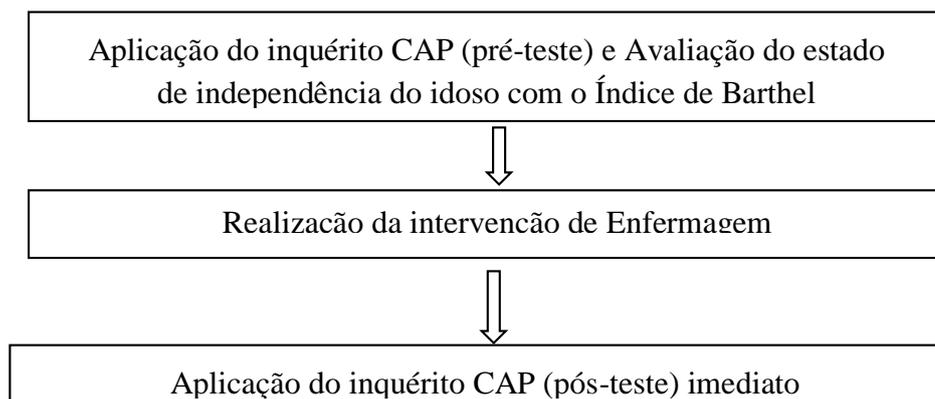
Antes de iniciar a coleta de dados com os participantes da pesquisa, foi realizado um estudo piloto com dez cuidadores de idosos selecionados de forma aleatória. Oportunamente, foi solicitado que eles informassem o que não conseguissem entender e/ou de que forma poderia ser mais bem escrito determinado questionamento, o que foi registrado imediatamente pela pesquisadora responsável pelo teste. Após o teste piloto, foram realizadas as adequações necessárias julgadas pelos participantes. Ressalta-se que os participantes do teste piloto não foram incluídos no estudo.

Para iniciar a coleta de dados foi necessário o contato com a Diretoria de Atenção à Saúde, posteriormente, Coordenadoria do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e, em seguida, com a Gerência das Unidades Básicas de Saúde selecionadas para o estudo. Foi feito um levantamento dos idosos em cuidado domiciliar cadastrados e acompanhados pelo SAD e pelas equipes de saúde da família. No mês de fevereiro de 2015, havia 35 idosos cadastrados e acompanhados pelo SAD, no município de Sobral-CE.

Em seguida, foi solicitada a colaboração dos gerentes e agentes comunitários de saúde para identificação dos cuidadores que atendiam aos critérios de inclusão, bem como seus respectivos endereços e apoio no agendamento e realização das visitas domiciliares para estabelecer o primeiro contato com os cuidadores de idosos.

A coleta de dados foi realizada ao longo de seis meses (fevereiro a julho de 2015) pela pesquisadora, com auxílio de sete acadêmicas de Enfermagem. Estas colaboradoras foram treinadas para que pudessem auxiliar adequadamente na primeira (pré-teste) e última (pós-teste) etapa do estudo. As três etapas da coleta de dados foram esquematizadas no fluxograma a seguir:

Fluxograma 1 - Fluxograma ilustrando as etapas da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora

Na primeira etapa, foi elaborado junto aos agentes comunitários de saúde um cronograma de visitas domiciliares aos cuidadores de idosos. Corrobora-se com Lopes, Saupe e Massaroli (2008) que a visita domiciliar entendida como método, técnica e instrumento, constitui um momento rico, em que se fortalecem as relações por meio da escuta qualificada, do estabelecimento de vínculo e acolhimento, favorecendo aos familiares terem melhores condições de se tornarem independentes na sua própria produção de saúde.

As visitas domiciliares foram planejadas para acontecer com duração média de uma hora e meia. A duração da visita deve ser compatível com o alcance dos objetivos propostos, não devendo ser nem tão rápida nem tão longa, ao ponto de acarretar prejuízo para o cuidador em suas atividades do cotidiano (ABRAHÃO; LAGRANGE, 2007).

Contudo, importante salientar que, em várias situações, o tempo de visita se estendeu frente às demandas trazidas pelo cuidador, o que requeria do pesquisador responsável uma postura acolhedora, ao mesmo instante em que este estava ciente de que qualquer tipo de orientação deveria ser dada após a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, minimizando os vieses da pesquisa.

As demandas trazidas pelo cuidador são justificadas em diversos estudos pelas necessidades de educação em saúde dos cuidadores frente ao cuidado domiciliar do idoso, assim como pelo nível de sobrecarga destes (MARTINS et al. 2007; MARIN et al. 2013; GRATÃO et al. 2013). Percebeu-se que o cuidador carecia de orientações, tentava direcionar a entrevista para atendimento de suas necessidades, o que exigiu maior habilidade técnica do pesquisador nesta fase da coleta de dados.

As entrevistas seguiram com os cuidadores subsidiadas por um formulário que continha informações sociodemográficas, profissionais e relacionadas ao contexto do cuidado do idoso (APÊNDICE D). Em seguida, era entregue o inquérito CAP pré-teste para ser respondido. Quando se tratava de participante sem escolaridade ou com dificuldade visual, o inquérito era lido e aplicado com o auxílio da pesquisadora.

Na sequência, os idosos foram abordados por meio de perguntas fechadas referentes às variáveis idade, escolaridade, situação conjugal, número de filhos e condições de moradia (APÊNDICE E). Na oportunidade, aplicou-se o índice de Barthel para avaliação do estado de independência do idoso (ANEXO A).

Concluído o inquérito CAP pré-teste e a avaliação da independência funcional do idoso, os cuidadores foram convidados por meio de cartão-convite para a próxima etapa do estudo (intervenção). Os participantes foram contactados mediante ligação telefônica três dias antes da intervenção, sendo ainda lembrados na véspera.

A segunda etapa correspondeu à realização da intervenção de Enfermagem, descrita a seguir, conforme o cronograma agendado previamente com os participantes. A intervenção consistiu de um grupo de educação em saúde, no qual os cuidadores recebiam informações necessárias ao cuidado do idoso no domicílio na perspectiva da promoção da independência funcional do idoso direcionada, especificamente, à relação cuidador-idoso e

aos cuidados do idoso no âmbito domiciliar (alimentação, banho e higiene, mobilização e transferência).

A Educação em Saúde como estratégia de cuidado ao cuidador tem sido recomendada por Souza, Wegner e Gorini (2007) e Leme et al (2007). Conforme Leme et al (2011), por meio desta estratégia de atuação, é possível despertar no cuidador a consciência crítica e ampliar suas possibilidades de cuidar das pessoas. Para tanto, torna-se necessário que o enfermeiro desempenhe atividades educativas que possibilitem ao cuidador sentir-se preparado para cuidar do outro (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

Os autores acrescentam que, dentre as estratégias educativas que podem ser desenvolvidas, os grupos de educação em saúde têm como vantagem favorecer a troca de experiência conjuntas, a partir das situações vivenciadas por cada um dos indivíduos.

Catrib et al (2003) dizem que a prática da educação em saúde como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, de forma a contribuir na transformação social.

A terceira etapa correspondia ao inquérito CAP pós-teste imediato. Logo após a intervenção, aplicava-se o pós-teste imediatamente. A utilização do pós-teste imediato, em intervenções realizadas com cuidadores, foi identificada em outros estudos (OLIVEIRA, 2013; LOPES e CACHIONI, 2013).

4.6 Intervenção de Enfermagem

A práxis do enfermeiro depende efetivamente da educação em saúde como estratégia de alcance da promoção da autonomia e independência do ser cuidado. Nesse sentido, o cuidador encontra-se desassistido pelo sistema de saúde vigente, que não visualiza adequadamente a sua importância na recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos doentes (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

A educação em saúde para os cuidadores de idosos ainda são atividades pouco exploradas na perspectiva da atenção primária e precisa ser intensificada dada sua relevância. Machado et al. (2007) evidenciam a importância de articular ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno.

O modelo radical de educação em saúde propõe-se a trabalhar com uma perspectiva moderna de educação, fomentando a consciência crítica das pessoas e grupos sociais, envolvendo-os nos aspectos relacionados à saúde. Essa proposta visa atingir seus objetivos por meio do trabalho com grupos, com o propósito de despertar a consciência coletiva que subsidia a transformação social (OLIVEIRA, 2005; SOUZA et al, 2005).

As atividades educativas são realizadas, geralmente, pela equipe de saúde da família, sendo o enfermeiro um dos profissionais que atinge bons resultados como facilitador no processo de educação em saúde (MENDES, 2012).

De acordo com Candeias (1997, p.210), “entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”.

Considerando o papel do enfermeiro nas ações de educação em saúde e a relevância da atividade educativa para cuidadores de idosos, a intervenção educativa visou adequar as práticas de cuidado ao idoso no domicílio, abordando questões relacionadas ao ser cuidador e cuidados básicos na alimentação, banho e higiene, mobilidade e transferência do idoso, em prol da sua autonomia e independência.

A intervenção educativa foi planejada para acontecer com uma média de vinte participantes por grupo, totalizando quatro sessões, abrangendo o quantitativo amostral de 82 participantes. Todavia, em virtude das dificuldades apresentadas pelos participantes para o comparecimento à intervenção de Enfermagem, principalmente às relacionadas ao fato de serem cuidadores principais e não terem com quem deixar o idoso e, em seguida, pela desmotivação apresentada pelos cuidadores, foram efetuadas quatro sessões com grupos distintos. O primeiro grupo contou com três (3) cuidadores, o segundo com quinze (15), o terceiro com nove (9) e o quarto com sete (7), abrangendo 34 participantes (perda de 57,5%). Mendes (2012) orienta que as atividades educativas grupais sejam realizadas com oito a dezesseis participantes.

Com relação à perda da amostra para a fase de intervenção, verificou-se pelo conhecimento produzido na literatura acontecimentos similares. Rocha Júnior et al. (2011) realizaram estudo de intervenção com cuidadores de idosos, na cidade de São Paulo, e obtiveram que 67% dos cuidadores que haviam recebido visita domiciliar, visando ao recrutamento para participação de um programa de capacitação para o cuidador informal de idoso, não participaram da intervenção pelos seguintes motivos: a falta de condução para ir até o local da intervenção, não ter outra pessoa para assistir o idoso durante a intervenção,

motivo de trabalho no mesmo horário da intervenção e o não interesse em participar. Dessa forma, os autores realizaram a intervenção com treze cuidadores informais.

Várias estratégias foram realizadas para facilitar e/ou incentivar a participação dos cuidadores na intervenção, desde a escolha do local, optando por locais de maior proximidade de suas residências, pagamento de transporte pela pesquisadora responsável, quando estes verbalizavam como motivo para o não comparecimento, lanches, entrega de convites e certificados e nova data, caso o participante não pudesse comparecer ao dia agendado.

A intervenção educativa foi executada em quatro locais distintos, que foram escolhidos por se localizar nas proximidades das residências dos cuidadores. Desta forma, a primeira sessão aconteceu na sala do Centro de Reabilitação do município de Sobral-CE, a segunda sessão ocorreu na sala disponibilizada pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, que mantém parceria com a equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Alto da Brasília, a terceira sessão foi realizada na Associação dos Moradores do Bairro Dom José, pertencente ao território da Unidade Básica de Saúde Coelce, e a última sessão executou-se no auditório da Unidade Básica de Saúde dos Terrenos Novos. Em todas as sessões o ambiente foi preparado, de modo que as cadeiras ficassem em posição semicircular para facilitar o contato visual e a comunicação entre os cuidadores e a pesquisadora.

Assim, cada cuidador participou de uma sessão educativa com duração máxima de quatro horas, tendo intervalo de quinze minutos para dispersão, conforme planejamento da intervenção educativa (APÊNDICE F). A intervenção teve como facilitadora, exclusivamente, a pesquisadora responsável pela pesquisa. Aakhus et al. (2009) consideraram para intervenção educativa junto aos cuidadores de idosos a sessão única com duração máxima de cinco horas.

Organizou-se didaticamente a intervenção educativa em três momentos, a saber: 1. Apresentação inicial; 2. Orientações acerca da prestação de cuidados básicos de saúde ao idoso dependente no domicílio: alimentação, banho e higiene e mobilidade e transferência; 3. Avaliação da intervenção educativa.

No primeiro momento, foi feita uma dinâmica de apresentação a fim de favorecer o conhecimento mútuo entre os participantes e a facilitadora. Para tanto, os participantes foram dispostos em círculo. A facilitadora tomou nas mãos um novelo de lã e, em seguida, prendeu a ponta deste em um dos dedos de suas mãos e fez uma breve apresentação de si. Logo após, jogou o novelo para um dos participantes à sua frente e estimulou que fizesse o mesmo. Cada um dos participantes atirou o novelo adiante, formando no interior do círculo uma teia de fios que os unia um aos outros. Ao final, o facilitador (pesquisadora) chamava atenção de todos para a teia de lã formada no centro do círculo e para a importância do

suporte mútuo e da construção de uma rede de apoio para que os cuidadores possam trocar experiências e aprender a lidar com as atividades relacionadas a cuidar do idoso no domicílio.

Sequencialmente, a facilitadora trazia a exposição dialogada sobre “ser cuidador”, ressaltando as características, consequências (positivas e negativas) do cuidar, sentimentos envolvidos e implicações para o ser cuidado.

O segundo momento foi dedicado a trabalhar os conteúdos referentes à prestação dos cuidados básicos de saúde ao idoso dependente no domicílio: alimentação, banho e higiene e mobilidade e transferência. Esses conteúdos tiveram como referencial teórico o Modelo de Planos de Cuidado de Atenção Domiciliar Holística (TIRADO, 2013), o Guia Prático do Cuidador (2008) e o Manual do Cuidador da Pessoa Idosa (2008). Utilizaram-se combinações de estratégias de aprendizagens como vídeos educativos, simulações e rodas de conversas.

Os vídeos educativos utilizados estão disponíveis na internet e fazem parte da série do Programa de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Em consonância com Moreira et al. (2013), o vídeo educativo pode proporcionar ao indivíduo uma maior capacidade de reproduzir coerentemente o que foi compreendido das informações oriundas dessa tecnologia educativa. No contexto da educação em saúde, a contribuição das tecnologias educativas e o papel desse recurso são voltados para a promoção da saúde, prevenção de complicações, desenvolvimento de habilidades e favorecimento da autonomia e confiança do cliente.

A simulação é o método em que uma experiência hipotética envolve o aprendiz em uma atividade que reflete as condições da vida real, mas sem o risco das consequências da situação real (FITZGERALD, 2010). A utilização da simulação como ferramenta de intervenção educativa leva a uma melhor adesão dos cuidadores, mediante a intervenção de profissionais qualificados para o ensino e execução de procedimentos (CIPRIANO et al., 2013).

A roda de conversa foi conduzida em blocos, após a exibição de cada vídeo educativo, conforme o planejamento da intervenção (APÊNDICE F). Os cuidadores participavam através de relatos pessoais e do conhecimento que tinham sobre a temática em questão. Os cuidadores foram estimulados a tirar possíveis dúvidas a respeito dos cuidados prestados ao idoso no domicílio.

Para finalizar o segundo momento foram entregues orientações escritas sobre cuidado domiciliar de idosos relacionados à alimentação/ banho e higiene/ mobilidade e transferência e rede de apoio social ao idoso, abordando questões como quando pedir ajuda,

para quem pedir ajuda e como pedir ajudar (APÊNDICE G). Estas últimas recomendações visavam possibilitar aos cuidadores uma reflexão sobre seus limites para resolução individual de situações específicas e identificar pessoas que poderiam ajudá-los (rede de apoio) e ainda como proceder para ser atendido.

No terceiro e último momento foi realizada a avaliação da intervenção utilizando como dinâmica “que bom, que pena e que tal...”. Os participantes foram orientados a expressar aspectos positivos (que bom...), aspectos negativos (que pena...) e apontar sugestões (que tal...) relacionados à intervenção. Todos os participantes avaliaram o momento de forma excelente, único, pois a maioria dos participantes revelou não ter participado de momentos similares aos vividos na intervenção. Ainda como aspectos positivos citaram a oportunidade de conhecer outros cuidadores que vivem situações semelhantes e a troca de saberes com eles. Os participantes afirmaram que adquiriram novos conhecimentos e manifestaram interesse em executar as orientações repassadas. Como aspectos negativos citaram o fato de a intervenção ser limitada a um único encontro e já direcionavam as sugestões para a continuidade das intervenções educativas. Após a fala de cada participante, a facilitadora procedeu ao encerramento com a entrega dos certificados.

4.7 Organização dos dados para análise

Os dados referentes aos inquéritos CAP foram digitados no Excel versão 10 e analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0.

Inicialmente foram realizadas análises descritivas univariadas, como cálculo de medidas de tendência central e distribuição de frequência. O teste de McNemar foi utilizado para comparação dos domínios do CAP antes e após a intervenção. Foram considerados estatisticamente significantes valores de $p \leq 0,05$.

4.8 Aspectos éticos do estudo

O projeto de pesquisa foi encaminhado à Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral-CE e, antes de dar início à obtenção dos dados, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sendo aprovado pelo parecer nº 929.757 (ANEXO B).

A pesquisa foi guiada pelos pressupostos explícitos na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual envolve pesquisas com seres humanos. Esta Resolução

incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O princípio da autonomia foi respeitado à medida que foram garantidos o sigilo dos dados e a liberdade dos sujeitos para participar ou não da pesquisa, além da autorização para se afastar da investigação no momento que desejarem, sem que isto traga prejuízo algum.

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES C, H, I) constando os objetivos da pesquisa e procedimentos, foram apresentados antes do início da coleta de dados, os participantes assinaram e ficaram em posse de uma segunda via.

Os benefícios do estudo podem ser avaliados pela sua relevância, no sentido de contribuir para o conhecimento científico na área da saúde, bem como no impacto da produção das tecnologias no setor saúde, principalmente no que concerne à melhoria da assistência ao idoso em cuidado domiciliar.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram agrupados em quatro tópicos: caracterização dos cuidadores, caracterização dos idosos, avaliação do grau de dependência do idoso e conhecimento, atitude e prática dos cuidadores antes e após a intervenção educativa.

5.1 Caracterização dos cuidadores

As condições materiais, culturais e ambientais, além de outras, fazem parte do conjunto de situações que podem alterar de forma positiva ou não o cuidado dispensado no ambiente domiciliar. Assim, cumpre descrever, embora de forma sucinta, o perfil da dupla cuidador e idoso. Interessa, portanto, conhecer algumas características de ambos, de forma diferenciada, isto é, aquilo que pode, mais proximamente, afetar a relação cuidador-idoso e as tarefas inerentes ao cuidar.

5.1.1 Apresentação do perfil sociodemográfico dos cuidadores

O perfil sociodemográfico e profissional dos cuidadores (Tabela 1) apresentou média de idade de 47,82 anos (Mínima:18; Máxima:77; DP:14,02), mas houve um percentual de 22,0% de cuidadores idosos, 85,4% são mulheres e 14,6%, homens. Destaca-se que o estudo identificou percentual similar para cuidadores casados e solteiros, 40,2%, respectivamente.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e profissional dos cuidadores de idosos. Sobral-CE, 2015. N=82.

Variáveis	N (82)	%
Sexo		
Masculino	12	14,6
Feminino	70	85,4
Faixa Etária		
18 – 59 anos	64	78,0
> 60 anos	18	22,0
Estado civil		
Solteiro	33	40,2
Casado	33	40,2
União estável	8	9,7
Viúvo	5	6,1
Divorciado	3	3,7
Escolaridade		
Ens. Fundamental Incompleto	37	45,1
Ens. Fundamental Completo	8	9,8
Ens. Médio Incompleto	14	17,1
Ens. Médio Completo	17	20,7

Variáveis	N (82)	%
Outro	6	7,3
Situação trabalhista		
Empregado	17	20,7
Desempregado	56	68,3
Aposentado	9	11,0
Recebe dinheiro		
Sim	14	17,1
Não	68	82,9
Parentesco com o idoso		
Esposo (a)	11	13,4
Filho (a)	46	56,1
Familiars	13	15,9
Outro	12	14,6
Vive na casa do idoso		
Sim	62	75,6
Não	20	24,4
Tempo de dependência do idoso		
< 6 m	9	11,0
6m – 1ano	12	14,6
1 - 3 anos	19	23,2
> 3 a	42	51,2
Possui ajuda		
Sim	53	64,6
Não	29	35,4
Quem ajuda		
Familiars	48	88,9
Profissionais	4	7,4
Outro	2	3,7
Tipo de assistência ao idoso		
Particular	14	17,1
Pública	68	82,9
Qual serviço público		
ESF	65	79,3
SAD	16	19,5
Outro	1	1,2
Recebeu treinamento		
Sim	7	8,5
Não	75	91,5

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação ao grau de escolaridade, observou-se que a maioria dos cuidadores, 45,1%, possuía ensino fundamental incompleto e 20,7% tinham o segundo grau completo.

Ao analisar a situação trabalhista dos cuidadores de idosos, verificou-se um grande quantitativo de cuidadores desempregados, 68,3%. Além disso, 82,9% dos cuidadores não são remunerados para executar a prestação de cuidados ao idoso.

Sobre a relação de parentesco com o idoso, percebeu-se que 56,1% dos cuidadores correspondiam a filhos e familiares (15,9%). Observou-se que o cônjuge foi o que apresentou menor percentual (13,4%).

A maioria dos cuidadores (75,6%) coabita com os idosos em situação de dependência, predominantemente, há mais de três anos (51,2%). Com relação à dispensação

do cuidado, o estudo revelou que os cuidadores o desenvolvem diuturnamente, de modo permanente, já que o número de horas de cuidados prestados foi, em média, de 19,56 horas (Mínimo: 4; Máximo:24; DP: 6,7).

No que se refere ao recebimento de ajuda para a realização dos cuidados, 64,6% dos cuidadores afirmaram positivamente. As pessoas que mais colaboram nas atividades de cuidado são os membros da mesma família, conforme o percentual de 88,9% em detrimento da ajuda de profissionais de apenas 7,4%. Neste aspecto, destaca-se que 91,% dos cuidadores não receberam treinamento para o cuidado.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi apontada como o tipo de serviço público do setor saúde que mais se utiliza, conforme apontam 79,3% dos cuidadores.

5.1.2 Apresentação do perfil sociodemográfico dos cuidadores que participaram da intervenção educativa

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico e profissional dos cuidadores de idosos que participaram da intervenção educativa. Sobral-CE, 2015. N=34.

Variáveis	N (82)	%
Sexo		
Masculino	1	2,9
Feminino	33	97,1
Faixa Etária		
18 – 59 anos	27	79,4
> 60 anos	7	20,6
Estado civil		
Solteiro	8	23,5
Casado	19	55,9
União estável	4	11,8
Viúvo	3	8,8
Divorciado	-	-
Escolaridade		
Ens. Fundamental Incompleto	17	50,0
Ens. Fundamental Completo	5	14,7
Ens. Médio Incompleto	5	14,7
Ens. Médio Completo	6	17,7
Outro	1	2,9
Situação trabalhista		
Empregado	4	11,8
Desempregado	27	79,4
Aposentado	3	8,8
Recebe dinheiro		
Sim	3	8,8
Não	31	91,2
Parentesco com o idoso		
Esposo (a)	4	11,8
Filho (a)	27	79,4
Famíliares	3	8,8
Outro	4	11,8
Vive na casa do idoso		

Variáveis	N (82)	%
Sim	24	70,6
Não	10	29,4
Tempo de dependência do idoso		
< 6 m	4	11,8
6m – 1ano	3	8,8
1 - 3 anos	8	23,5
> 3 a	19	55,9
Possui ajuda		
Sim	21	61,8
Não	13	38,2
Quem ajuda		
Familiares	19	90,5
Profissionais	2	9,5
Outro	-	-
Tipo de assistência ao idoso		
Particular	6	17,6
Pública	28	82,4
Qual serviço público		
ESF	28	82,4
SAD	5	14,7
Outro	1	2,9
Recebeu treinamento		
Sim	2	5,9
Não	32	94,1

O perfil sociodemográfico dos cuidadores que participaram da intervenção educativa (Tabela 2) apresentou faixa etária entre 18-59 anos (79,4%) e maiores que 60 anos (20,6%). Prevaleram cuidadores do sexo feminino (97,1%), casados (55,9%), com ensino fundamental incompleto (50,0%).

Com relação à situação trabalhista, a maioria era desempregada (79,4%) e não recebia dinheiro por prestar cuidado ao idoso (91,2%).

Verificou-se que os cuidadores eram predominantemente filhos (79,4%) que coabitavam com o idoso (70,6%) e afirmaram receber ajuda no cuidado ao idoso (61,8%), majoritariamente por familiares (90,5%). Destaca-se que 94,1% dos cuidadores não receberam treinamento sobre cuidado ao idoso no domicílio.

5.1.3 Análise do perfil sociodemográfico dos cuidadores

A média de idade dos cuidadores foi próxima dos estudos brasileiros. Santos e Pavarini (2012), quando traçaram o perfil de cuidadores de idosos, verificaram que a média de idade era de 50 anos. Já Marques, Bessa e Silva (2013) relataram que a idade dos cuidadores variou de 20 a 80 anos. No entanto, percebeu-se que, em relação aos estudos internacionais, a

idade média diverge para aproximadamente 60 anos (CRESPOS; FRENÁNDEZ-LANSAC, 2015; FLORES; RIVAS; SEGUEL, 2012).

A idade dos cuidadores tem constituído objeto de discussões de estudos nacionais e internacionais, uma vez que, assim como a presente pesquisa, observou-se a situação do idoso cuidando de outro idoso. Esta realidade não pode ser omitida, uma vez que a atenção e o suporte a essas pessoas são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida do idoso fragilizado e do próprio idoso cuidado (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005; KURASAWA et al., 2012; MOTA, 2014).

Com relação à predominância feminina dos participantes, trata-se de uma realidade mundialmente consolidada pela literatura (ZAMBRANO-DOMÍNGUEZ; GUERRA-MARTÍN, 2012; GONZÁLEZ-VALENTIN; GÁLVEZ, 2009; NARDI et al. 2012), devido à crença predominante na sociedade de que cabe à mulher cuidar da família e que ela tem sido, ao longo da história familiar, o principal cuidador no ambiente domiciliar.

Pereira et al. (2013) comentam a esse respeito que, historicamente, a mulher sempre assumiu a responsabilidade pelo cuidado da casa e dos filhos, enquanto ao homem era direcionado o papel de trabalhar para manter as necessidades financeiras da família. Os autores acrescentam que, apesar das mudanças recentes na sociedade, com assunção de novos papéis sociais pela mulher, ainda prevalece a ideia de que ela deve assumir a função de cuidar.

O estado civil dos cuidadores do presente estudo diferencia-se do perfil dos cuidadores de idosos do município de São Paulo, que são predominantemente casados (79,6%), conforme estudo realizado por Santos e Cunha (2013). Ambas as situações, casado ou solteiro, podem interferir positiva ou negativamente no cuidado. A situação de se encontrar casado pode ser um fator facilitador no que diz respeito ao apoio para as tarefas desenvolvidas com o idoso, entretanto pode constituir uma sobrecarga ao cuidador, o qual, além do cuidado, pode ser responsável por outras tarefas domiciliares. O estado solteiro também constitui um fator preocupante, pois a tarefa de cuidar influencia negativamente na vida pessoal do cuidador (SANTOS; CUNHA, 2013).

Com relação ao grau de escolaridade, pesquisadores brasileiros (ARAÚJO et al., 2013), ao descreverem o perfil de cuidadores da região do Pará e levantar as principais dificuldades no ato de cuidar do idoso, verificaram grau de escolaridade maior em detrimento a esta pesquisa, onde 54,9% tinham o ensino médio completo. Contudo, a pesquisa revelou que cuidadores com escolaridade alta eram afetados pelos mesmos problemas de cuidadores com nível de escolaridade mais baixa.

Corroborando com Nakatani et al. (2003), a escolaridade pode influenciar na qualidade da assistência ao idoso, uma vez que o cuidador precisa seguir dietas, ler bulas de remédios, entender dosagens e via de administração para melhor prover o cuidado, além da valorização e conscientização sobre a importância na prevenção de doenças durante o processo de envelhecimento. Faz-se necessário conhecer a escolaridade dos cuidadores, pois são eles que colhem as informações dos idosos e as repassam à equipe de saúde (MAYOR; RIBEIRO; PAUL, 2009).

Santos e Cunha (2013) afirmaram que a tarefa de cuidar possivelmente impede ou dificulta a execução de práticas extradomiciliares. Em relação à renda familiar Seima e Lenardt (2011) acrescentam que esta realidade pode potencializar a sobrecarga financeira à aquisição de bens e consumo, inclusive para o idoso cuidado.

A restrição dos recursos financeiros é uma limitação importante, que pode inevitavelmente comprometer o cuidado aos idosos, já que muitos pacientes fazem uso de medicamentos de alto custo, nem sempre fornecidos pelo sistema de saúde (SANTOS; CUNHA, 2013).

A renda média dos que tinham recurso foi de 595,71 reais (Mínimo: 150,00; Máximo:780,00; DP: 265,19). Tais dados estão de acordo com outros estudos nacionais (LOPES; CACHIONI, 2013; SANTOS; PAVARINI, 2010; SANTOS; CUNHA, 2013).

Sobre a relação de parentesco com o idoso, obteve-se quantitativo semelhante ao estudo nacional de Gratão et al. (2013) e Mota (2014), que obtiveram 55,6% e 63,3%, respectivamente. Estudo realizado no México, por Ramírez, Castillo e Ortíz (2014), apresentou resultados semelhantes. Em contrapartida, outros estudos nacionais (LOPES; CACHIONI, 2013) e internacionais (TOOTH et al., 2013; WOLFF et al., 2009) constataram que a maioria deles eram cônjuges.

Gratão et al. (2013) ressaltam que, nos países em desenvolvimento, geralmente os idosos têm mais de um filho, o que aumenta as chances de os filhos assumirem a responsabilidade do cuidado de seus pais idosos. Coelho et al. (2013) lembram que a opção por filho como cuidador principal converge para a expectativa do idoso, com destaque para que se execute um cuidado envolvido por laços afetivos, em seu contexto domiciliar.

Sobre este aspecto, Morais et al. (2012) afirmam que pode haver, por parte dos filhos, principalmente das mulheres, que são mais emotivas, o sentimento de retribuição ao cuidado recebido durante a infância, sendo, portanto, um dever moral e obrigação de cuidar dos pais na velhice.

Importante salientar que a relação de parentesco com o idoso pode também influenciar negativamente no cuidado prestado. Experiências estressoras dos cuidadores com o ser cuidado, anteriores à velhice, podem acarretar sentimentos de raiva e comportamentos negligentes que influenciam negativamente no cuidado ofertado ao idoso, fato este observado durante a coleta de dados, principalmente quando os idosos em situação de cuidado domiciliar eram do sexo masculino.

A literatura evidencia, entre as explicações para as situações de violência ao idoso, tendo como agressor o cuidador, a própria violência transgeracional (internalização como fatos aceitáveis de violência vividas na infância) (MIZIARA et al., 2015). Além disso, a mesma pesquisa revelou que, embora as mulheres sejam vítimas mais frequentes de maus-tratos, são os homens que sofrem as agressões mais graves e fatais.

Para Pinto (2012) a influência de modelos de interações familiares inadequadas e vínculos afetivos pobres, em conjunto com um alto nível de sobrecarga e estresse por parte dos cuidadores, podem resultar em dificuldade de adaptação da família em lidar com casos de dependência do idoso.

O estudo realizado por Rocha et al. (2014), no município de Fortaleza – CE, que objetivou rastrear atitudes potencialmente violentas contra idosos acometidos pelos cuidadores, demonstrou que a experiência de emoções negativas, aliada à ausência de apoio profissional para cuidar, pode ter relação com a sensação de impotência vivenciada pelo cuidador, que pode resultar em atitudes violentas contra o idoso.

A maioria dos cuidadores (75,6%) coabita com os idosos em situação de dependência. Estas características relacionadas ao contexto e dispensação do cuidado são similares aos estudos de Pimenta et al. (2009) e Flores, Rivas e Seguel (2012). A disponibilidade do cuidador residindo com o idoso favorece o não estabelecimento de tempo para o cuidado, sendo, na maioria das vezes, 24 horas de disponibilidade, uma vez que é complicado estar presente e se recusar, por algum motivo, a atender aos chamados do ser cuidado.

Segundo Chiou et al. (2009), os cuidadores que dedicam mais que 14,3 horas diárias de cuidado se justificam pela condição de dependência severa presente no idoso, com perda da sua capacidade de autonomia e funcionalidade, que requer sempre do cuidador auxílio nas atividades básicas da vida diária como alimentar-se, banhar-se, ir ao banheiro, por exemplo.

Com resultado semelhante Flores, Rivas e Seguel (2012) comentam, quanto à divisão de tarefas no cuidado ao idoso dependente, que historicamente a família tem sido a

principal instituição de cuidado ao idoso; esta situação pode incidir no cumprimento das responsabilidades da família e profissionais. A Política Nacional do idoso (1994) e o Estatuto do Idoso (2003) reforçam a família como seu principal cuidador.

Oliveira e Menezes (2011) revelaram, em seu estudo, que a atenção da equipe de saúde e, de modo especial, do enfermeiro aos idosos fragilizados, assim como estes em situação de cuidado domiciliar, ainda não aparecem como profissionais presentes e atuantes. Frente ao exposto, acredita-se que os cuidadores mereçam atenção especial dos profissionais por estar expostos a vivenciar uma situação de estresse crônico, que interfere na sua saúde física e psicológica, e por serem os responsáveis pela continuidade do cuidado prestado ao idoso, em seus domicílios (VIEIRA et al., 2012).

Acrescenta-se aos resultados desta pesquisa que, majoritariamente, 82,9% dos cuidadores dependem do serviço público de saúde para assistência ao idoso, o que se assemelha aos resultados revelados no estudo de Ferreira, Alexandre e Lemos (2011), que investigaram cuidadores na cidade de São Paulo, destes, 62,5% não possuíam assistência privada.

O Sistema Único de Saúde, que tem como porta de entrada a ESF, tornou-se o principal recurso para o grupo em estudo, de onde o cuidador espera a oferta de ações integrais, que envolvam a tríade idoso-cuidador-domicílio, na assistência ao idoso em cuidado domiciliar.

A ESF é um instrumento para a implantação de programas com foco nos cuidadores, uma vez que, por sua proximidade com o território e com a comunidade, tem uma visão mais ampla do contexto de vida cotidiana dos idosos (FERREIRA; BANSI; PASCHOAL, 2014).

Brito et al. (2013) afirmam que a atenção domiciliar tem proporcionado avanços importantes na continuidade do cuidado e na materialização da integralidade. Os autores ressaltam que a atenção domiciliar participa da estruturação da rede de atenção à saúde e proporciona novas modalidades de intervenção que podem contribuir para a superação do modelo de atenção à saúde, mas reconhecem que ainda existem lacunas, principalmente relacionadas à complementariedade dos serviços e interdependência entre eles.

Para o enfermeiro da ESF, a visita domiciliar aos idosos em situação de dependência é uma atividade assentada em segundo plano, em função do contexto conturbado do processo de trabalho que se organiza prioritariamente para dar respostas à demanda espontânea (BRITO et al., 2013). Assim, os cuidadores e idosos ficam potencialmente alheios das orientações necessárias aos cuidados em saúde, o que demanda dos gestores e

profissionais um olhar crítico para esta realidade no sentido de identificar soluções para a resolução deste problema.

Somado a esta questão, o estudo revelou que grande parcela da amostra, 91,5%, nunca recebeu treinamento relacionado à prestação de cuidados ao idoso no domicílio. Esses achados são similares aos estudos nacionais (FERNANDES et al., 2013; SCALCO et al., 2013; MONTEZUMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008; MOREIRA; CALDAS, 2007). Estudo transversal realizado na Espanha também revelou que mais da metade dos cuidadores não obtinha qualquer formação para cuidar do idoso com doença crônica (ZAMBRANO-DOMÍNGUEZ; GUERRA-MARTÍN, 2012).

Fernandes et al. (2013) comentam a esse respeito que o despreparo do cuidador pode trazer conseqüências como ansiedade e desgaste físico, ocasionando situações de risco para quem cuida e para quem é cuidado. Por isso, justifica-se a necessidade de investimentos em estratégias educativas que possibilitem a qualificação do cuidado domiciliar ao idoso, quando este se sentirá seguro de suas ações, o que beneficiará o idoso e quem cuida.

Nesse contexto, vale enfatizar que o surgimento de distintos programas de qualificação de cuidadores, em âmbito nacional, culminou em questionamentos, especialmente dos profissionais de enfermagem, em relação às atividades passíveis ou não de serem delegadas aos cuidadores. Nessa perspectiva, enfatiza-se a relevância da presença do enfermeiro na orientação aos cuidadores, o que pode ser feito através de ações individuais ou por meio de cursos (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2014).

Na região nordeste, mais especificamente no Estado do Ceará, em 2011, a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia desenvolveu um Curso Técnico em Cuidados Domiciliares, em caráter experimental, dentro do projeto de Cooperação Internacional Brasil-Canadá, com financiamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com uma carga horária de 1800 horas, devidamente aprovado pelo Conselho Estadual de Educação do Ceará.

Em âmbito internacional, a exemplo da Coreia, a preocupação com o despreparo dos cuidadores familiares, bem como a diminuição da presença destes, em virtude das transformações na sociedade, culminou, em 2008, na introdução de seguros de saúde de longa duração, onde os trabalhadores são obrigados a pagar, para garantir assistência domiciliar pública quando se encontrarem em situação de dependência (KIM; CHO; LEE, 2013).

Kim, Cho e Lee (2013) concluíram que a presença e as características do cuidador familiar de idosos influenciam no uso de cuidados profissionais do sistema coreano de atendimento de longo prazo. Os autores verificaram que, quando o idoso possuía um

cuidador familiar, principalmente cônjuge, ele utilizava o serviço no domicílio com mais frequência, quando comparado ao idoso institucionalizado. Assim, o cuidador familiar da Coreia tem um suporte profissional sempre que julgar necessário na prestação do cuidado ao idoso no domicílio.

Entende-se que o modo como os países enfrentam a problemática da qualificação do cuidado domiciliar de idosos pode acarretar danos físicos, psíquicos e sociais à população idosa e de seus cuidadores, bem como gerar maiores gastos públicos nos serviços de saúde. Investir no suporte domiciliar ao idoso e seus cuidadores possivelmente reduz os gastos do sistema de saúde com internamentos e hospitalizações desnecessárias.

5.2 Caracterização dos idosos

5.2.1 Apresentação do perfil sociodemográfico e habitacional dos idosos

No presente estudo, participaram 84 idosos, sendo a maioria mulheres (66,7%), com idade média de 83 anos (Mínimo: 60; Máximo: 105; DP:10,06). 83% declararam-se católicos e 10,7%, evangélicos de denominações diversas. Quanto à escolaridade, apenas 33,4% dos idosos referiram saber ler e escrever, enquanto 57,1% admitiram ser analfabetos.

Tabela 3 - Perfil sociodemográfico e habitacional dos idosos. Sobral-CE, 2015

Variáveis	N = 84	%
Perfil sociodemográfico		
Sexo		
Masculino	28	33,3
Feminino	56	66,7
Religião		
Católica	70	83,3
Evangélica	9	10,7
Outras	5	6,0
Frequentou escola		
Sim	29	34,5
Não	55	65,5
Sabe ler e escrever		
Sim	28	33,4
Não	48	57,1
Só assina	8	9,5
Aposentado		
Sim	78	92,9
Não	6	7,1
Situação conjugal		
Casado/mora com companheiro	34	40,5
Solteiro	8	9,5
Separado	5	6,0
Viúvo	37	44,0
Tem filhos		

Variáveis	N = 84	%
Sim	76	90,5
Não	8	9,5
Tipo de casa		
Própria	66	78,6
Alugada	10	11,9
De familiares	8	9,5
Mora com familiares		
Sim	80	95,2
Outros	4	4,8
Avaliação da casa		
Quarto Exclusivo		
Não	22	26,2
Sim	62	73,8
Ambiente Livre		
Não	45	53,6
Sim	39	46,4
Saneamento Básico		
Não	16	19,0
Sim	68	81,0
Degraus		
Não	54	64,3
Sim	30	35,7
Porta Estreita		
Não	61	72,6
Sim	23	27,4
Banheiro Sem Suporte		
Não	19	22,6
Sim	65	77,4
Tapete		
Não	78	92,9
Sim	6	7,1
Piso Escorregadio		
Não	61	72,6
Sim	23	27,4
Iluminação Adequada		
Não	44	52,4
Sim	40	47,6

Fonte: Elaboração própria.

São aposentados 92,9% aqui incluídos os beneficiários da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS e os aposentados por tempo de serviço, bem como pensionistas. Predominaram no item estado civil os casados, 40,5%, e viúvos (44%), e 90,5% tiveram filhos. Os que residem em casa própria foram 78,6% dos respondentes e 9,5% moram em casa de familiares. A família de 95,2% é composta pelos familiares que residem com eles. A quantidade de filhos teve a média 8,33 (Mínimo: 1; Máximo: 23; DP: 5,44, sendo a média de filhos do sexo masculino (4,22 filhos) e feminino (4,29 filhos) semelhantes. O número de pessoas vivendo na mesma casa variou de 1 a 10 pessoas, com média de 3,76 pessoas (DP: 1,57).

Quando avaliadas as características do perfil habitacional, estas são, na maioria, satisfatórias dos itens: quarto exclusivo para o idoso, 73,8%; com ambiente livre, 46,4%; com

rede de saneamento básico para 81%; com portas adequadas ao trânsito seguro do idoso, 72,6%; sem a presença de tapetas, 92,9%; embora se considere que 7,1% das casas possuem tapetes. Sem piso escorregadio 72,6% e iluminação adequada em 47,6% das moradias dos idosos entrevistados. Dos aspectos negativos destaca-se a presença de degraus em 35,7% das casas.

5.2.2 Análise do perfil sociodemográfico e habitacional dos idosos entrevistados

Quando se observam os aspectos sexo, estado civil e renda pessoal, o estudo se aproxima-se dos resultados obtidos por (GRATÃO et al., 2013; SILVA et al., 2006; UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011).

O estado de dependência funcional na velhice é uma variável diretamente proporcional ao aumento da faixa etária. Quanto mais o idoso vai envelhecendo eleva-se gradualmente o grau de dependência funcional (BARBOSA et al., 2014).

Destaca-se que a situação de viuvez, predominante nos idosos estudados, repercute negativamente na qualidade de vida dos idosos. Roncon, Lima e Pereira (2015) evidenciaram a situação conjugal como um fator que influencia a depressão e a qualidade de vida. Os autores concluíram que ser casado ou viver em união estável implica em menor depressão e melhoria da qualidade de vida física, psíquica, social e ambiental, quando comparados aos idosos viúvos, solteiros ou divorciados. Outro aspecto que pode ser destacado é que a viuvez afeta mais as mulheres, uma vez que têm dificuldades de contraírem um novo matrimônio pelos aspectos culturais ligados à velhice feminina.

Quanto à escolaridade, estudo realizado por Drumond e Alves (2013), que objetivou estabelecer o perfil sociodemográfico e funcional de idosos atendidos pela ESF, em Paranoá, Distrito Federal, observando possíveis associações entre os fatores encontrados e o nível de capacidade funcional dessa população, demonstrou que 30,1% destes eram analfabetos sem nenhuma associação para medida de capacidade funcional. Assim, pode-se inferir que a escolaridade é mais requerida para o cuidador, conforme analisado no tópico anterior.

Os idosos se autodeclararam católicos, em sua maioria (82,9%). Ao considerar que a religiosidade na velhice está presente de forma bastante acentuada, é importante considerar que ela merece destaque, atenção, valorização e incentivo por parte dos cuidadores de idosos, independente das crenças pessoais de cada cuidador e profissional que participa do

cuidado ao idoso, aqui considerados os praticantes ou não praticantes de algum tipo de religião ou fé. (OLIVEIRA; ALVES, 2014).

Gutz e Camargo (2013) verificaram que a espiritualidade, na representação dos idosos, é significada como uma dimensão importante da existência humana, sendo que na velhice ela aparece vinculada ao enfrentamento de situações do cotidiano, tendo em vista as perdas e mudanças no envelhecimento, e como fonte de preparação para a morte.

O perfil familiar da pesquisa é semelhante a outros estudos (ALVARENGA et al., 2011; MARQUES, 2015). Pesquisas revelaram que o grande número de filhos pode expressar uma rede de apoio social informal ao idoso (ALVARENGA et al., 2011; SAAD, 2003; PILGER, 2006).

Acredita-se que a convivência de muitas pessoas não seja um indicador suficiente para representar a ajuda no cuidado ao idoso, mas pode ser considerada um meio facilitador para que a ajuda mútua aconteça entre idoso, cuidador e familiares.

Ao avaliar os domicílios, verificou-se que estudo realizado por Pires et al. (2013), em Belo Horizonte, apresentou resultados semelhantes quando analisaram os domicílios das pessoas em atendimento domiciliares, a saber: piso escorregadio (42,9%), umidade de piso e parede (37,7%), tapetes com possibilidade de quedas (34,2%), degraus (82,4%), rampas (42,9%) e desnivelamentos (66,6%).

Diante do exposto, numa perspectiva de atenção integral ao idoso em cuidado domiciliar, torna-se importante construir uma agenda na saúde junto aos profissionais e gestores quanto à necessidade de elaboração de projetos de intervenção de cunho intersetorial voltada a esta clientela com vistas a mudar a realidade dos domicílios dos idosos com dependência. Conforme foi demonstrado, os idosos, em sua maioria, não têm acesso a condições financeiras para o investimento de adaptações em suas residências, fato este que contribui para a permanência do idoso em situação de risco, embora no estudo, se consideradas as condições socioeconômicas dos participantes, deve-se reconhecer um esforço familiar no sentido de dar algum tipo de segurança a este idoso dependente. Apesar destes dados positivos, a atitude de vigilância do cuidador frente a esta exposição se torna extremamente relevante e central no cuidado ao idoso.

5.3 Avaliação do grau de dependência dos idosos

A opção pelo uso do Índice de Barthel deve-se, como expresso em capítulo anterior, à escolha do software utilizado como apoio, que adota esta escala para esta avaliação.

Tabela 4 - Avaliação do grau de dependência segundo o Índice de Barthel. Sobral, CE. 2015

Variáveis		N (84)	%
Alimentação	Dependente	52	61,9
	Independente	32	38,1
Banho	Dependente	84	100,0
	Independente	0	0,0
Higiene pessoal	Dependente	82	97,6
	Independente	2	2,4
Vestir	Dependente	61	72,6
	Independente	23	27,4
Intestino	Dependente	41	48,8
	Independente	43	51,2
Sistema urinário	Dependente	43	51,2
	Independente	41	48,8
Uso do vaso sanitário	Dependente	51	60,7
	Independente	33	39,3
Transferência	Dependente	68	78,6
	Independente	18	21,4
Mobilidade	Dependente	66	78,6
	Independente	18	21,4
Escadas	Dependente	79	94,0
	Independente	5	6,0
Pontuação total	Dependência total	14	16,7
	Dependência severa	40	47,6
	Dependência moderada	24	28,6
	Dependência leve	3	3,6
	Independência	3	3,6

Fonte: Elaborado pela autora.

Concernente ao estado de dependência do idoso medido pelo índice de Barthel (Tabela 4), os resultados desta pesquisa encontraram nível elevado de dependência, 47,6% dos idosos apresentam dependência severa e 16,7%, dependência total. Para todas as atividades de vida diária, os índices de dependência foram muito significativos: alimentação (61,9%), banho (100%), higiene pessoal (97,6%), vestir-se (72,6%), intestino (48,8%),

sistema urinário (51,2%), uso do vaso sanitário (60,7%), transferência (78,6%), mobilidade (78,6%) e escadas (94,0%).

Linhares et al. (2011) avaliaram a capacidade funcional dos idosos, por meio da aplicação do Índice de Barthel, atendidos na atenção primária de Sobral-CE e verificaram que 61% possuíam algum tipo de dependência para realizar as atividades de vida diária e, quanto maior a idade, maior prevalência de incapacidades. Ressalta-se que os resultados desta investigação apresentam grau de dependência maior pelos próprios critérios da amostra, que estabeleceu o idoso em cuidado domiciliar, obviamente com possível estado de dependência maior que a população em geral.

A incapacidade de realizar as atividades básicas da vida diária gera desconforto e impaciência no idoso cuidado, podendo, conseqüentemente, afetar de forma negativa o cuidador, repercutindo também no seu cansaço físico e mental (PEREIRA et al., 2013).

Por causa do grau de dependência do idoso, a prática de cuidados em domicílios requer do cuidador dedicação e exclusividade, fato que dificulta o exercício do autocuidado pelos cuidadores (MARQUES; BESSA; SILVA, 2013)

Os cuidadores, diante de tal complexidade, necessitam de suporte profissional para auxílio nas atividades da vida diária de forma adequada, com segurança para si e para o idoso. Esta realidade justifica a realização de ações educativas que tenham como temas centrais as relacionadas às atividades da vida diária do idoso. Leme et al (2013), em pesquisa que apresentou a experiência com grupo de apoio aos cuidadores, levantaram as principais temáticas requeridas pelos cuidadores no intuito de planejar a intervenção educativa e, dentre elas, duas enfatizavam a alimentação e a higiene do idoso.

Semelhante ao que encontrou Mota (2014), cujos cuidadores participantes desta investigação manifestaram suas dificuldades para exercer seu papel, verbalizando, por muitas vezes, o sentimento de solidão e impotência diante da tarefa de cuidar, e a insuficiência de visitas pela equipe de saúde. No presente estudo, a oportunidade de ter um profissional em seu domicílio, na fase da coleta de dados foi, por vezes, utilizada para esclarecer dúvidas e fornecer alguma orientação de cuidado ao idoso, traduzida como um pedido de ajuda.

Para Moreira, Caldas (2007), sem as orientações dos profissionais, os cuidadores acabam muitas vezes constituindo uma rede autônoma de cuidado ao idoso, sem a integração com os profissionais e serviços de saúde. Se, por um lado, denota autonomia e formação de rede de apoio, por outro, pode ser prejudicial pela falta de informações adequadas e reforço de comportamento ou intervenções indevidas.

Nesse sentido, a Enfermagem deve estar alerta para a avaliação da capacidade funcional no atendimento ao idoso em cuidado domiciliar, embasada no conhecimento gerontológico, podendo contribuir com olhar atento para as reais necessidades e dificuldades no acompanhamento destes indivíduos. Além disso, esta avaliação possibilita intervir, por meio da promoção da saúde, com ações específicas que contribuam para postergar as incapacidades, assim como para reabilitar as incapacidades detectadas, resultando em redução do número de dependentes e melhorando a qualidade de vida dos idosos (LOURENÇO et al., 2012).

5.4 Conhecimento, atitude e prática dos cuidadores antes e depois da intervenção educativa

As Tabelas que se seguem se referem aos inquéritos CAP realizados na pesquisa. Antes da intervenção, a amostra foi de 82, constituindo o conjunto de cuidadores ligados a programas governamentais, entretanto, para a fase de intervenção, houve diminuição do número de participantes (n=34), por motivos já explicitados no capítulo da metodologia. O conhecimento, a atitude e a prática dos cuidadores foram avaliados a partir dos seguintes domínios: 1 Relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio; 2. Alimentação do idoso; 3. Banho e higiene e 4. Mobilidade e transferência. Os conteúdos selecionados para cada domínio foram organizados segundo o software *Modelo de Planes de Cuidad de Atención Domiciliária Holística* (MPCADH) (TIRADO, 2013).

Considerou-se pertinente investigar a relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio por acreditar que o cuidado domiciliar prestado de forma adequada se inicia a partir do estabelecimento de um vínculo, de uma motivação, que leva ao cuidador o interesse pelo processo saúde-doença do idoso, bem como o reconhecimento de seu papel como algo importante, que ajuda a promover o bem-estar de quem cuida, além do respeito à autonomia, entendida como diretriz que guia o cuidado ao idoso no domicílio.

Nessa perspectiva, no que se refere ao conhecimento do domínio que avaliou a relação de ajuda cuidador-idoso, no domicílio, obtiveram-se resultados apenas da amostra antes da intervenção, pois esta visou capacitar os cuidadores de forma coletiva, não levantando informações específicas e individuais dos idosos e de seus cuidadores no contexto do cuidado domiciliar.

Tabela 5 - Distribuição do número de cuidadores, segundo o nível de conhecimento, atitude e prática no cuidado ao idoso, antes da intervenção e após a intervenção. Domínio: Relação de ajuda cuidador-idoso. Sobral-CE, 2015.

Domínio		Grupos	
		Pré-teste N=82	Pós-teste N=34
Relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio			
Conhecimento			
Conhece os problemas de saúde do idoso	Sim	77 (93,9)	-
	Não	5 (6,1)	-
Possui dificuldade em ajudar o idoso	Sim	32 (39,0)	-
	Não	50 (61,0)	-
Sabe informar as AVDs que o idoso tem mais dificuldades	Sim	61 (74,4)	-
	Não	21 (25,6)	-
Conhece as consequências da dependência para o idoso	Sim	50 (61,0)	-
	Não	32 (39,0)	-
Atitude			
O cuidador é responsável pelo bem-estar da pessoa idosa que cuida	Concordo totalmente	73 (89,0)	34 (100,0)
	Concordo em parte	5 (6,1)	-
	Discordo totalmente	1 (1,2)	-
	Discordo em parte	3 (3,7)	-
O idoso em cuidado domiciliar é capaz de adaptar-se a novas situações e adotar novos comportamentos para melhorar o seu bem-estar	Concordo totalmente	55 (67,1)	30 (88,2)
	Concordo em parte	19 (23,2)	4 (11,8)
	Discordo totalmente	3 (3,7)	-
	Discordo em parte	3 (3,7)	-
Para envelhecer dignamente é importante dar ao idoso oportunidade de fazer suas escolhas	Concordo totalmente	52 (63,4)	30 (88,2)
	Concordo em parte	16 (19,5)	1 (2,9)
	Discordo totalmente	8 (9,8)	3 (8,8)
	Discordo em parte	6 (7,3)	-
Prática			
Planeja conjuntamente com o idoso as atividades de cuidado	Sempre	44 (53,7)	26 (76,5)
	Às vezes	28 (34,1)	7 (20,6)
	Nunca	10 (12,2)	1 (2,9)
Estimula o idoso a cuidar de si	Sempre	49 (59,8)	28 (81,8)
	Às vezes	15 (18,3)	4 (12,1)
	Nunca	18 (22,0)	2 (6,1)

Fonte: Elaborado pela autora.

5.4.1 Apresentação dos resultados da avaliação de relação de ajuda cuidador-idoso nas dimensões conhecimento, atitude e prática

Na dimensão *conhecimento*, os cuidadores afirmaram conhecer os problemas de saúde do idoso que cuida (93,9%). Entre os problemas mais apontados pelos cuidadores destacaram-se a depressão (51,2%), o diabetes mellitus (35,4%) e o acidente vascular cerebral (15,9%). Parte significativa dos cuidadores (39%), possui dificuldade de ajudar o idoso diante dos problemas de saúde que se apresentam, sendo a principal dificuldade referente à mobilidade, (41,2%). Quanto às atividades de vida diária do idoso que necessitam de auxílio dos cuidadores, 74,4% dos cuidadores souberam informar, sendo citadas, a maioria delas, com prevalência para banho (70,7%) e alimentação (65,9%), dados que são condizentes com a

avaliação da capacidade funcional dos idosos investigados, 47,6% apresentaram dependência severa. Ao serem questionados sobre o conhecimento acerca da consequência que o estado de dependência traz para o idoso, 39,0% não souberam informar, sendo citados, por alguns, adoecimento e agravamento da doença.

Na dimensão da *atitude* na relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio, houve predomínio do item concordo totalmente quando da afirmação que o cuidador é um dos responsáveis pelo bem-estar da pessoa idosa, tanto antes como após a intervenção, 79% e 100%, respectivamente.

Ao se reportar à capacidade do idoso de adaptar-se a novas situações e adotar novos comportamentos para melhorar o seu bem-estar, na avaliação pré-teste, 67,1% dos cuidadores concordaram totalmente, 23,2% concordaram em parte e 2,4% não opinaram. Após a intervenção, 88,2% concordaram totalmente e 11,8% concordaram em parte.

Quando se afirmou que para envelhecer dignamente é importante dar ao idoso oportunidade de fazer suas escolhas, os cuidadores responderam, na fase pré-teste, da seguinte maneira: 63,4% concordaram totalmente, 19,5% concordaram em parte, 9,8% discordaram totalmente, 7,3% discordaram em parte. Logo após a intervenção, verificou-se aumento dos percentuais para o item concordo totalmente (88,2%), contudo não alterando os que responderam discordo totalmente (8,8%).

Em relação à dimensão *prática* dos cuidadores, foi perguntado ao cuidador ele planeja conjuntamente com o idoso as atividades de cuidado. Os cuidadores, na fase pré-teste, responderam 53,7% sempre, 34,1% às vezes e 12,2% nunca. Na fase pós-teste, houve significativas alterações das respostas, 76,5% sempre, 20,6% às vezes e apenas 2,9% nunca.

Por fim, foi questionado se o cuidador estimula o idoso a cuidar de si, observou-se que, antes da intervenção, 59,8% dos cuidadores afirmaram exercer esta prática sempre, 18,3% somente às vezes e 22% nunca. Após a intervenção, o estudo revelou melhoria na percepção da prática dos cuidadores quando estes afirmaram 82,3% sempre, 11,8% às vezes e 5,9% nunca.

5.4.1.1 Análise do domínio Relação de ajuda cuidador-idoso nas dimensões conhecimento, atitude e prática

O cuidado humano é um compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, da dignidade humana e da espiritualidade, é contribuir na construção da história, do conhecimento, da vida. O cuidado é entendido como

uma forma de viver em que seres humanos tentam harmonizar seus desejos de bem-estar próprio em relação a seus atos, em função do bem-estar dos outros (WALDOW, 2012).

O cotidiano do cuidador é construído em função das necessidades do outro e lidar com esta realidade do idoso em cuidado domiciliar significa surpreender-se com os problemas que surgem relacionados às doenças mais prevalentes do envelhecimento e ao estado de dependência. A dependência de cuidados por parte do idoso é uma realidade que precisa ser apreendida e as informações ao cuidador ainda são insuficientes para responder às necessidades que vão surgindo na prática (FARIAS et al, 2005).

Além disso, ao lidar com as atividades básicas da vida diária do idoso, de forma ininterrupta, todo cuidador sente-se desgastado em suas forças, físicas ou mentais, pelo grau de responsabilidade que a tarefa exige (ARAÚJO; OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

O estudo de Gurgel, Oliveira e Salles (2012), realizado em Belém do Pará com cuidadores de idoso doente crônico, evidenciou resultados semelhantes ao desta investigação quanto às doenças crônicas mais prevalentes e as dificuldades dos cuidadores. Entre as dificuldades mais citadas estão àquelas relacionadas ao manuseio do idoso e sua higiene, conviver com as alterações do comportamento do idoso, falta de apoio de outros membros da família, dificuldades financeiras e frequência da visita da equipe de saúde.

Outro estudo realizado no Rio Grande do Sul, que objetivou identificar as principais queixas implicadas no cuidado com o idoso e como elas podem interferir na rotina diária dos cuidadores, verificou-se um desconhecimento sobre as doenças dos idosos por parte dos cuidadores ou mesmo falta de clareza sobre a doença e seu tratamento. Portanto, com bases nos estudos científicos, reforça-se a necessidade de os cuidadores receberem orientações de profissionais de saúde de como proceder nas situações mais difíceis por meio de supervisão e capacitação para o cuidado tanto com o idoso, como com o seu próprio cuidado (AREOSA et al., 2014).

De acordo com Martins et al (2007), quando o conhecimento do cuidador é insuficiente, é necessário oferecer atenção redobrada dos profissionais aos cuidadores, a fim de ensiná-los a prevenir possíveis enganos, exigindo, portanto, a utilização dos diversos recursos para alcançar objetivos esperados.

A atitude do cuidador frente à relação de ajuda evidencia que o modo como o cuidador percebe seu papel e as limitações e potencialidades da pessoa da qual cuida pode acarretar atitudes positivas ou negativas no contexto do cuidado domiciliar. Observou-se a presença de atitudes negativas quando os cuidadores concordaram em parte ou discordaram na possibilidade de o idoso se adaptar às situações novas e/ou favorecer a autonomia do idoso

diante das escolhas da vida. A intervenção educativa contemplou aspectos inerentes a este tipo de abordagem ao idoso e causou efeito positivo na fase pós-teste.

As atitudes negativas estabelecidas na relação cuidador-idoso podem ser fruto de uma concepção da velhice baseada no pensamento de que os idosos se refugiam nos hábitos e nas rotinas porque sair da rotina é amedrontador e cansativo. Qualquer desordem causa irritação e insegurança no idoso, que já perdeu a capacidade de adaptação e de reagir ao novo, como anteriormente possuía (CRUZ; FERREIRA, 2011).

Cruz e Ferreira (2011) realizaram uma pesquisa com o objetivo de conhecer as representações sociais da velhice por familiares e discutir suas implicações para o cuidado ao idoso pela família, no domicílio, com achados semelhantes. Seus achados revelaram que a caracterização elaborada para o idoso de chato, ranzinza e rabugento pode ser refutada, uma vez que a personalidade das pessoas não se constrói na velhice, mas se mantém ou se acentuam as características que já possuíam antes.

Por outro lado, Flores et al. (2010) dizem que, para cuidar, é importante que o cuidador respeite o direito de decisão do idoso. A necessidade de autodeterminação, decidindo sobre as situações mais simples do dia a dia, é de fundamental importância na qualidade de vida do idoso, pois o ser humano só é sujeito quando está livre, quando se autodetermina e toma consciência de sua liberdade (FLORES et al., 2010).

Esses achados relacionados à prática podem ser influenciados pelo fato de o cuidador, por muitas vezes, vê o idoso de forma infantilizada, como uma criança totalmente dependente. O estudo de Floriano et al. (2012), que descreveu a maneira como os cuidadores cuidam dos idosos em condição de dependência no domicílio, no contexto da Estratégia Saúde Família, revelou que se o cuidador desconsidera o idoso com suas vivências, suas capacidades intelectuais e cognitivas, este pode estar agindo de maneira inapropriada para com esse idoso e, assim, contribuindo para a perda de sua autonomia, bem como a dependência emocional do idoso para com o cuidador, a ponto de o idoso começar a ter comportamento infantil (FLORIANO et al., 2012).

5.4.2 Apresentação dos resultados do domínio Alimentação nas dimensões conhecimento, atitude e prática

Sobre o domínio referente à *alimentação* verificou-se que muitos cuidadores já haviam recebido orientações acerca do tema (57,3%), sendo que os profissionais de saúde foram os principais responsáveis por tais orientações (89,1%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição do número de cuidadores, segundo o nível de conhecimento, atitude e prática no cuidado ao idoso, antes da intervenção e após a intervenção. Domínio: Alimentação. Sobral-CE, 2015.

Domínio		Grupos	
		Pré-teste N=82	Pós-teste N=34
Alimentação			
Conhecimento			
Recebeu orientações acerca da alimentação para idosos	Sim	47 (57,3)	34 (100,0)
	Não	35 (42,7)	-
Onde/ de quem recebeu estas orientações?	Familiares	4 (8,7)	-
	Profissionais de saúde	42 (89,1)	34 (100,0)
	Internet	1 (2,2)	-
Idosos possuem dificuldade na mastigação	Não	35 (42,7)	1 (2,9)
	Sim	47 (57,3)	33 (97,1)
Idosos possuem dificuldade para engolir	Não	45 (54,9)	9 (26,5)
	Sim	37 (45,1)	25 (73,5)
Idosos possuem dificuldades para levar o alimento até a boca	Não	42 (51,2)	17 (50,0)
	Sim	40 (48,8)	17 (50,0)
	Devido ao envelhecimento	40 (48,8)	14 (41,2)
Idoso pode perder o apetite porquê?	Devido algumas doenças	12 (14,6)	3 (8,8)
	Devido tristeza, solidão e conflitos familiares	7 (8,5)	1 (2,9)
	Todos os itens	23 (28,1)	16 (47,1)
	Ficar doente	71 (88,8)	25 (78,1)
Consequências de uma alimentação inadequada no idoso	Desnutrição	3 (3,8)	1 (3,1)
	Outro	6 (7,5)	6 (18,8)
	Um	30 (36,6)	4 (11,8)
Citar três cuidados necessários para ajudar ao idoso alimentar-se corretamente	Dois	27 (32,9)	22 (64,7)
	Três	8 (9,7)	6 (17,6)
	Não sabe	17 (20,8)	2 (5,9)
Atitude			
É importante seguir as recomendações alimentares e horários das refeições do idoso	Concordo totalmente	72 (87,8)	34 (100,0)
	Concordo em parte	7 (8,5)	-
	Discordo em parte	3 (3,7)	-
O idoso deve ser estimulado a comer com suas próprias mãos, desde que esteja em condições para realizar esta atividade	Concordo totalmente	74 (90,3)	34 (100,0)
	Concordo em parte	5 (6,1)	-
	Discordo totalmente	1 (1,2)	-
	Discordo em parte	2 (2,4)	-
O ambiente da refeição deve ser preparado para o idoso ver, alcançar e servir-se dos alimentos em condições de segurança	Concordo totalmente	68 (82,9)	34 (100,0)
	Concordo em parte	3 (3,7)	-
	Discordo totalmente	6 (7,3)	-
	Discordo em parte	2 (2,4)	-
	Não tenho opinião	3 (3,7)	-
Prática			
Controla a alimentação do idoso	Sempre	65 (79,2)	30 (88,2)
	Às vezes	13 (15,9)	4 (11,8)
	Nunca	4 (4,9)	-
Observa se há alguma dificuldade em mastigar e engolir	Sempre	57 (69,5)	31 (91,2)
	Às vezes	10 (12,2)	2 (5,9)
	Nunca	15 (18,3)	1 (2,9)
Organiza o ambiente de refeição do idoso de modo que ele veja os alimentos	Sempre	44 (53,7)	31 (91,2)
	Às vezes	23 (28,0)	1 (3,0)
	Nunca	15 (18,3)	2 (6,1)
Posiciona-o de modo que facilite a passagem dos alimentos	Sempre	64 (78,1)	31 (91,2)
	Às vezes	7 (8,5)	2 (5,9)
	Nunca	11 (13,4)	1 (2,9)

Fonte: Elaborado pela autora.

Entre os problemas comuns da atividade de alimentar o idoso, os cuidadores citaram, na fase pré-teste, dificuldade na mastigação (57,3%), dificuldade para engolir (tosse e engasgo) (45,1%) e dificuldade para levar o alimento até a boca (48,8%). Após a intervenção, a capacidade de identificar esses problemas aumentou de forma evidente, obteve-se dificuldade na mastigação (97,1%), dificuldade para engolir (tosse e engasgo) (73,5%), Apenas neste item, dificuldade para levar o alimento até a boca (50%), não houve alteração de opinião.

Aos cuidadores foi perguntado o motivo da perda de apetite dos idosos, as respostas predominantes, tanto antes quanto após a intervenção, foram devido às alterações do próprio envelhecimento, com um percentual de 48,8% e 41,2%, respectivamente. Após a intervenção, parcela significativa dos cuidadores (47,1%) considerou todas as alternativas: devido às alterações do próprio envelhecimento, devido a algumas doenças e devido aos episódios de tristeza, solidão e conflitos familiares.

A maioria dos cuidadores soube citar as consequências de uma alimentação inadequada no idoso, bem como os cuidados necessários para ajudá-lo a alimentar-se corretamente com autonomia e independência, tanto antes quanto após a intervenção. Entre as consequências, as mais citadas foram ficar doente 88,8% (antes da intervenção) e 78,% (após a intervenção) e desnutrição, 3,8% antes e 3,1% após a intervenção. Observou-se melhoria do conhecimento após a intervenção, já que o percentual de cuidadores que soube citar dois cuidados necessários à alimentação do idoso passou de 32,9% para 64,7% e dos que souberam citar três aumentou de 9,7% para 17,6%.

No que diz respeito à *atitude* dos cuidadores frente à alimentação do idoso, predominou, já antes da intervenção educativa, a total concordância dos participantes para as seguintes situações: importância de seguir as recomendações alimentares e horários das refeições do idoso (87,8%); o idoso ser estimulado a comer com suas próprias mãos, 90,2%; e preparo do ambiente da refeição de forma que o idoso possa ver, alcançar e servir-se, 82,9%. Após a intervenção, em todos as situações, o item concordo totalmente obteve o percentual de 100%.

Acerca da *prática* da alimentação do idoso, os cuidadores referiram, antes da intervenção, controlar a alimentação sempre (79,2%), após a intervenção, esse percentual passou para 88,2%. Quanto à prática de observar se o idoso apresenta dificuldade para mastigar e engolir, obteve-se como resposta, antes da intervenção, sempre 69,5% e, após a intervenção, 91,2%.

Sobre a organização do ambiente da refeição do idoso de modo que ele veja, alcance e sirva-se dos alimentos, os cuidadores, antes da intervenção, afirmaram exercer esta prática sempre 53,7% e, após a intervenção, 91,2%. Acerca do posicionamento do idoso de modo que facilite a deglutição, antes da intervenção, 78,1% dos cuidadores afirmaram exercer sempre esta prática e, após a intervenção, 91,2%.

5.4.2.1 Análise do domínio Alimentação nas dimensões conhecimento, atitude e prática

A alimentação faz parte dos cuidados em saúde que está diretamente relacionada a um ritmo favorável de envelhecimento. A alimentação da pessoa idosa segue, de maneira geral, os mesmos princípios da dieta saudável recomendada a todas as pessoas adultas. No entanto, o cuidador domiciliar deve estar atento quanto à quantidade e qualidade das calorias consumidas, devido à diminuição do metabolismo e atividade física, bem como os problemas comuns que surgem pelas alterações fisiológicas do envelhecimento (BRASIL, 2009).

O problema do engasgo é comum no idoso, pois a musculatura responsável pela mastigação e deglutição sofre alterações fisiológicas naturais, possibilitando sua maior incidência. Diante disso, é importante que os cuidadores estejam aptos a agir diante de uma situação de urgência de engasgo, que tenham conhecimento prévio das medidas a serem utilizadas para evitar tais situações (LIMA, et.al., 2009).

Diogo, Ceolim e Cintra (2005) desenvolveram um programa educativo para idosos que cuidam de idosos e, como sugestões, os cuidadores idosos apontaram a necessidade de incluir nas sessões educativas momentos de ensino sobre os primeiros cuidados nas urgências mais comuns no idoso como a situação do engasgo.

Para Campos et.al. (2000), a perda de apetite em idosos tem sido geralmente relacionada ao próprio envelhecimento, muitas vezes pela ausência de elementos dentários ou uso de próteses, perda de algum familiar, que pode ocasionar alguma manifestação de depressão, as alterações sensoriais, o declínio e eventual perda da acuidade visual, audição, olfato e sensação de gustação, que interferem diretamente na ingestão de alimentos.

O cuidado da alimentação é algo construído culturalmente desde a infância, sendo nela e na velhice os períodos de maior preocupação e dedicação dos cuidadores na vigilância de uma alimentação de qualidade e quantidade suficiente. A maioria das pessoas já incorporou a determinação de que, sem uma alimentação rica em nutrientes, o risco de adoecimento será bem maior.

Para o idoso sentar-se à mesa durante as refeições com a família é uma atitude importante, pois promove momentos de amparo e de sociabilidade. Na velhice, as necessidades fisiológicas de alimentação são relevantes e as refeições em família podem manter a qualidade delas, além de torná-las um ato eminentemente social (NAVARRO; MARCON, 2006).

Qualificar os conhecimentos dos cuidadores sobre nutrição é um dos fatores apontados como importante estratégia na prevenção e controle de comportamentos aversivos à alimentação e, conseqüentemente, pode contribuir para melhorar a qualidade de vida do paciente e do cuidador (GRINES; CALDAS, 2014). Estudo de revisão realizado por Grines e Caldas (2014) demonstrou os efeitos positivos da educação nutricional junto aos cuidadores em relação ao controle da massa corporal, ao estado nutricional, ao humor e também para a redução do declínio cognitivo dos idosos com demência. Ao desenvolver um espaço propício para orientação e apoio às famílias, é possível melhorar o estado de saúde global do idoso.

5.4.3 Apresentação dos resultados do domínio Banho e higiene nas dimensões conhecimento, atitude e prática

Referente ao domínio do *banho e higiene*, quanto ao aspecto conhecimento, os achados demonstraram que a maioria dos cuidadores não havia recebido orientações acerca do banho, higiene e vestuário dos idosos em cuidado domiciliar (81,7%). Daqueles que haviam recebido orientações, conforme ocorreu nos demais domínios, referiram como responsáveis os profissionais de saúde 86,6% (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição do número de cuidadores, segundo o nível de conhecimento, atitude e prática no cuidado ao idoso, antes da intervenção e após a intervenção. Domínio: Banho e higiene. Sobral-CE, 2015.

Domínios		Grupos	
		Pré-teste N=82	Pós-teste N=34
Banho			
Conhecimento			
Recebeu orientações sobre o banho, higiene pessoal e vestuário de idosos	Sim	15 (18,3)	33 (97,1)
	Não	67 (81,7)	1 (2,9)
Onde/ de quem recebeu estas orientações?	Familiares	1 (6,7)	-
	Amigos	1 (6,7)	-
	Profissionais de saúde	13 (86,6)	34 (100,0)
	Depende das necessidades do idoso	9 (11,0)	22 (64,7)
Frequência ideal do banho no idoso	Diariamente	70 (85,4)	11 (32,4)
	Duas vezes por semana	2 (2,4)	-
	Não sabe	1 (1,2)	1 (2,9)
Recomenda-se uso do shampoo	Não	62 (75,6)	19 (55,9)

Domínios		Grupos	
		Pré-teste N=82	Pós-teste N=34
ou sabonete no banho	Sim	20 (24,4)	15 (44,1)
Recomenda-se uso do hidratante no banho	Não	71 (86,6)	25 (73,5)
	Sim	11 (13,4)	9 (26,5)
Recomenda-se uso de óleos no banho	Não	62 (75,6)	34 (100,0)
	Sim	20 (24,4)	-
	Um	19 (24,4)	12 (38,7)
Cite três cuidados necessários para ajudar o idoso a banhar-se	Dois	34 (43,6)	12 (38,7)
	Três	11 (14,1)	6 (19,4)
	Não sabe	14 (17,9)	1 (3,2)
Qual o objetivo mais importante no cuidado com a pele da pessoa idosa?	Manter a pele hidratada	9 (11,0)	5 (14,7)
	Deixar a pele limpa e cheirosa	5 (6,1)	-
	Prevenir assaduras, infecções e úlceras	4 (4,9)	-
	Todos os itens	64 (78,0)	29 (85,3)
	Ao acordar e após as refeições	34 (41,4)	32 (94,1)
Frequência recomendada de higiene oral para o idoso	Duas vezes ao dia	17 (20,8)	1 (2,9)
	Ao acordar é suficiente	23 (28,0)	-
	Não sabe	8 (9,8)	1 (2,9)
	Secá-los cuidadosamente	73 (89,0)	34 (100,0)
No cuidado com os pés das pessoas idosas é recomendado:	Utilizar lixas para tratar rachaduras e manter unhas sempre cortadas	6 (7,3)	-
	Não sabe	3 (3,7)	-
Atitude			
É importante respeitar e garantir a privacidade do idoso durante atividades de banho, higiene pessoal e vestir-se	Concordo totalmente	76 (92,7)	34 (100,0)
	Concordo em parte	4 (4,9)	-
	Discordo em parte	2 (2,4)	-
Se o idoso apresentar resistência ao banho, o cuidador deve sempre tentar descobrir o motivo, pois pode estar com medo de cair, sentindo dores ou cansaço físico	Concordo totalmente	74 (90,3)	34 (100,0)
	Concordo em parte	5 (6,1)	-
	Discordo totalmente	2 (2,4)	-
	Discordo em parte	1 (1,2)	-
O idoso deve ser estimulado a realizar durante o banho higiene pessoal e vestimenta, aquilo que conseguir	Concordo totalmente	63 (76,8)	32 (94,2)
	Concordo em parte	8 (9,8)	1 (3,9)
	Discordo totalmente	6 (7,3)	1 (3,9)
	Discordo em parte	3 (3,7)	-
	Não tenho opinião	2 (2,4)	-
O cuidador deve permitir ao idoso escolher os produtos de higiene, assim como as roupas para vestir-se	Concordo totalmente	55 (67,1)	30 (88,2)
	Concordo em parte	15 (18,3)	1 (2,9)
	Discordo totalmente	7 (8,5)	2 (5,9)
	Discordo em parte	5 (6,1)	1 (3,0)
Prática			
Prepara o idoso para o ambiente do banho	Sempre	56 (68,3)	25 (73,5)
	Às vezes	10 (12,2)	3 (8,9)
	Nunca	16 (19,5)	6 (17,6)
Previne acidentes utilizando os procedimentos de segurança como banho sentado, instalação de barras de apoio e uso de tapetes antiderrapantes	Sempre	49 (59,8)	24 (70,6)
	Às vezes	21 (25,6)	4 (11,7)
	Nunca	12 (14,6)	6 (17,7)
Evita interrupções durante a execução do banho	Sempre	54 (67,5)	27 (79,4)
	Às vezes	12 (15,0)	3 (8,8)
	Nunca	14 (17,5)	4 (11,8)
	Diariamente	68 (82,9)	29 (85,3)
Observa a pele do idoso e procura identificar alterações	Semanalmente	6 (7,3)	3 (8,8)
	Mensalmente	2 (2,4)	1 (2,9)
	Nunca	6 (7,3)	1 (2,9)

Domínios		Grupos	
		Pré-teste N=82	Pós-teste N=34
Realiza junto ao idoso a higiene oral	Ao acordar e após realizar as refeições	30 (36,6)	24 (70,6)
	Duas vezes ao dia	15 (18,3)	2 (5,9)
	Apenas ao acordar	10 (12,2)	2 (5,9)
Cuida dos pés do idoso	Nunca	27 (32,9)	6 (17,6)
	Sempre	52(63,4)	26 (76,5)
	Às vezes	14 (17,1)	4 (11,8)
Limpa e seca a região próxima ao ânus após as eliminações urinárias	Nunca	16 (19,5)	4 (11,8)
	Sempre	43 (52,4)	23 (67,6)
	Às vezes	8 (9,8)	2 (5,9)
Limpa e seca a região próxima ao ânus após as eliminações intestinais	Nunca	31 (37,8)	9 (26,5)
	Sempre	43 (52,4)	20 (58,9)
	Às vezes	10 (12,2)	5 (14,7)
	Nunca	29 (35,4)	9 (26,4)

Fonte: Elaborado pela autora.

Sobre a frequência ideal do banho os cuidadores citaram 85,4% diariamente, sendo que 75,6% desconsideraram o uso do shampoo ou sabonete, como também o uso de hidratantes (75,6%) e de óleos (75,6%). Quando questionados se havia riscos aos idosos durante o banho 81,7% dos cuidadores responderam sim. Entre os riscos, a queda foi a mais citada tanto antes quanto após a intervenção, 95,5 % e 100%, respectivamente.

No tocante à existência de dificuldade em auxiliar o idoso durante o banho e higiene pessoal, 35,4% reconheceram, antes da intervenção, obter alguma dificuldade. Após a intervenção, este percentual aumentou para 54,5%. Entre as principais dificuldades foram apontadas as habilidades para prevenção de quedas, uma vez que 50% e 35,7% relacionaram a questão do peso do idoso como fator dificultador no momento do banho. Sobre o conhecimento referente aos cuidados necessários para ajudar o idoso a banhar-se, antes da intervenção, entre os cuidadores, apenas 14,1% citaram três cuidados e 17,9% não sabiam. Após a intervenção, 19,4% dos cuidadores citaram três cuidados e o percentual de quem não sabia caiu para 3,2%.

Dentre os objetivos mais importantes no cuidado com a pele do idoso, antes da intervenção, 78,0% dos cuidadores consideraram todos os itens, ou seja, manter a pele hidratada, deixar a pele limpa e cheirosa e prevenir assaduras, infecções e úlceras. Após a intervenção, este percentual subiu para 85,3%.

No que concerne à frequência para a higiene oral do idoso, antes da intervenção, 41,4% dos cuidadores optaram pela alternativa “ao acordar e após as refeições. Após a intervenção educativa, este percentual ascendeu para 94,1%. Dentre as recomendações para os cuidados com os pés, antes da intervenção, 89% dos cuidadores optaram por secá-los

cuidadosamente e exercitá-los para prevenir atrofia muscular. Após a intervenção educativa, este percentual passou para 100%.

Avaliando a *atitude* dos cuidadores no domínio de banho e higiene, observou-se que eles consideraram importante respeitar e garantir a privacidade do idoso, tendo concordado totalmente com esta assertiva, antes da intervenção, 92,7% e, depois da intervenção, 100%. Ao serem questionados antes da intervenção sobre a resistência do idoso ao banho, 90,3% concordaram totalmente em descobrir o motivo, pois o medo de cair, o frio, dor ou cansaço físico podem gerar tal resistência. Após a intervenção educativa, este percentual aumentou para 100%.

Sobre o idoso ser estimulado a cuidar de si na atividade de vestir-se ou retirar sua própria roupa 76,8% dos cuidadores responderam concordar totalmente com esta atitude, antes da intervenção, e, após a intervenção, este percentual se elevou para 94,2%. Quanto ao cuidador permitir ao idoso escolher os produtos de higiene, assim como suas roupas, orientando sobre o que seja adequado para o idoso, 67,1% concordaram totalmente antes da intervenção e após a intervenção 88,2%.

No que diz respeito à *prática* dos cuidadores para o domínio de banho e higiene verificou-se que, antes da intervenção, os cuidadores referiram preparar o ambiente do banho mantendo-o aquecido sempre 68,3%, às vezes 12,2% e nunca 19,5%. Neste item houve pouca variação após a intervenção. Quanto à prática de utilizar procedimentos de segurança antes da intervenção, 59,8% dos cuidadores responderam exercer esta prática sempre, sendo que, após a intervenção, este percentual passou para 70,6%. A maioria dos cuidadores, 67,5%, afirmou evitar interrupções durante o banho do idoso sempre, antes da intervenção, após a intervenção, este achado aumentou para 79,4%.

Quanto à prática de observar a pele do idoso, 82,9% dos cuidadores, antes da intervenção, responderam que o fazia diariamente, já após a intervenção, 85,3%. A prática de realizar a higiene oral do idoso ao acordar e após cada refeição foi de 36,6%, antes da intervenção. Esta prática melhorou significativamente, 70,6%, após a intervenção. No que tange às atividades de higiene íntima do idoso de limpar e secar a região perianal, após eliminações urinárias e intestinais, verificou-se, antes da intervenção, para eliminações urinárias, que 52,4% dos cuidadores realizavam esta atividade sempre, após a intervenção, este percentual mudou para 67,6%. Para as eliminações intestinais, esta prática, antes da intervenção, foi referida pelos cuidadores sempre 52,4% e, após a intervenção, 58,9%.

5.4.3.1 Análise do domínio Banho e higiene nas dimensões conhecimento, atitude e prática

O estudo de Souza et al (2014) apontou que os cuidadores que afirmaram receber orientações acerca do cuidado do seu familiar, esta atitude partiu majoritariamente da iniciativa dos profissionais no recinto hospitalar, quando da experiência de uma internação. Após a alta hospitalar, poucos são os contatos com a equipe para a manutenção das orientações. Observe-se também que estas orientações são oferecidas em situação estranha ao ambiente domiciliar com poucos recursos de incapacidade de improvisação do cuidar em situações de carência na prática de cuidar.

Segundo Landeiro, Peres e Martins (2015), durante a internação, o cuidador recebe atenção dos profissionais, mas, após a alta, esta atenção deixa de ser sentida. Há, portanto, a necessidade de compensar este distanciamento com estratégias educacionais e recursos tecnológicos que ajudem o cuidador na tarefa de cuidar, dando melhor formação e qualidade aos cuidados.

Contudo, Carvalho, Rodrigues e Braz (2013) concluíram que as estratégias de educação em saúde direcionadas aos cuidadores, durante a internação, auxiliaram a execução das técnicas de cuidado no domicílio. Mas, ainda assim, o cuidado domiciliar apresenta domínios comprometidos pelas condições socioeconômicas.

Ramos e Menezes (2012) consideram o banho e demais cuidados higiênicos atividades essenciais no dia a dia e devem ser obrigatoriamente executadas. Seguindo a rotina de cuidados, após o banho e a higiene, o cuidador deve incentivar o idoso a se vestir. Este é um momento delicado que requer muita tolerância, pois o que parece simples, ganha uma dimensão muito mais complexa para o idoso em situação de dependência severa.

Rodrigues (2006), ao analisar, sob a perspectiva da antropologia e sociologia, o corpo, revela o simbolismo que algumas partes anatômicas e algumas funções fisiológicas, essencialmente as excretas e fluidos, causam nojo pelo simbolismo que carregam. Isto é confirmado na análise do pós-teste das atividades que se relacionam com a intimidade do corpo e a manipulação de excretas.

Dentre as atividades realizadas pelos cuidadores, o banho é eleito como àquela de maior dificuldade (PAVARINI et al., 2008; VIEIRA et al., 2011). Vieira et al (2011), em estudo de revisão, destacaram questões similares ao desta investigação, mas ressaltaram que, na atividade do banho e cuidados de higiene do idoso, a subjetividade também se faz presente nos medos e constrangimentos vivenciados na execução de algumas tarefas, que invadem a

privacidade e a intimidade do ser cuidado, que geralmente é seu pai ou mãe, e que, até então, ver ou tocar estes corpos era algo inaceitável ou proibido.

De um modo geral, a higiene oral não tem sido prioridade no planejamento dos cuidados em saúde dos idosos dependentes. Estudos com o propósito de intervir para melhoria desta prática são poucos evidentes na literatura (MELLO; PADILLA, 2009).

Portella et al (2015) publicaram estudo recente que objetivou determinar o impacto de um programa de educação de higiene oral para os cuidadores sobre a saúde bucal dos idosos dependentes. O programa de educação de higiene oral para cuidadores teve um impacto positivo sobre a higiene bucal principalmente para aqueles idosos com a força muscular preservada para exercer tal atividade. Estes resultados encorajam o desenvolvimento de estratégias destinadas a melhorar o conhecimento e a prática da promoção da saúde bucal dos idosos em cuidado domiciliar.

Sobre o cuidado com os pés do idoso de secá-los e estimulá-los com exercícios, 65% dos cuidadores, antes da intervenção, realizavam esta prática sempre, após a intervenção, 76,5%.

Pode-se inferir que este domínio deverá ser ampliado e reforçado junto aos cuidadores no sentido de reverter as barreiras culturais e sociais que ainda influem fortemente no cuidado.

5.4.4 Apresentação dos resultados do domínio Mobilização e transferência nas dimensões conhecimento, atitude e prática

Na avaliação do *conhecimento* do domínio mobilidade e transferência, observou-se que a maioria dos cuidadores (64,6%) não havia recebido orientações relacionadas à mudança de posição do idoso em cuidado domiciliar, nem acerca de orientações dirigidas a fim de garantir um andar/movimentar seguro do idoso no domicílio, 71,9%. Em ambas as situações, àqueles que refiram ter recebidos orientações, apontaram como fonte de informação os profissionais de saúde 89,7% e 82,6%, respectivamente (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição do número de cuidadores, segundo o nível de conhecimento, atitude e prática no cuidado ao idoso, antes da intervenção e após a intervenção. Domínio: Mobilização e transferência. Sobral-CE, 2015.

Domínios		Grupos	
		Pré-teste N=82	Pós-teste N=34
4 Mobilização e transferência			
4.1 Conhecimento			
Já recebeu orientações sobre mudança de posição	Sim	29 (35,4)	33 (97,1)
	Não	53 (65,6)	1 (2,9)
Onde/ de quem recebeu estas orientações	Familiares	3 (10,3)	-
	Profissionais de saúde	26 (89,7)	34 (100,0)
Recebeu orientações sobre auxiliar a pessoa idosa a andar no domicílio	Sim	23 (28,1)	34 (100,0)
	Não	59 (71,9)	-
Onde/ de quem recebeu estas orientações	Familiares	4 (17,4)	-
	Profissionais de saúde	19 (82,6)	34 (100,0)
Conhece os riscos para o idoso em permanecer numa mesma posição por mais de duas horas	Sim	64 (78,1)	32 (94,1)
	Não	18 (21,9)	2 (5,9)
Mudar o idoso de posição ajuda a prevenir:	Deformidades, úlceras por pressão ou escaras	56 (68,3)	32 (94,1)
	Não previne deformidades, úlceras por pressão ou escaras e coloca o idoso em risco de queda	1 (1,2)	-
	Não sabe	25 (30,5)	2 (5,9)
Tem dificuldade em auxiliar o idoso na mudança de posição	Sim	25 (30,5)	14 (39,4)
	Não	57 (69,5)	20 (60,6)
Cite três cuidados necessários para ajudar o idoso na mudança de posição ou andar no domicílio	Um	29 (34,4)	20 (58,8)
	Dois	20 (24,4)	11 (32,4)
	Três	7 (8,5)	3 (8,8)
	Não sabe	26 (31,7)	-
4.2 Atitude			
É importante sempre estimular o movimento no idoso, mesmo nas atividades mais simples do dia a dia	Concordo totalmente	75 (91,5)	33 (97,1)
	Concordo em parte	6 (7,3)	1 (2,9)
	Não tenho opinião	1 (1,2)	-
O cuidador deve promover ao idoso um ambiente domiciliar seguro, realizando mudanças no ambiente sempre que identificar riscos (como disposição de móveis e tapetes, baixa iluminação e pisos escorregadios)	Concordo totalmente	76 (92,7)	33 (97,1)
	Concordo em parte	5 (6,1)	1 (2,9)
	Discordo totalmente	1 (1,2)	-
4.3 Prática			
Promove a mudança de posição do idoso acamado	A cada duas horas	10 (12,2)	22 (64,7)
	De quatro em quatro horas	12 (14,6)	2 (5,9)
	Apenas quando o idoso solicita	10 (12,2)	1 (5,9)
	Não realizo mudança de posição	11 (13,4)	3 (8,8)
	Não é acamado	39 (47,6)	6 (17,6)
	Diariamente	26 (31,7)	24 (70,6)
Inserir exercícios programados na rotina do idoso	Dois vezes por semana	10 (12,2)	1 (2,9)
	Três vezes por semana	6 (7,3)	2 (5,9)
	Não realizo esse cuidado	40 (48,8)	7 (20,6)
Realiza adaptação no ambiente da casa	Sempre que necessário	50 (61,0)	30 (88,3)
	Às vezes	13 (15,8)	1 (2,9)
	Nunca	19 (23,2)	3 (8,8)

Fonte: Elaboração própria.

Apesar de a maioria ter relatado não possuir orientações sobre este domínio, 78,1% responderam, antes da intervenção, conhecer os riscos para o idoso de permanecer por mais de duas horas numa mesma posição. Após a intervenção, este percentual aumentou para 94,1%. Entre os riscos evocados pelos participantes sobressaiu atrofia ou dor, 61%, escara, 15,3%, e queda, 6,8%.

Ao questionar sobre o que previne ao idoso quando se realiza a mudança de posição, antes da intervenção, 68,3% dos cuidadores responderam corretamente: deformidades úlceras por pressão ou escaras (68,3%), mas 30,5% não souberam responder.

Quanto à existência de dificuldades no domínio da mobilidade, 69,5% refiram não obter e 30,5%, sim, antes da intervenção. Após a intervenção, 39,4% responderam sim e 60,6% responderam não. Ao se averiguar se os cuidadores sabiam citar os cuidados para auxiliar o idoso a mudar de posição, andar no domicílio e transferi-lo de um local para outro, verificou-se que 35,4% dos cuidadores souberam citar um cuidado, 24,4%, dois cuidados e 8,5%, três cuidados, antes da intervenção. Após a intervenção, 58,8% dos cuidadores passaram a citar um cuidado, 32,4%, dois cuidados e 8,8%, três cuidados.

No que se refere à *atitude* do domínio supracitado, a maioria dos cuidadores, 91,5%, antes da intervenção, concordou totalmente o quão é importante estimular os movimentos no idoso nas atividades mais simples do cotidiano. Após a intervenção, este percentual aumentou para 97,1%. Acerca da atitude de promover um ambiente domiciliar seguro, 92,7% dos cuidadores concordaram totalmente, antes da intervenção. Após a intervenção, este percentual mudou para 97,1%.

Sobre a *prática* do domínio mobilidade e transferência, vale salientar que as respostas provavelmente foram influenciadas pela situação de o idoso estar acamado ou não. E neste estudo, todos os idosos sob cuidado domiciliar viviam em situação de restrição ao lar, mas somente 47,6% eram acamados. Assim, quanto à prática de promover a mudança de posição do idoso acamado, antes da intervenção, 12,2% responderam o item corretamente “a cada duas horas”. Houve melhora deste quesito, após realização da intervenção educativa, passando para 64,7%.

No que tange à inserção de exercícios programados na rotina dos idosos, 48,8% dos cuidadores predominantemente referiram não adotar esta prática. Após a intervenção, 70,6% afirmaram inserir a prática de exercícios programados na rotina do idoso, diariamente.

Quanto à prática de adaptar o ambiente domiciliar para melhor locomoção do idoso, antes da intervenção, 61% dos cuidadores disseram realizar esta prática sempre que

necessário, 15,8% às vezes e 23,2% nunca. Após a intervenção, 88,3% afirmaram realizar esta prática sempre que necessário, 2,9% às vezes e 8,8% nunca.

5.4.4.1 Análise do domínio Mobilização e transferência nas dimensões conhecimento, atitude e prática

A imobilidade caracteriza-se pela falta de habilidade para se locomover livremente, ocasionada por fatores físicos, psicológicos, patológicos e ambientais. Esses fatores constituem um complexo de sinais e sintomas que resultam na supressão de todos os movimentos articulares e, por conseguinte, da incapacidade da mudança postural que é comum entre idosos e consiste no estado em que o indivíduo vivencia limitações físicas do movimento (FARIAS; NETO, 2008).

Estudo realizado em Recife, no ano de 2014, mostrou que 94% dos idosos eram auxiliados, de alguma forma, na locomoção pelos cuidadores. Os idosos possuíam um perfil semelhante ao deste estudo, com dificuldades em desenvolver atividades básicas e instrumentais da vida diária, justificando a presença do cuidador como acompanhante e executor de atividades relacionadas ao auxílio na locomoção e transferência (SIEWERT, et al. 2014).

Segundo Figueiredo (2008), a mobilidade prejudicada vai acarretar o surgimento de outras condições mórbidas que agravam a qualidade de vida e tornam o idoso cada vez mais dependente, podendo gerar alguns agravos que determinam internações hospitalares. Nesta situação, o idoso tem maior dificuldade de responder e adaptar-se a situações estressantes, além de um maior risco de adoecer e perder a qualidade de vida.

A queda constitui um dos agravos decorrentes da dificuldade de equilíbrio, marcha e força muscular, sendo um importante problema de saúde pública por acarretar danos, muitas vezes, irreversíveis ao idoso. Estima-se que 10% a 25% das quedas estejam associadas a déficit de equilíbrio e anomalias no padrão de marcha (PALMA, 2012).

Cruz et al. (2012) afirmam que mais da metade das quedas em idosos ocorre no próprio domicílio e estas podem ser associadas à percepção ruim ou regular de saúde e de visão, à dificuldade para andar e ao consumo de vários medicamentos.

Brito et al. (2013), em seu estudo, destacam que 30% dos idosos brasileiros sofrem quedas pelo menos uma vez ao ano e que as quedas contribuem para a diminuição de suas atividades diárias, seja pelo medo de expor-se ao risco de nova queda ou por atitudes protetoras de familiares e cuidadores.

Por isso é importante avaliar o risco de queda nos idosos e orientar sempre aos cuidadores sobre as medidas preventivas com o intuito de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos, assim como uma redução nos gastos destinados ao tratamento das consequências das quedas (PINHO et al., 2012).

O perfil da população idosa com mobilidade prejudicada, somado a alterações na estrutura da pele e padrão cognitivo alterado, poderá levar o indivíduo a desenvolver uma úlcera por pressão (MORAES, 2012). A úlcera por pressão é causada pelo contato direto da pessoa com as superfícies de apoio, provocando um aumento da pressão direta não aliviada sobre os tecidos moles, forças de fricção e deslizamento, o que pode condicionar o aparecimento de lesão. É considerado um grave problema de saúde devido ao sofrimento envolvido, pelas repercussões a nível da mortalidade e morbidade, e ainda pelos significativos encargos financeiros nos sistemas de saúde (CARINHAS et al. 2013).

Qualquer indivíduo restrito ao leito com mobilidade comprometida deve ser mudado de posição de acordo com uma programação individualizada, que deve ser prescrita, para que possa ser executada pelos cuidadores (BRASIL, 2008, p. 35). Comumente, é feita uma recomendação de mudança de decúbito no mínimo a cada 2 horas.

A prática de exercícios físicos é um importante meio para a manutenção da capacidade funcional dos idosos, sendo um dos fatores que contribui para uma melhoria na qualidade de vida deles (MACIEL, 2010). Wiechmann et al. (2013) realizaram um estudo que evidencia a importância da atividade física e o estímulo de movimentos corporais para o idoso, seus resultados mostraram que, quando o idoso tinham a prática de exercícios como rotina, apresentava melhora no equilíbrio, marcha e independência nas atividades diárias.

Assim, considera-se que os cuidadores de idosos deverão conhecer estas práticas de cuidado com exercício físico e movimentos corporais, tendo em vista a preocupação em minimizar possíveis efeitos prejudiciais, trazendo benefícios na melhora do equilíbrio e força muscular, conseqüentemente, restaurando a mobilidade funcional do idoso. Uma das atividades do cuidador é ajudar a pessoa cuidada a se recuperar, isto é, ajudá-la a recuperar movimentos e funções do corpo. Alguns exercícios podem ser feitos mesmo que a pessoa cuidada esteja na cama ou em cadeira de rodas (BRASIL, 2008).

No entanto, ressalta-se que a programação de exercícios físicos deve ser executada por meio de uma prescrição segura e adequada para as patologias preexistente e para as aptidões físicas de cada idoso, ou seja, o principal objetivo dos exercícios físicos para o idoso é o aumento da força e do equilíbrio, que acarretará melhor desempenho para a execução das atividades da vida diária (KAIRALLA, 2008).

Nesse contexto, vale reconhecer que os idosos estão expostos a inúmeros riscos de quedas e ao isolamento social no próprio domicílio, uma vez que os espaços domiciliares nem sempre se encontram adaptados às suas necessidades de saúde, com ambientes livres e seguros. Há o interesse dos cuidadores e familiares de promover um ambiente domiciliar seguro, mas nem todos possuem condições financeiras adequadas para as mudanças cabíveis.

Portanto, reforçar ao cuidador que esteja sempre atento à locomoção do idoso, bem como assegurar-lhe técnicas seguras e adequadas para a transferência do idoso de um local para o outro, são recomendações imprescindíveis ao planejamento da assistência de enfermagem ao idoso em cuidado domiciliar. Tais atividades estão no rol das atribuições do cuidador e, para exercê-las de forma satisfatória, capacitá-los torna-se um dever do enfermeiro.

5.4.5 Apresentação dos resultados dos domínios quanto à significância estatística nas dimensões conhecimento, atitude e prática

De acordo com os parâmetros estabelecidos previamente nesta pesquisa, verificou-se que, antes da intervenção, os cuidadores apresentaram um conhecimento inadequado para todos os domínios relacionados ao cuidado domiciliar de idosos, sendo que, no domínio banho, os cuidadores mostraram conhecimento inadequado de forma bastante expressiva, 98,8% (Tabela 9). Após a intervenção, houve mudança significativa para melhoria do conhecimento no que diz respeito à alimentação conhecimento adequado ($p=0,001$), banho conhecimento adequado ($p=0,001$) e mobilização conhecimento adequado ($p=0,001$).

Tabela 9 - Avaliação da adequação e inadequação do conhecimento, da atitude e da prática sobre o cuidado domiciliar de idosos. Sobral-CE, 2015.

		Grupo - N (%)		Total	p*
		Pré-teste	Pós-teste		
Relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio					
Conhecimento	Adequado	17 (20,7)	-	17 (20,7)	-
	Inadequado	65 (79,3)	-	65 (79,3)	
Atitude	Adequado	34 (41,5)	27 (79,4)	61 (52,6)	0,020
	Inadequado	48 (58,5)	7 (20,6)	55 (47,4)	
Prática	Adequado	32 (39,0)	21 (67,7)	53 (46,9)	0,001
	Inadequado	50 (61,0)	10 (32,3)	60 (53,1)	
Alimentação					
Conhecimento	Adequado	13 (15,9)	21 (63,6)	34 (29,4)	<0,001
	Inadequado	69 (84,1)	12 (36,4)	81 (70,4)	
Atitude	Adequado	59 (72,0)	31 (91,2)	90 (77,6)	0,341

		Grupo - N (%)		Total	p*
		Pré-teste	Pós-teste		
Prática	Inadequado	23 (28,0)	3 (8,8)	26 (22,4)	0,003
	Adequado	32 (39,0)	24 (72,7)	56 (48,7)	
	Inadequado	50 (61,0)	9 (27,3)	59 (51,3)	
Banho					
Conhecimento	Adequado	1 (1,2)	18 (52,9)	19 (16,4)	<0,001
	Inadequado	81 (98,8)	16 (47,1)	97 (83,6)	
Atitude	Adequado	44 (53,7)	27 (84,4)	71 (62,3)	0,215
	Inadequado	38 (46,3)	5 (15,6)	43 (37,7)	
Prática	Adequado	16 (19,5)	13 (39,4)	29 (25,2)	<0,001
	Inadequado	66 (80,5)	20 (60,6)	86 (74,8)	
Mobilização					
Conhecimento	Adequado	21 (25,6)	14 (41,2)	35 (30,2)	<0,001
	Inadequado	61 (74,4)	20 (58,8)	81 (69,8)	
Atitude	Adequado	74 (90,2)	31 (93,39)	105 (91,3)	<0,001
	Inadequado	8 (9,8)	2 (6,1)	10 (8,7)	
Prática	Adequado	2 (2,4)	29 (100,0)	2 (1,8)	<0,001
	Inadequado	80 (97,6)	-	109 (98,2)	

Fonte: Elaborado pela autora.

* Teste de McNemar

Igualmente, na avaliação da mudança de atitude frente ao domínio relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio, a mudança foi estatisticamente significativa, com $p=0,020$; a mudança de atitude no domínio mobilização obteve $p=0,001$.

A atitude nos domínios da alimentação e banho não teve os mesmos resultados. Embora tenha havido melhora na compreensão por parte dos cuidadores, estas não tiveram significância estatística.

Com relação à prática do cuidado domiciliar de idosos, constatou-se, antes da intervenção, uma prática inadequada em todos os domínios. A mudança na percepção de como deve ser a prática do cuidado sofreu mudança estatisticamente significativa em todos os domínios, relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio ($p=0,001$); alimentação ($p=0,003$), banho e higiene ($p=0,001$) e mobilização ($p=0,001$).

5.4.5.1 Análise dos resultados dos domínios quanto a significância estatística nas dimensões conhecimento, atitude e prática

Os resultados demonstram que o estudo baseado na intervenção educativa, que utilizou como subsídio teórico as recomendações do Ministério da Saúde e o Software

MPCAD (DARDER, 2013), foram capazes de provocar efeitos positivos no conhecimento, atitude e prática dos cuidadores diante das principais atividades realizadas para auxiliar o idoso em cuidado domiciliar.

Estudos utilizando o inquérito CAP como forma de avaliação da intervenção desenvolvida tem sido uma realidade crescente na comunidade científica (VALENTE, 2014), entretanto, em se tratando de estudos brasileiros que envolvam a temática em questão, este é pioneiro.

Bayik e Uysal (2010) realizaram estudo de intervenção (pré e pós-teste) com a participação dos enfermeiros, no Peru. O objetivo deste estudo foi melhorar a atitude e prática dos cuidadores no cuidado domiciliar dos idosos. Para verificar os efeitos da intervenção na fase de pós-teste, os autores utilizaram a técnica de observação em visitas domiciliares realizadas por preceptores clínicos para averiguar a mudança de atitudes e práticas dos participantes. Como resultados, os cuidadores manifestaram boas atitudes e práticas adequadas, após a intervenção, de forma significativa.

Apenas o conhecimento teórico não é capaz de provocar estímulo aos cuidadores para promover uma assistência adequada aos idosos em cuidado domiciliar, por isso, fomentar mudanças de atitudes e práticas são vantagens na utilização do inquérito CAP. Nesse sentido, ele pode ser considerado como uma abordagem alternativa valiosa para apoiar cuidadores leigos e instigar reflexões sobre o papel do enfermeiro no desenvolvimento de projetos comunitários de apoio aos cuidadores de idosos (BAYIK; UYSAL, 2010).

Yu e Chen (2012) realizaram estudo CAP com auxiliares de enfermagem sobre envelhecimento, no sul de Taiwan. A essência da intervenção foi utilizar a técnica de simulação, principalmente das limitações físicas vivenciadas pelos idosos, a fim de que os profissionais pudessem experienciar a situação de forma mais concreta possível e provocar efeitos na melhoria do conhecimento e atitude frente ao envelhecimento. Os autores recomendam que o programa de simulação do idoso pode ser incorporado como estratégia educativa para outros públicos no intuito de determinar sua eficácia.

No Brasil, estudo de Ferreira e Ruiz (2012), realizado em Marília –SP, visou analisar as relações entre agentes comunitários de saúde e os cuidados prestados a idosos, a partir do levantamento de atitudes e conhecimentos. Foi empregado para avaliar os conhecimentos básicos sobre velhice o Questionário Palmore-Neri-Cachioni, validado em 2002, em uma amostra de 102 professores universitários dedicados à educação gerontológica. O questionário é uma versão traduzida e adaptada do Palmore Aging Quiz,10 com 25 itens de múltipla escolha, que abordam conhecimentos gerais sobre o idoso e o processo de

envelhecimento e cobrem os domínios físico, cognitivo, psicológico e social. As avaliações positivas dos agentes quanto às atitudes perante a velhice ocorreram principalmente em aspectos como a sabedoria e generosidade dos idosos, porém foram marcantes as atitudes negativas para “lentidão e rigidez”. O número de acertos sobre gerontologia foi baixo e esteve diretamente associado às capacitações recebidas pelos agentes. Foram observados estereótipos em relação ao idoso, na medida em que muitos agentes o consideravam insatisfeito e dependente (FERREIRA; RUIZ, 2012).

Os estudos de intervenção que utilizaram estratégia educativa para os cuidadores de idosos, em sua maioria, relacionaram a intervenção ao impacto na diminuição da sobrecarga e satisfação na tarefa de cuidar (VELÁSQUEZ et al., 2011; ENGSTROM et al., 2010; AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011)

Entretanto, os enfermeiros apontam como competência do cuidador de idosos as tarefas relacionadas às AVDs, quer no domínio das competências cognitivas, quer no domínio das competências psicomotoras, por serem categorias vitais, o que requer atenção para este tipo de cuidado, que é primordial na qualidade de vida do idoso (NOGUEIRA; AZEREDO; SANTOS, 2012).

Nogueira, Azeredo e Santos (2012) compreendem que a competência na prestação de cuidados se verifica pela expressão da capacidade de um cuidador principal ao cuidar de um doente com dependência, colocar em ação conhecimentos e mobilizar meios necessários no ato de cuidar, fundamentalmente, responder de forma adequada e satisfatória às necessidades dos indivíduos com uma participação consciente e crítica.

Seike et al (2014), em estudo de intervenção educativa junto aos cuidadores de idosos com demência, forneceram evidências para as seguintes afirmativas: 1. Ambos, pacientes e familiares, sentem necessidade de aprender conteúdo relacionado aos cuidados em saúde, incluindo a progressão da doença, métodos para prevenção de agravos e promoção da saúde. 2. Aprendizagem dos conteúdos relacionados aos cuidados em saúde levaria à aplicação do conhecimento na prática e a uma maior motivação para viver.

Segundo Fernandes e Salimene (2015), os conhecimentos que fornecem subsídios para 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 biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais. Entende-se que, ao cuidar do ser idoso e de seu cuidador, o enfermeiro não deve focar ações na patologia, mas priorizar a promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Pesquisa realizada por Nunes et al. (2014) relatou a experiência de uma

intervenção educativa que utilizou oficinas e rodas de conversa para a capacitação de cuidadores informais de idosos em ambiente domiciliar. Para tanto, contou com o papel multiplicador dos agentes comunitários de saúde (ACS), bem como dos demais integrantes da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF). Referente aos efeitos esperados nos cuidadores informais, constatou-se que eles reproduziram adequadamente as ações orientadas em relação à alimentação, higiene, deslocamento e transferência, administração de medicamentos; foram devidamente esclarecidos e instruídos para prevenir a ocorrência de complicações comuns em idosos acamados ou com mobilidade reduzida, como úlceras de decúbito, quedas e, conseqüentemente, fraturas; foram orientados a permitir que os idosos realizem pequenos atos do cotidiano, prezando também pela interação dos idosos com outros indivíduos dentro do ambiente familiar.

Nunes et al. (2014) acreditam que a capacitação de cuidadores na região adscrita passe a fazer parte da pauta de debates entre os profissionais da equipe da ESF, tendo as ACS papel central na capacitação de cuidadores e de outros profissionais da UBS. Além disso, os cuidadores que forem recebendo instruções de cuidado adequado podem auxiliar na educação em saúde de familiares e outras pessoas da comunidade, atuando como multiplicadores das noções aprendidas em uma rede de compartilhamento de saberes e práticas.

Nas intervenções educativas que abordam o contexto domiciliar do idoso, é necessário que os profissionais estejam abertos e bem atentos à pessoa que cuida do idoso, pelo fato de terem oportunidade de analisar e avaliar as reais necessidades do cuidador, do ser cuidado e do ambiente. O desenvolvimento da problematização por meio da relação dialógica com os cuidadores é fundamental para que aconteça o conhecimento crítico desses indivíduos e, dessa forma, sejam evitados danos e agravos à pessoa cuidada, tendo sempre a atenção para o uso de uma linguagem clara e de fácil entendimento, em vez de termos técnico-científicos (SANTIAGO; LUZ, 2012).

Semelhante às recomendações de Lopes e Cachioni (2013), que realizaram estudo do tipo quase-experimental com um grupo de 21 cuidadores de doença de Alzheimer, é importante destacar a importância das intervenções educativas destinadas aos cuidadores familiares, já que estes são recursos importantes no tratamento dos idosos em cuidado domiciliar e representam uma porta de entrada para a eficácia do cuidado e diminuição dos gastos em saúde.

Na presente pesquisa, observou-se que os domínios conhecimento, atitude e prática estão diretamente relacionados à capacidade de gestão do cuidador, como relação de ajuda, alimentação, banho e higiene e mobilização e transferência são passíveis de mudanças

pretendidas. Nos domínios da alimentação e banho, a atitude pode ser influenciada por crenças culturais sobre o envelhecimento, especificamente no banho, a atitude pode ser influenciada por postura aversiva do cuidador ao lidar com a limpeza das regiões corporais mais íntimas. No domínio mobilização e transferência, fatores externos podem atuar como dificultadores para as mudanças, tais como estatura e peso do idoso em proporção ao cuidador, adaptações na casa, ajuda de terceiros e outros. Assim, ao implementar estratégias educativas e ações colaborativas com o cuidador, os profissionais devem atentar para a governança destes, evitando o desgaste da presunção, por parte do cuidador e da equipe, de incapacidade ou intolerância para a realização de tais tarefas.

6 CONCLUSÃO

A pesquisa revela que o cuidado domiciliar ao idoso dependente, que é acompanhado pelos programas governamentais no município de Sobral-CE, é prestado essencialmente por cuidadores informais, predominantemente mulheres, sendo a maioria filhas, com idade média de 47 anos. Os cuidadores geralmente coabitam com o idoso e esta realidade pode contribuir para a sobrecarga do cuidador que está à disposição do idoso a maior parte do dia, já que o número de horas de cuidados prestados foi em média de 19h56min. Além disso, parcela significativa dos cuidadores presta o cuidado sozinha, sem ajuda de terceiros. Os cuidadores apresentam um despreparo para dar assistência ao idoso, pois quase a totalidade da amostra afirmou não ter recebido nenhum treinamento.

Com relação aos idosos em cuidado domiciliar, houve predomínio de mulheres que nunca frequentaram a escola, apenas 30,49% dos idosos relataram saber ler e escrever. A maioria dos idosos era aposentada, viúva que residia em casas próprias. Observaram-se itens no domicílio que expõem o idoso ao risco de quedas como a presença de degraus, banheiro sem suporte, tapetes e pisos escorregadios. Quanto à avaliação do estado de dependência do idoso, medida pelo índice de Barthel, os resultados corresponderam a 47,6% dependência severa e 28,6% dependência moderada. Pode-se concluir que o idoso em cuidado domiciliar necessita extremamente do cuidador para as atividades básicas da vida diária, o que torna a figura do cuidador um elemento central no planejamento e prestação do cuidado ao idoso no contexto domiciliar.

A intervenção educativa com enfoque nas tarefas principais do cuidador promove efeitos desejáveis na medida em que se obteve melhora estatisticamente significativa do conhecimento (alimentação $p < 0,001$; banho e higiene $p < 0,001$; mobilização e transferência $p < 0,001$), atitude (relação de ajuda cuidador-idoso $p < 0,020$; mobilização e transferência $p < 0,001$) e prática (relação de ajuda cuidador-idoso $p < 0,001$; alimentação $p < 0,003$; banho e higiene $p < 0,001$; mobilização e transferência $p < 0,001$).

Frente ao exposto, confirma-se a tese proposta de que uma intervenção de Enfermagem baseada em estratégia educativa, tendo seu conteúdo subsidiado pelos referenciais que ajudem no cuidado na promoção da autonomia e independência do idoso, como os utilizados no presente estudo, MPCADH, bem como as recomendações do Ministério da Saúde para o cuidado ao idoso, é eficaz na melhoria do conhecimento, atitude e prática do cuidador com relação ao cuidado prestado ao idoso no domicílio.

A relevância do desenvolvimento de estratégias educativas, como as realizadas nesta investigação, que abordem o conhecimento, atitude e prática nos domínios das AVDS, pelos profissionais de saúde, notadamente o enfermeiro, fica demonstrada por apontar os aspectos mais sensíveis ao cuidado e o que precisa ser reforçado ou modificado nos planos terapêuticos e no acompanhamento do cuidador domiciliar pela equipe de saúde e enfermeiro.

Há vários aspectos positivos no desenvolvimento desse tipo de estudo, como a possibilidade de atender às necessidades de aprendizagens do cuidador, que tem gerado uma demanda social reprimida e crescente no sistema de saúde brasileiro. Além disso, foi bastante significativo para o pesquisador ouvir os relatos de agradecimentos e a expressão do desejo de participar continuamente das ações educativas. Outro elemento importante é o fato de o cuidador vir a ser um futuro multiplicador de conhecimentos, atitudes e práticas adequadas no cuidado ao idoso no domicílio entre seus pares, bem como a constituição de grupos de apoio e uma rede social entre os cuidadores de idosos. Este desejo foi expresso pelos participantes.

No entanto, é imprescindível apontar as dificuldades enfrentadas para a conclusão desta pesquisa. Recrutar cuidadores não foi tarefa fácil, pois muitos deles são cuidadores exclusivos, sem ajuda de terceiros, o que dificulta a sua saída de casa para qualquer situação. Assim sendo, a visita domiciliar foi a estratégia eleita para se ter acesso aos cuidadores, o que demandou mais tempo na fase da coleta de dados. As visitas domiciliares necessitavam da colaboração dos profissionais, especificamente do agente comunitário de saúde, que nem sempre se mostrava receptivo e disponível a colaborar com o estudo.

Somado a essa questão, os cuidadores encontram-se tão ansiosos por assistência profissional que traziam suas dificuldades de sobrecarga física e emocional do dia a dia, o que exigia do pesquisador habilidade técnica e equilíbrio psicoemocional para lidar com a situação. Estas limitações apontadas demandam futuras intervenções da equipe de acompanhamento de modo a possibilitar a participação dos cuidadores em eventos dessa natureza, que são tão significativos para eles do ponto de vista emocional, social e operacional.

Dentre as limitações do estudo pode-se destacar a amostragem não probabilística, embora tenha sido esta modalidade a eleita para o estudo. As dificuldades no campo e perdas da amostra obtidas na fase da intervenção justificaram tal escolha. Destaca-se ainda o curto intervalo de tempo entre a intervenção e a aplicação do pós-teste, o que pode ter influenciado nos resultados desejáveis, como também a questão de se ter trabalhado com grupo único, onde ele mesmo foi seu próprio controle. Apesar desse possível viés, a significância estatística mostra claramente que um projeto dessa natureza tem grande possibilidade de atingir a

finalidade de um cuidado domiciliar qualificado e um cuidador informal, sentindo-se apoiado pelas instituições de saúde.

Recomenda-se o acompanhamento longitudinal dos cuidadores por meio da aplicação do pós-teste com inquérito CAP em intervalo de tempo maior, pois muitos estudos internacionais têm feito a avaliação pós-teste em diversos momentos após a intervenção, geralmente até um ano. Sugerem-se também estudos com profissionais de saúde de nível médio, como agentes comunitários de saúde, que realizam acompanhamento longitudinal aos idosos, em cuidado domiciliar, e auxiliares de enfermagem que vêm assumindo o papel de cuidador formal de idosos no contexto domiciliar da realidade brasileira.

Além disso, é de suma importância o desenvolvimento de programas de educação em saúde com enfoque na saúde do idoso direcionados aos gestores, profissionais e comunidade, para que possam sensibilizar-se frente às questões que desafiam um cuidado ao idoso em prol de sua qualidade de vida.

Sugere-se que a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, instituição responsável por deflagrar ações de educação permanente no município de Sobral-CE, possa incluir a temática de saúde do idoso no panorama de suas atividades direcionadas à equipe multiprofissional da atenção básica.

Por último, acredita-se que a intervenção educativa implementada neste estudo possa ser amplamente utilizada para a capacitação de cuidadores domiciliares de idosos. Para tanto, torna-se relevante ampliar essa proposta para os cursos de graduação em Enfermagem de modo que futuros enfermeiros incorporem a cultura do cuidado planejado e integral com enfoque na tríade idoso-cuidador-domicílio.

REFERÊNCIAS

- AAKHUS, E. et al. SINGLE session educational programme for caregivers of psychogeriatric in-patients – results from a randomised controlled pilot study. **Int. J. Geriatr. Psychiatry.**, Manchester, v. 24, p. 269-74, 2009.
- ABRAHÃO, A. L. Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar: aspectos da visita domiciliar. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.14, n.4, p. 472-480, 2011.
- ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent Driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas.** 2009. 99f. Dissertação (Mestrado em saúde pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- ALMEIDA, L. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v.21, n.3, p. 543-548, 2012.
- ALVES, J. E. D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento **Revista Portal de Divulgação**, São Paulo, v. 4, n.40, p. 8-15, 2014.
- ALVIM, N. A. T.; SILVA, D. C.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospital. **R. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, 2008.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 45, n.4, p. 884-889, 2011.
- ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. Living older in the family context: dependency in self-care. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 869-75, 2011.
- ARAÚJO, C. L. O.; OLIVEIRA, J. F.; PEREIRA, J. M. Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 119-137, 2012.
- AREOSA, S. V. C. et al. Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. Take care of oneself and other: study of elderly caregivers. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 15, n. 2, p. 482-494, 2014.
- ALVARENGA, M. R. M. et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2603-2611, 2011.
- BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.8, p. 3317-3325, 2014.
- BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; LANCMAN, S. Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 879-885, 2014.

BARRA, D. C. C. **Processo de enfermagem informatizado e a segurança do paciente em terapia intensiva a partir da CIPE® versão 1.0: a evidência clínica para o cuidado**. 2012. 362f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

BARROS, E. J. L. et al. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre: 33, n. 2, p. 95-101, 2012.

BAYIK, T.; UYSAL, A. Evaluation of an elderly care-training program for women. **International Nursing Review**, v. 57, n. 2, p. 240-246, 2010.

BRASIL. Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 **Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466/2012: Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF. 2012c.

BRASIL. Projeto de Lei do Senado, nº 284 de 2011. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do cuidador**. Brasília, DF. 2008.

BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF**. 2006a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC): n. 11, de 26 de janeiro de 2006. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006b.

BRASIL. Portaria nº 2529 de 19 de outubro de 2006. Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF. 2006c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.510, de 19 de dezembro de 2005. **Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT**. Diário Oficial da União, Brasília; 2005 dez 20. Seção 1, p. 77.

BRASIL. Lei Federal nº 10.741, de 10 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Lei Federal nº 8.842, de 4 de janeiro de 1996. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF. 1996.

BRITO, M. J. M. et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 603-610, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400603&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2015.

BRITO, T. A. et al. Falls and functional capacity in the oldest old dwelling in the community. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 43-51, 2013.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CAMPOS, M.T.F.S. et al. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutre.**, v.13, n.3, p. 157-165, 2000.

CAMPOLINA, A.G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p. 1217-1229, 2013.

CARINHAS, M. J. A. et al. **Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2013.

CARVALHO, D. P.; RODRIGUES, R. M.; BRAZ, E. Estratégias de educação em saúde direcionadas a cuidadores durante a internação. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 455-9, 2013.

CARVALHO S. T.; COPETTI, A.; LOQUES FILHO, O. G. Sistema de computação ubíqua na assistência domiciliar à saúde. **J. Health Inform.**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 51 - 57, 2011.

CAVALARI, E. et al. Utilização da Telenfermagem às pessoas com doenças crônicas: revisão integrativa. **J. Health Inform.**, São Paulo, v. 4, p. 220-5, 2012.

CATRIB, A. M. F et al. Promoção da Saúde: saber fazer em construção. *In*: **Educação em Saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2003.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde:

percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, suppl.1, p. 1547-1554, 2011.

CESAR, A. M.; SANTOS, B. R. L. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Rev. bras. enferm.**, v. 58, n. 6, p.647-652, 2005.

CIPRIANO, M. A. B.; BALBINO, A. C.; FONTOURA, F. C. Estratégia de ensino-aprendizagem sobre cateterismo intermitente limpo em crianças com bexiga neurogênica. *In: SEMINARIO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM*, 17., 2013, Natal. **Anais...** Natal: , 2013.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHAMBERS, M.G. et al. Multimedia Software to help caregivers cope. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v.10, n.5, p.504-511, 2003.

CHAVES, T.V. et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1168-75, 2011.

CRESPO, M.; LANSAC, V. F. Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. Resilience in caregivers of elderly dependent relatives. **Anal. Psicol**, Murcia, v.31, n. 1, 2015

CROSSETTI, M.G.O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 8-9, 2012.

COELHO, et al. Perfil sociodemográfico e necessidades de educação em saúde entre cuidadores de idosos em uma unidade de saúde da família em Ilhéus, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 172-9, 2013.

COEN, R. F. et al. Dementia carer education and patient behaviour disturbance. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Dublin, v. 14, n. 4, p.302-306, 1999.

CUNHA, J. X. P. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde debate**, v.36, n.95, p. 657-664, 2012.

CRUZ, D. T. et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 138-146, 2012.

CRUZ, R. C.; FERREIRA, M. A. Um certo jeito de ser velho: representações sociais da Velhice por familiares de idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 144-51, 2011.

DAL BEN, L.W.; GAIDIZNSKI, R.R. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.19, n.1, p.100-8, 2006.

DELLAROZA, M. S. G. et al. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 325-334, 2013.

DIAS, C. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Inf. Soc.**, João Pessoa, v.10, n. 2, 2000.

DIOGO, M. J. D.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 39, n.1, p. 97-102, 2005.

DRUMMOND, A. Perfil socioeconômico e demográfico e a capacidade funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Paranoá, Distrito Federal. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 727-738, 2013.

ESCOSTEGUY, C. C. Estudos de intervenção *In*: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia** São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

FARRAN, C. J. et al. Alzheimer's disease caregiving information and skills. Part I: Care recipient issues and concerns. **Res. Nurs. Health**, v. 26, n. 5, 366-75, 2003.

FARIAS, H. H. Q. et al. O Ser Cuidador da Pessoa Idosa com Lesão Cerebral: Um Estudo Teórico. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 6, n. 3, p. 112-119, 2005.

FARIAS, S. H.; NETO, W. L. M. Atuação da Fisioterapia sobre os efeitos do Imobilismo no Sistema Osteomioarticular. **Lato & Sensu**, Belém, v. 9, n. 2, p. 47-53, 2008.

FERNANDES, B.C.W. et al. Influência das orientações fisioterapêuticas na qualidade de vida e na sobrecarga de cuidadores. **Fisioter. Mov.**, v. 26, n. 1, p. 151-8, 2013.

FERNANDES, M. E. B.; SALIMENE, A. C. M. Cuidando de idosos dependentes no âmbito domiciliar. **Revista portal de divulgação**, São Paulo, v. 5, n.45, 2015.

FERNANDES, M.G.O.; BARBOSA, V.L.; NAGANUMA, M. Nursing physical examination of the full-term neonate: self-instructional software. **Rev Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.2, p.243-250, 2006. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000200014> />. Acesso em: 10 out. 2015.

FERREIRA, C. G.; ALEXANDRE, T. S.; LEMOS, N. D. Fatores Associados à Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos em Assistência Domiciliária. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.2, p. 398-409, 2011

FERREIRA, A. G. N. et al. Métodos e materiais educativos utilizados por enfermeiros para prevenção das doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 7, n. 5, p. 4554-62, 2013.

FERREIRA, F. P. C.; BANSI, L. O.; PASCHOAL, S. M. P. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 911-926. 2014.

FERREIRAI, V. M; RUIZII, T. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 843-49, 2012.

FERRETTI, R. E. L. Associações de cuidadores e entidades prestadoras de suporte: onde

obter informações. *In*: FORLENZA, O. V. **Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação**. São Paulo: Atheneu, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 24, n.3, p.180–188, 2008.

FIGUEIREDO, M. L. F. et al. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 464-9, 2008.

FITZGERALD, K. Métodos e ambientes instrucionais. *In*: BASTABLE, S. **O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLORES, E. G.; RIVAS, E. R.; SEGUEL, F. P. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. **Ciencia Y Enfermeria**, Concepción, v. 18, n. 1, p. 29-41, 2012.

FLORIANO, L. A. et al. cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 543-8, 2012.

FREITAS, L.V. et al. Physical examination during prenatal care: construction and validation of educational hypermedia for Nursing. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.25, n.4, p. 581-588, 2012.

GALISTEU, J. K. et al. Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. **Arq. Ciência e Saúde**, v. 13, n. 4, p. 209-214, 2006.

GARCIA, R.P. et al. Setores de cuidado à saúde e sua inter-relação na assistência domiciliar ao doente crônico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.270 – 276, 2012.

GARCIAL, R. P. et al. Cotidiano e aprendizado de cuidadores familiares de doentes crônicos. **Cien. Cuid. Saude**, v. 10, n. 4, p. 690-696, 2011.

MORAES, G. L. A. et al. Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamados no domicílio. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.25, n. 1, p. 7-12, 2012.

GOÉS, F. S. N. **Desenvolvimento e Avaliação de Objeto Virtual de Aprendizagem Interativo sobre o Diagnóstico em Enfermagem aplicado ao Recem-Nascido Pré-Termo**. 2010. 188 f. Tese. (Doutorado em) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

GONÇALVES, L. H. T. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.13, n.3, p.507-518, 2010.

GONÇALVES, P.; LÓPEZ, M.; GIL, J. **Informe Cronos: Hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crônicos**. 2014.

GONZALEZ-VALENTIN, A.; GALVEZ-ROMERO, C. Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. **Gerokomos**, Madrid, v. 20, n. 1, 2009.

GRATÃO, A. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 137-44, 2013.

GRINER, A.; CALDAS, C. P. O cuidado nutricional do idoso demenciado - a intervenção educativa voltada ao cuidador familiar. **Rev Advá. APS**, v. 17, n. 2, p. 255 – 262, 2014.

GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2931-2940, 2010.

GURGEL, D. A.; OLIVEIRA, F.P.A.; SALLES, H.S.A. Cuidador de idoso doente crônico e suas dificuldades. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 129-143, 2012.

GUTZ, L.; CAMARGO, B.V. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. Spirituality among older elderly: a study of social representations. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 793-804, 2013.

IBGE. **Cidades@**. Disponível em:

<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=231290&search=%7Csobral> Acessado em: 2/4/2014.

HABERMAS, J. **Técnica e Ciência como Ideologia**. Lisboa: Sociedade Industrial Gráfica, 1997.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

HERDMAN, T. H. Qual é o conhecimento de enfermagem necessário para desenvolver a prática de enfermagem? **Rev. Eletr. Enf.** v.13, n.2, p.161-162, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a01.htm>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

HINOJOSA, M. S.; RITTMAN, M. Association between health education needs and stroke caregiver injury. **In J Aging Health**, v. 21, n. 7, p.1040-1058, 2009.

HUDSON, et al. Evaluation of a psycho-educational group programme for family caregivers in home-based palliative care. **Palliat Med**, v. 22, p. 270-280, 2008.

KAIRALLA, M. C. Atividade Física para o idoso. *In*: VALENÇA, F. L.; NETO J. T.; ZENATTI, C. T. **Envelhecimento Saudável: o segredo de um envelhecimento bem-sucedido**. Barueri (SP): Manole, 2008.

KARSCH, U. M. Cuidadores Familiares e Assistência Domiciliar. *In*: 3º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia; 1998; Santos. p. 1-10.

KATHLEEN, F. Métodos e Ambientes Instrucionais *In*: BASTABLE, S. B. **O enfermeiro**

como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.17, n.2, p. 304-312, 2008.

KIM, E.Y.; CHO, E.; LEE, N.J. Effects of family caregivers on the use of formal long-term care in South Korea. **International Nursing Review**, v. 60, n. 4, p. 520-7, 2013.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K.V. Estudos Seccionais *In*: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.

KURASAWA, S. et al. Factors influencing caregivers' burden among family caregivers and institutionalization of in-home elderly people cared for by family caregivers. **Environ. Health Prev. Med.**, v. 17, p. 474-483, 2012.

LABIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2621-2626, 2010.

LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C. M. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.15, n.4, p.645-53, 2006.

LACERDA, M. R et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.2, p.88-95, 2006.

LANDEIRO, M. J. L.; PERES, H. H. C.; MARTINS, T. Avaliação de necessidades informacionais dos cuidadores domiciliares. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria (RS), v. 5, n. 3, p. 486-498, 2015.

LARSON, J. et al. The impact of a nurse-led support and education programme for spouses of stroke patients: a randomized controlled trial. **J. Clin. Nurs.**, v. 14, n 8, p. 995-1003, 2005.

LEHOUX, P. Patients' perspectives on high-tech home care: a qualitative inquiry into the user-friendliness of four technologies. **BMC Health Services Research**, v. 4, n. 28, 2004.

LEME, J. B. et al Grupo de apoio a cuidadores familiares de idosos: uma Experiência bem sucedida. **Ciênc. Cuid. Saude**, v. 10, n. 4, p. 739-745, 2011.

LEPAGE, E. M. D. et al. Promoting Measure of nursing care workload through computerization. **AMIA**, p. 615-619, 1995.

LIDDY, C. et al. Telehomecare for patients with multiple chronic illnesses. **Canadian Family Physician Le Médecin de famille canadien**, v. 54, p. 58-65, 2008.

LOPES, L. O.; CACHIONI, M. Impacto de uma Intervenção Psicoeducacional sobre o Bem-Estar Subjetivo de Cuidadores de Idosos com Doença de Alzheimer. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 165 – 181, 2013.

LIMA, A. F. C.; MELO, T. O. Nurses' perception regarding the implementation of computer-based clinical nursing documentation **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n.1, p.170-177, 2012.

LIMA, A. A.; SPAGNUOLO, R. S.; PATRÍCIO, K. P. Revendo estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 2, p. 343-351, 2013.

LINHARES, J.C. et al. Condições sociais e de saúde de idosos acompanhados pela atenção primária de sobral — CE. **Rev RENE**, Fortaleza, v. 12, p. 922-9, 2011.

LOPES, L. O.; CACHIONI, M. Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-460, 2013.

LOPES, M.V.O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Desenvolvimento lógico-matemático do *software* “ND”. **Rev Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.1, p. 92-100, 2004.

LOPES, M. H. A. et al. Importância da integralidade das ações no serviço de atenção domiciliar – artigo de revisão. **NBC**, v. 3, n. 5, p. 50-57, 2013

LORENZETTI, J. et al. Technology, technological innovation and health: a necessary reflection **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-439, 2012.

LOURENÇO, T. M et al. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.33, n.2, p.176-185, 2012.

LUO, G.; TANG, C. Automatic Home Nursing Activity Recommendation. **AMIA Symposium Proceedings**, p.401-405, 2009.

MACHADO, A. L. G.; SILVA, M. J.; FREITAS, C. H. A. Assistência domiciliária em saúde: um olhar crítico sobre a produção científica de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 2, p. 365-369, 2011.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.2, p. 335-342, 2007.

MARINHO, L. A. B. et al Conhecimento, atitude e prática do autoexame de mamas em centros de saúde **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.5, p.576-582, 2003.

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto e contexto. Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, p. 254-262, 2007.

MARTINS, A. C. F. **Desenvolvimento e avaliação de um software de controle de atendimentos e apoio à decisão, para diagnóstico diferencial de disfunções do trato**

urinário inferior, baseado em lógica fuzzy. 2011. Dissertação - Universidade Estadual de Campinas São Paulo, 2011.

MARQUES, M. B.; BESSA, M. E. P.; SILVA, M. J. Autocuidado de cuidadores familiares de idosos. **Revista portal de Divulgação**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 36-45, 2013. Disponível em: < www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista>. Acesso em: 10 out. 2015.

MARIM, C. M. et al. Efetividade de programas de educação e suporte na redução da sobrecarga de cuidadores de idosos com demência: revisão sistemática. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, 2013.

MAROTTI, J. et al. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 186-94, 2008.

MAYOR, M. S.; RIBEIRO, O.; PAUL, C. Satisfaction in dementia and stroke caregivers: a comparative study. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 620-4, 2009.

MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. B. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica.** Porto Alegre: Sulina, 2009.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT E. **Making the case for evidence-based practice.** In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice.** Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2005.

MELLO, A. L. S. F. et al. Assistência à saúde bucal em residências geriátricas de Granada, Espanha e Santa Catarina, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.12, n.1, p. 7-23, 2009.

MELO, R. L. P. et al. Sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 16, n. 2, p. 239-250, 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 758-764, 2008.

MENDES, W. **Home care: uma modalidade de assistência à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.

MENDES, E. V. **The care of chronic conditions in primary care: the imperative of consolidation of the Family Health Strategy.** Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E., ONOKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 113-50.

MERHY, E. E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo.** 2000. Tese. Universidade de Campinas - São Paulo, 2000.

MIGUEL, M. E. G. B.; PINTO, M. E. B.; MARCON, S. S.. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 784-795, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a17.htm>>. Acesso em: 11 de maio 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINOSSO, J. S. M. et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.23, n.2, p. 218-223, 2010.

MIZIARA, C.S.M.G. et al. Vítima silenciosa: violência doméstica contra o idoso no Brasil. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2015.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C.; CALDAS, C.P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.779-786, 2011.

MOTA, F.R.N. **Adaptação transcultural e validação do caregiver reaction assessment para uso no Brasil: aplicação em cuidadores informais de idosos dependentes**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

MORAIS, H.C.C. et al. Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, 2012

MOREIRA, C.B. et al. Construção de um vídeo educativo sobre detecção precoce do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 401-407, 2013.

MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 520-525, 2007.

MONTEZUMA, C.A.; FREITAS, M.C; MONTEIRO, A.R.M. A Família e o Cuidado ao Idoso Dependente: Estudo de Caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 395-340, 2008.

NAKATANI, A.Y.K. et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. **Rev. Eletrônica de Enferm.**, v. 5, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/>>. Acesso 10 de maio 2015.

NARDI, E. F. R. et al. Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar de um idoso dependente no domicílio. **Rev. Cienc. Cuid .Saude**, 2012.

NIETSCHE, E. A, et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev Latino-AmEnferm**. 2005; 13(3):344-53.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem**.

Ijuí: UNIJUÍ, 2000.

NICOLAU, A. I. O. Conhecimento, atitude e prática de presidiárias quanto ao uso do preservativo masculino e feminino. Fortaleza, 2010.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. O que significa sistematizar a assistência de enfermagem? **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.2, p.233, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a01.htm>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

NOGUEIRA, M. A. A.; AZEREDO, Z. A.; SANTOS, A. S. Competências do cuidador informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: um estudo Delphi. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 4, p. 749-59, 2012.

NOVELI, E.; CASTRO, M. C. **Construção de um aplicativo com o Nursing Activities Score: Instrumento para gerenciamento da assistência de enfermagem na UTI.** 2008. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2008.

NUNES, V.M.A. et al. Educação em saúde envolvendo cuidadores de idosos no ambiente domiciliar. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 31, p. 227-232, 2014.

OLIVEIRA, R. M.; ALVES, V. P. A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA). **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 3, p.305-327, 2014.

OLIVEIRA, L.P.B. A.; MENEZES, R.M.P. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v, 20, n. 2, p. 301-9, 2011.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; REICHENHEIM, M.E. Uma revisão sobre os instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.7-19, 2005.

PALMA, C. M. T. S. **Quedas nos idosos: do risco à prevenção**, 2012

PINHO, T. A. M. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 2, p.320-7, 2012.

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Rev. Motriz**, Rio Claro, v.16, n.4, p.1024-1032, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/motriz/v16n4/a23v16n4.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

PEREIRA, E. G. A.; COSTA, M. A. M.. Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: estudo de um centro de saúde. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 16, n.3, p. 408-416, 2007.

PEREIRA, M.J.B., MISHIMA, S.M. Revisiting health care practice: subjectivity as material for the reorganization of the nursing process, **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.7, n.12, p.73-90, 2003.

PEREIRA, E.E.B.; SOUZA, A.B.F.; CARNEIRO, S.N.F.S. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 165-176, 2014.

PEREIRA, I. M. **Dimensionamento Informatizado de Profissionais de Enfermagem (DIPE):** avaliação de um software. 2011. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

PEREIRA, R. A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n.1, p. 185-92, 2013.

PERES, H.H.C.; MARIN, H.F. Informática em Enfermagem e Telenfermagem: desafios e avanços na formação e no cuidado. **J. Health Inform.**, v.4, n.1, 2012.

PINHEIRO, G.M.L.; ALVAREZ, A.M.; PIRES, D.E.P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva** v.17, n.8, p.2105-2115, 2012.

PINTO, F.N.F.R. **Habilidades sociais e de enfrentamento de estresse em cuidadoras que assistem idosas acamadas, com ou sem demência.** 2012. 75 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012

PILGER, J. W. **Perfil do idoso atendido por um Programa de Saúde da Família em Veranópolis, RS.** 2006. Dissertação (Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

PIRES, M.R.G.M. et al. Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 47, n. 3, p. 648-56, 2013.

PRZENYCZKA, R.A.; LACERDA, M.R.; MAFTUM, M.A. Conflitos éticos no cuidado domiciliar: o dilema dos enfermeiros. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 2, p. 67-70, 2012.

POLARE, S.H.I; GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M. Construindo o fazer gerontológico das Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.1, p. 160-167, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POPE,C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PORTELA, F.F. et al. Oral hygiene caregivers' educational programme improves oral health conditions in institutionalised independent and functional elderly. **Gerodontology**, v. 32, p. 28-34, 2015.

PORTER, R. **Cambridge:** história ilustrada da medicina. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.

PÜSCHEL, V.A.A.; IDE, C.A.C. A capacitação de enfermeiros para a assistência domiciliar: uma abordagem psicossocial **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v.20, n.1, p.91-94, 2007.

PRZENYCZKA, R. A.; LACERDA, M. R. Dilemas éticos no ensino do cuidado domiciliar de enfermagem. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 8, n. 4, p. 586-593, 2009.

QUEIROZ, A.H.A.B. et al. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.9, p.2615-2623, 2013.

RAMÍREZ, N.G.; CASTILLO, I.A.; ORTÍZ, A.L.S. La carga de los cuidadores de adultos mayores con demencia en una región rural. **Psicología y Salud**, v. 24, n. 1, p. 35-43, 2014.

RAMOS, J.L.C.; MENEZES, M.R. Cuidar de idosos com doença de Alzheimer: um enfoque na teoria do cuidado cultural. **Rev RENE**, v. 13, n. 4, p. 805-15, 2012.

REHEM, T.C.M.S.B.; TRAD, L.A.B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira **Ciênc. Saúde Coletiva** v.1, p.231-242, 2005.

ROCHA, F.C.V. et al. O cuidado do enfermeiro ao idoso na Estratégia Saúde da Família **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.186-91, 2011.

ROCHA JÚNIOR, P. R. et al. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3131-3138, 2011.

RODRIGUES, J. C. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

RONCON, J.; PEREIRA, M.G.; LIMA, S. Qualidade de Vida, Morbilidade Psicológica e Stress Familiar em Idosos Residentes na Comunidade . **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 1, p. 87-96, 2015.

SAAD, P.M. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. *In*: LEBRÃO, M.L., DUARTE, Y.A.O. **SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O projeto SABE no município de São Paulo, uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.

SALVADOR, P. T. C. O. et al. Tecnologia e inovação para o cuidado de enfermagem . **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 1, p. 111-117, 2012.

SAMIA, L.W.; HEPBURN, K.; NICHOLS, L. Flying by the seat of our pants": what dementia family caregivers want in an advanced caregiver training program. **Res Nurs Health.**, v. 35, n. 6, p. 598-609, 2012.

SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 757-64, 2002.

SANTOS, L.R.; LEON, C.G.R.M.P.; FUNGUETTO, S.S. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. **Ciênc. Saúde Coletiva** v.16, p.855-863, 2011.

SANTOS, E.M.; KIRSCHBAUM, D.I.R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.1, p.220-227,

2008. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

SANTOS, C.T.B. Envelhecimento no Brasil: da formulação de políticas à estruturação de serviços de saúde integrals. **Rev Tempus Actas Saúde**, 2014.

SANTOS, S. R. Computers in nursing: development of free software application with care and management. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n.2, p.294-300, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_08.pdf >. Acesso em: 28 jul. 2013.

SANTOS JÚNIOR, F. F. U.; SANTOS, E. F. A. Telessaúde: Diagnóstico em Saúde e mídias Digitais. *In*: SANTANA, J.R. et al. **Bioinformática, Ciências Biomédicas e Educação**. Fortaleza: Edições UFC, 2011.

SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I.; Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n.1, p. 115-122, 2010. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000100016>>. Acesso em: 1º jun. 2015.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S.C.I Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador. **Rev. esc. enferm. USP**[online]. 2012, vol.46, n.5, pp. 1141-1147. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500015>.

SANTOS, G.S.; CUNHA, I.C.K.O. Perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, v. 10, n. 59, p. 47-53, 2013.

SASS, G. G., et al. Sistema de informação para monitoramento da saúde de idosos. **J. Health Informatics**, v. 4, n. 4, p. 209-15, 2012.

SCALCO, J.C. et al. O dia a dia de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 2, p.191-208, 2013.

SEIKE, A. et al. Developing an interdisciplinary program of educational support for early-stage dementia patients and their family members: An investigation based on learning needs and attitude changes. **Geriatr. Gerontol. Int.**, v. 14, p. 28–34, 2014.

SEIMA, M.D.; LENARDT, M.H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 388 - 398, 2011.

SENA, R. R. et al. Cotidiano da cuidadora no domicílio: Desafios de um fazer solitário. **Cogitare Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 124-32, 2006.

SIEWERT, J. S. et al. Perfil dos Cuidadores Ocupacionais de Idosos. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 8, n. 5, p. 1128-35, 2014.

SILVA, L.; GALERA, S.A.F.; MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para família de idosos dependentes. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.20, n.4, p.397-403, 2007.

- SILVA, E. R. et al. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n.6, p. 1387-1393, 2012.
- SOUSA, L. B.; TORRES, C. A. PINHEIRO, P. N. C.; PINHEIRO, A. K. B. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem **Rev. Enfermagem UERJ**: Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 55-60, 2010.
- SOUZA AC, COLOMÉ ICS, COSTA LED, OLIVEIRA DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 147-53, 2005.
- SOUZA, L. M; WAGNER, W.; GORINI, M. P. C. Educação em Saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev. Latino-am de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, 2005.
- SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein**, São Paulo, v.8, n.1, p.102-106, 2010.
- SOUSA, L.; RIBEIRO, A.P. Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos. **Saúde Soc.**, v.22, n.3, p.866-877, 2013.
- SPERANDIO, D.J.; ÉVORA, Y.D.M. Nursing care planning: proposal for a software prototype. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p. 937-943, 2005.
- TIRADO, D. J. J. **Autonomía, dependência e informatización del plan de cuidados**: Planes Del Cuidado de Atención Holística Domiciliaria (MPCAHD). 2013. 206p. Tese (Doutorado) – Universidad Cardenal Herrera, Valencia, 2013.
- TOGNOLI, S.H. et al. Software educacional: produção científica na enfermagem. **CuidArte Enfermagem**, v.6, n.2, p. 40-45,2012.
- TOOTH, L. et al. Caregivers burden, me spent caring and health status in the first 12 months following stroke. **Brain Inj.**, v. 19, n. 12, p. 963-74, 2005.
- THUMÉ, E. et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.6, p.1102-111, 2010.
- UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Recomendacion relativa al desarrollo de la educacion de adultos**, 1976. Disponível em: http://www.unesco.org/education/uie/confintea/nairob_s.pdf. Acesso em: 10 ago. 2015.
- UFISI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 128f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Riberão Preto, Universidade de São Paulo, Riberão Preto, 2005.
- UESUGUII, H.M.; FAGUNDES, D.S.; PINHO, D.L.M. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 24, n .5, p. 689-94, 2011.

VIEIRA, L. et al. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde Providing care for a dependent elderly relative at home: reflections for health professionals. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 255-263, 2012.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F.. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n.1, p. 106-113, 2011.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações **Rev Saúde Pública**, v. 43, n.3, p.548-554, 2009.

VELASQUEZ, V. et al. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. **Rev. salud pública**, v.13, n.4, p. 610-619, 2011.

VIEIRA, C.P.B. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 570-9, 2011.

VIEIRA, L. et al. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde Providing care for a dependent elderly relative at home: reflections for health professionals. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 255-263, 2012.

YU, C. Y.; CHEN, K. M. Experiencing Simulated Aging Improves Knowledge of and Attitudes Toward Aging. **JAGS**, v. 60, p. 957–961, 2012

ZAMBRANO-DOMÍNGUEZ, M.; GUERRA-MARTÍN, M.D. Formación del cuidador informal: relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años. **Aquichan**, v. 12, n. 3, 2012.

WALDOW, V. R.. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

WIECHMANN, M.T.; RUZENE, J. R. S.; NAVEGA, M.T. O exercício resistido na mobilidade, flexibilidade, força muscular e equilíbrio de idosos. **ConScientiae Saúde**, v. 12, n. 2, p. 219-226, 2013.

WIT, R.; VAN DAM, F. From hospital to home care: a randomized controlled trial of a Pain Education Programme for cancer patients with chronic pain. **J. Adv. Nurs.**, v. 36, n. 6, p. 742-54, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing Knowledge, attitude and practice surveys**. Geneva: WHO, 2008

WOLFF, J. L. et al. Caregiving and Chronic Care: The Guided Care Program for Families and

Friends. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.**, v. 64, n. 7, p. 785-91, 2009.

**APÊNDICE A - INQUÉRITO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE
CUIDADORES DOMICILIARES DE IDOSOS**

- 1. Data de preenchimento:** ____/____/____
2. Nome do participante: _____
3. Endereço: _____
4. Agente Comunitário de Saúde: _____
5. Telefone para contato do participante _____

PARTE I – Inquérito CAP – Relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio

CONHECIMENTO
<p>1. Você conhece os problemas de saúde da pessoa idosa de quem cuida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Caso sim, quais os problemas de saúde?</p>
<p>2. Você tem dificuldade em ajudá-la diante dos problemas de saúde que se apresentam? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Caso sim, quais as dificuldades?</p>
<p>3. Em quais atividades você ajuda o idoso pelo seu estado de dependência?</p>
<p>4. Você sabe dizer quais as consequências que a dependência do idoso traz para a realização de atividades básicas do dia a dia (como banho, ir ao banheiro, alimentar-se)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Caso sim, quais são as consequências?</p>
ATITUDE
<p>Leia cada frase a seguir e assinale com um X o grau de concordância que você atribui à frase.</p> <p>1. O cuidador é um dos responsáveis pelo bem-estar da pessoa idosa da qual ele cuida. <input type="checkbox"/> concordo totalmente <input type="checkbox"/> discordo totalmente <input type="checkbox"/> não tenho opinião <input type="checkbox"/> concordo em parte <input type="checkbox"/> discordo em parte</p> <p>2. O idoso em cuidado domiciliar é capaz de se adaptar a novas situações e adotar novos comportamentos para melhorar o seu bem-estar. <input type="checkbox"/> concordo totalmente <input type="checkbox"/> discordo totalmente <input type="checkbox"/> não tenho opinião <input type="checkbox"/> concordo em parte <input type="checkbox"/> discordo em parte</p> <p>3. Para envelhecer bem é importante dar ao idoso oportunidade de fazer suas escolhas. <input type="checkbox"/> concordo totalmente <input type="checkbox"/> discordo totalmente <input type="checkbox"/> não tenho opinião <input type="checkbox"/> concordo em parte <input type="checkbox"/> discordo em parte</p>
PRÁTICA
<p>1. Você planeja com o idoso as atividades de cuidado, perguntando sua opinião e busca segui-la: <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> nunca</p>

Justifique sua resposta:

2. Você estimula o idoso a cuidar de si (com seu auxílio) nas atividades básicas diárias de alimentação, banhar, vestir-se, uso do banheiro e deambulação:

() sempre () às vezes () nunca.

Justifique sua resposta:

CONHECIMENTO - Alimentação

1. Você já recebeu orientações acerca da alimentação para idosos em cuidado domiciliar?

() Sim () Não

Caso sim, onde/ de quem recebeu estas orientações?

() Televisão () familiares () vizinhos/amigos () profissionais de saúde () internet

Outros: _____

2. No que se refere à atividade diária alimentar-se, quais os problemas são mais comuns nos idosos em cuidado domiciliar?

a) () Dificuldade na mastigação (falta de dentes ou próteses mal adaptadas).

b) () Dificuldade para engolir (tosse, engasgo, etc.)

c) () Dificuldades para levar o alimento à boca (tremores, demência, etc.)

d) () Outros: _____

3. Para você, por que o idoso pode ter o apetite diminuído?

a) () Devido ao próprio envelhecimento (alterações na visão, audição, paladar, olfato e tato).

b) () Devido a algumas doenças (como a depressão)

c) () Devido a episódios de tristeza, solidão e conflitos familiares.

d) Todos os itens estão corretos

4. Quais as consequências de uma alimentação inadequada para o idoso?

5. Você poderia citar três cuidados que ajudam o idoso a alimentar-se corretamente com autonomia e independência?

ATITUDE - Alimentação

Leia cada frase a seguir e assinale com um X o grau de concordância que você atribui à frase.

1. É importante seguir as recomendações alimentares e horários das refeições do idoso.

() concordo totalmente () discordo totalmente () não tenho
opinião () concordo em parte () discordo em parte

2. O idoso deve ser estimulado a comer com suas próprias mãos, desde que esteja em condições para realizar esta atividade.

() concordo totalmente () discordo totalmente () não tenho
opinião () concordo em parte () discordo em parte

3. O ambiente da refeição deve ser preparado para o idoso ver, alcançar e servir-se dos alimentos em condições de segurança.

() concordo totalmente () discordo totalmente () não tenho opinião

concordo em parte discordo em parte

PRÁTICA – Alimentação

1. Você controla a alimentação do idoso (qualidade, quantidade e horários):

sempre às vezes nunca

Justifique sua resposta: _____

2. Durante as refeições do idoso, você observa se ele apresenta dificuldade em mastigar e engolir:

sempre às vezes nunca

Justifique sua resposta : _____

3. Você organiza o ambiente de refeição do idoso de modo que ele veja os alimentos, alcance e sirva-se.

sempre às vezes nunca

Justifique sua resposta: _____

4. Durante as refeições do idoso, você o posiciona de um modo que facilite a passagem dos alimentos (deglutição):

sempre às vezes nunca

Justifique sua resposta: _____

CONHECIMENTO – Banho e higiene pessoal

1. Você já recebeu orientações sobre o banho, higiene pessoal e vestuário de idosos em cuidado domiciliar?

Sim Não

Caso sim, onde/ de quem recebeu estas orientações?

Televisão familiares vizinhos/amigos profissionais de saúde internet

Outros: _____

2. Qual a frequência ideal do banho no idoso em cuidado domiciliar?

a) Depende do estado de saúde e das necessidades de higiene que o idoso apresenta.

b) Diariamente

c) Duas vezes por semana

d) Não sabe

3. Quais os produtos de higiene recomendados para o idoso no banho, higiene íntima e cuidados gerais com pele?

4. Você considera que há riscos para o idoso durante o banho? () Sim () Não

Caso sim, quais os riscos? _____

5. Você tem dificuldade em auxiliar o idoso durante o banho e higiene pessoal?

() Sim () Não

Caso sim, quais as dificuldades? _____

6. Você poderia citar três cuidados para ajudar o idoso a banhar-se com autonomia, independência e segurança?

7. O objetivo no cuidado com a pele da pessoa idosa é:

- a) () Manter a pele hidratada
- b) () Deixar a pele limpa e cheirosa
- c) () Prevenir assaduras, infecções e úlceras
- d) () Todos os itens estão corretos.

8. Sobre a higiene oral, qual a frequência recomendada para o idoso em cuidado domiciliar?

- a) () Ao acordar e após realizar cada refeição
- b) () Duas vezes ao dia
- c) () Ao acordar é suficiente
- d) () Não sabe

9. No cuidado com os pés das pessoas idosas é recomendado:

- a) () secá-los cuidadosamente, principalmente entre os dedos, para evitar micoses e exercitá-los para prevenir atrofia muscular.
- b) () utilizar lixas para tratar rachaduras e manter unhas sempre cortadas, inclusive os cantos
- c) () Usar sapatos abertos com uma boa sustentação no pé.
- d) () Não sabe

ATITUDE – Banho e higiene pessoal

Leia cada frase a seguir e assinale com um X o grau de concordância que você atribui à frase.

1. É importante respeitar e garantir a privacidade do idoso durante as atividades de banho, higiene pessoal e vestir-se.

- () concordo totalmente () discordo totalmente () não tenho opinião
() concordo em parte () discordo em parte

2. Se o idoso apresentar resistência ao banho, o cuidador deve sempre tentar descobrir o motivo, pois ele pode estar com medo de cair, sentindo frio, dores ou cansaço físico.

- () concordo totalmente () discordo totalmente () não tenho opinião
() concordo em parte () discordo em parte

3. O cuidador deve estimular o idoso a vestir ou retirar sua própria roupa.

- () concordo totalmente () discordo totalmente () não tenho opinião
() concordo em parte () discordo em parte

4. O cuidador deve permitir ao idoso escolher os produtos de higiene, assim como as roupas para vestir-se, orientando no que for adequado para o idoso em termos de segurança e conforto.

- () concordo totalmente () discordo totalmente () não tenho opinião
() concordo em parte () discordo em parte

PRÁTICA – Banho e higiene pessoal

1. Você prepara para o idoso o ambiente do banho, mantendo-o aquecido e separando os materiais de higiene necessários.

sempre às vezes nunca

Justifique sua resposta: _____

2. Durante o banho do idoso você previne acidentes utilizando os procedimentos de segurança como banho sentado, instalação de barras de apoio e uso de tapetes antiderrapantes.

sempre às vezes nunca

Justifique sua resposta: _____

3. Você evita interrupções durante o banho (atender telefone, sair do local do banho deixando a pessoa idosa sozinha).

sempre às vezes nunca

Justifique sua resposta: _____

4. Você observa a pele do idoso e procura identificar alterações:

diariamente semanalmente todo mês nunca

Justifique sua resposta: _____

5. Você realiza com o idoso a higiene oral:

a) Ao acordar e após realizar cada refeição

b) Duas vezes ao dia

c) Apenas ao acordar

d) Nunca realizo

6. Você cuida dos pés do idoso, secando cuidadosamente, especialmente nas regiões entre os dedos, estimulando exercícios, e procura identificar alguma alteração:

sempre às vezes nunca

Justifique sua resposta: _____

7. Você junto ao idoso limpa e seca a região próxima ao ânus após as eliminações urinárias?

sempre às vezes nunca

Justifique sua resposta: _____

8. Você limpa e seca a região próxima ao ânus do idoso após as eliminações intestinais?

sempre às vezes nunca

Justifique sua resposta: _____

CONHECIMENTO – Mobilização e Transferência

1. Você já recebeu orientações sobre mudança de posição (mobilização) ou transferência da pessoa idosa de um local para outro?
 Sim Não
 Caso sim, onde/ de quem recebeu estas orientações?
 Televisão familiares vizinhos/amigos profissionais de saúde internet
 Outros: _____

2. Você já recebeu orientações sobre como auxiliar a pessoa idosa a andar no domicílio?
 Sim Não
 Caso sim, onde/ de quem recebeu estas orientações?
 Televisão familiares vizinhos/amigos profissionais de saúde internet
 Outros: _____

3. Você poderia me dizer se há riscos para o idoso em permanecer numa mesma posição por mais de duas horas?
 Sim Não
 Caso sim, quais os riscos? _____

4. Mudar o idoso de posição ajuda a prevenir:
 a) Deformidades, úlceras por pressão ou escaras.
 b) Não previne deformidades, úlceras por pressão ou escaras e coloca o idoso em risco de queda.
 c) Não previne deformidades, úlceras por pressão ou escaras e coloca o cuidador em risco de desconforto postural e muscular.
 d) Não sabe

5. Você tem dificuldade em auxiliar o idoso na mudança de posição (mobilização) ou transferência de um local para outro?
 Sim Não
 Caso sim, quais as dificuldades? _____

6. Você poderia citar três cuidados para ajudar ao idoso a mudar de posição, andar no domicílio e transferi-lo de um local para o outro?

ATITUDE – Mobilização e Transferência

Leia cada frase a seguir e assinale com um X o grau de concordância que você atribui a frase.

1. É importante estimular os movimentos no idoso, mesmo nas atividades mais simples do dia a dia.
 concordo totalmente discordo totalmente não tenho opinião
 concordo em parte discordo em parte
2. O cuidador deve promover ao idoso um ambiente domiciliar seguro, realizando mudanças no ambiente sempre que identificar riscos (como disposição de móveis e tapetes, baixa iluminação e pisos escorregadios).
 concordo totalmente discordo totalmente não tenho opinião concordo em parte discordo em parte

PRÁTICA – Mobilização e Transferência

1. Você promove a mudança de posição do idoso acamado?

- a) A cada duas horas
- b) De quatro em quatro horas
- c) Apenas quando o idoso solicita
- d) Não realiza mudança de posição no idoso

Justifique sua resposta: _____

2. Você insere na rotina do idoso exercícios programados para ajudá-lo na movimentação corporal?

- a) Diariamente
- b) Duas vezes por semana
- c) Três vezes por semana
- d) Não realiza esse cuidado

Justifique sua resposta: _____

3. Você realiza adaptação no ambiente da casa para melhorar a locomoção do idoso e permitir que ele se torne mais independente?

- sempre que necessário às vezes nunca

Justifique sua resposta: _____

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE APRECIÇÃO DE ESPECIALISTAS

Data: ____ / ____ / ____

Nº: _____

PARTE 1. IDENTIFICAÇÃO DOS JUÍZES

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Profissão: _____ Tempo de formação: _____

Área de trabalho: _____

Função/ Cargo na instituição: _____

Tempo de trabalho na área: _____

Titulação: Especialização () Mestrado () Doutorado ()

Especificar: _____

Publicação de pesquisa envolvendo a temática:

() Sim () Não, especificar: _____

PARTE 2. INSTRUÇÕES

Após conhecer e utilizar o material em validação, aplique e analise o instrumento que segue marcando um “X” em um dos números que estão à frente de cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

Valoração:

1 – Totalmente adequado

3 – Parcialmente adequado

2 – Adequado

4 – Inadequado

Para as opções 3 e 4, descreva o motivo pelo qual considerou este item no espaço abaixo da tabela.

OBS.: Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

1. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO: Refere-se à forma de apresentar as informações e conteúdos. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação, extensão do inquérito, clareza e formato das perguntas e adequação das opções de respostas.

1.1 Extensão do inquérito	1	2	3	4
1.2 Clareza das perguntas	1	2	3	4
1.3 Formato das perguntas	1	2	3	4
1.4 Adequação das opções de respostas	1	2	3	4
1.5 A visualização da apresentação é adequada	1	2	3	4
1.6 A apresentação é atrativa, com sequência lógica	1	2	3	4
1.7 O material está apropriado aos aspectos socioculturais do público-alvo	1	2	3	4
1.8 O conteúdo é suficiente	1	2	3	4

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA ESPECIALISTAS

Meu nome é Andréa Carvalho Araújo Moreira, sou enfermeira, aluna do Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “Tecnologia da informática para melhoria do conhecimento, atitude e prática dos cuidadores de idosos, sob orientação da Profa. Maria Josefina da Silva. O Sr (a) está sendo convidado (a) por mim para participar como juiz (a), no processo de construção e validação de um “questionário” a ser aplicado em Inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) para cuidadores de idosos. Essa atividade constitui parte do desenvolvimento da tese. A pesquisa tem como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção de Enfermagem para a melhoria do conhecimento, atitude e prática de cuidadores, na promoção da independência funcional de idosos. Sua identificação como juiz (a) foi utilizando a técnica de bola de neve. A participação é voluntária, livre e não prevê pagamento, bem como não terá ônus. Sua participação refere-se à avaliação de um questionário CAP, quanto aos seguintes aspectos: extensão do inquérito, clareza, formatação, adequação das perguntas e opções de respostas. Garantimos o sigilo de sua identidade e as contribuições enviadas somente serão utilizadas para fins desta pesquisa. Como benefício o Sr. (a) estará contribuindo para o aperfeiçoamento de um inquérito que tem como finalidade avaliar o conhecimento, atitude e prática dos cuidadores quanto à promoção da autonomia e independência do idoso em cuidado domiciliar. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço: Andréa Carvalho Araújo Moreira; Avenida Jerônimo de Medeiros Prado, 1045 Loteamento Morada dos Ventos Sobral-CE Cel: 88- 99616802. Email: dreamoreira@yahoo.com.br

Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante sua participação no estudo, dirija-se ao:

**Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, 150
Bairro Derby
CEP: 62041-630**

O abaixo assinado _____, ____ anos RG _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após a leitura, tive oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre sua pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Sobral / /

Nome da voluntária	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha (se a voluntária não souber ler)	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O CUIDADOR DE IDOSOS EM DOMICÍLIO

Nome _____

Área: _____

Nº da entrevista: _____

I – Condições demográficas e socioeconômicas

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: () Masculino () Feminino

3. Estado civil:

() Solteiro (a) () Casado (a) () União estável () Viúvo (a) () Divorciado (a)

4. Escolaridade: _____ anos de estudo

5. Formação profissional: _____

6. Situação atual de emprego: () Empregado () Desempregado () Aposentado

7. Recebe dinheiro pelo cuidado que presta ao idoso? () Sim () Não

8. Renda mensal: _____

II - Contexto do cuidado domiciliar de idosos

9. Parentesco com a pessoa a quem presta cuidado _____

10. Vive na mesma casa que o idoso que depende de seus cuidados?

() Sim () Não

11. Nº de anos que presta cuidado ao idoso: _____ anos

12. Nº de horas que presta cuidado ao seu familiar: _____

13. Nº de idosos que presta cuidados: _____

14. Há quanto tempo o idoso (Nome) se encontra dependente em alguma atividade?

() Menos de 6 meses

() 6 meses a 1 ano

() 1 a 3 anos

() Mais de 3 anos

15. Tem ajuda no cuidado? () Sim () Não

15.1 Se sim, de quem? () familiares () profissionais () outro (especificar)

16. Qual o tipo de assistência à saúde que mais utiliza com o idoso do qual cuida?

() Particular () Pública

Se pública, por qual serviço o idoso do qual cuida é acompanhado?

() Equipe de Saúde da Família () Serviço de Atenção Domiciliar

Outro: _____

17. Já recebeu algum treinamento ou curso sobre cuidado ao idoso no domicílio?

() Sim () Não Se sim, especificar _____

APÊNDICE E - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS IDOSOS

Aspectos sociodemográficos

1. Nome: _____
2. Idade: _____ (anos completos)
3. Sexo: () masculino () feminino
4. Data de nascimento: ____/____/____
5. Religião:
6. Frequentou a escola?
() Sim. Anos completos de estudo: _____ () Não
7. Sabe ler e escrever:
() Sim () Não () Só assina
8. É aposentado?
() Sim () Não
Se sim, tipo de aposentadoria:
() tempo de serviço () invalidez () LOAS
9. Qual idade o (a) Sr. (a) se aposentou? _____
10. Situação conjugal atual:
() Casado(a) ou mora com companheiro(a)
() Solteiro(a) ou sem companheiro(a)
() Separado(a)
() Viúvo(a)
11. O (A) Sr. (a) tem ou teve filhos?
() Sim. Quantos? _____ N° de filhos homens: ____ N° de filhas: _____
() Não
12. A casa em que mora é:
() Própria () Alugada () De alguém da família
13. Mora com quem? () familiares () outros _____
Número de pessoas: _____
14. Condições da moradia: Quarto exclusivo () Ambiente livre de perigo () Saneamento básico ()
15. Barreiras arquitetônicas da casa: Degraus () Portas estreitas () Banheiro s/suporte ()
Presença de tapetes () Piso escorregadio () Iluminação adequada ()

APÊNDICE F - PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM OS CUIDADORES DE IDOSOS

Tema	Atividade/Metodologia	Objetivo	Tempo
Apresentação inicial	Apresentação expositiva-dialogada dos objetivos da sessão educativa e das temáticas a serem abordadas.	Adequar as expectativas dos cuidadores à programação da intervenção e favorecer a sugestão de temas correlacionados à intervenção.	5 minutos
	Dinâmica da teia: sentados em círculo, cada cuidador se apresenta e escolhe o próximo a fazer o mesmo, jogando para o escolhido um novelo de lã. Ao final, o facilitador (pesquisadora) chama a atenção de todos para a teia de lã formada no centro do círculo e para a importância do suporte mútuo e da construção de uma rede de apoio para que os cuidadores possam trocar experiências e aprender a lidar com as atividades relacionadas a cuidar do idoso no domicílio.	Favorecer a apresentação de cada participante e a integração do grupo.	20 minutos
	Apresentação expositiva-dialogada sobre “ser cuidador”: características, consequências (positivas e negativas) do cuidar, sentimentos envolvidos e implicações para o ser cuidado.	Permitir que os cuidadores se reconheçam como parte de um grupo, com características semelhantes. Ampliar a percepção e a capacidade de se colocar no lugar do outro.	25 minutos
	Exibição do vídeo “Cuidador de idoso: alimentação do idoso: filme de seis minutos da série Programa de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário da USP, acessível em https://www.youtube.com/watch?v=IKU0cv08o_k , em língua portuguesa. Retrata as principais alterações do envelhecimento que interferem na alimentação do idoso e os cuidados necessários. Exibe orientações de profissionais da saúde acerca dos alimentos que devem ser oferecidos ao idoso, a consistência apropriada destes durante as refeições,	- Oferecer informações sobre a alimentação do idoso em cuidado domiciliar e os cuidados necessários.	7 minutos

Prestação de cuidados básicos de saúde ao idoso dependente no domicílio: -Alimentação -Banho e Higiene -Mobilidade e transferência	o controle do horário das refeições e a importância da hidratação. Demonstra a postura adequada do idoso durante as refeições, como estimular a autonomia e independência do idoso e realizar a higiene oral. Reforça ainda a importância para o idoso de realizar as refeições junto à família.		
	Roda de conversa sobre o vídeo “Cuidador de idoso: alimentação do idoso	Esclarecer eventuais dúvidas dos cuidadores sobre a alimentação do idoso: os problemas mais comuns (perda do apetite, dificuldade na mastigação, deglutição e de levar os alimentos à boca), consequências de uma alimentação inadequada e os cuidados necessários que devem ser realizados pelo cuidador.	25 minutos
	Intervalo com lanche		15 minutos
	Exibição do vídeo “Cuidador de idoso: higiene e conforto, filme de sete minutos da série Programa de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário da USP, acessível em https://www.youtube.com/watch?v=oXoIH1tsX28 , em língua portuguesa. Retrata a importância do banho e higienização do idoso para a sua autoestima e conforto. Exibe orientações de profissionais de saúde acerca do preparo do ambiente, vestuário, bem como os produtos de higiene e hidratação da pele. Demonstra a realização do banho ao idoso no chuveiro e no leito. Reforça a importância de estimular a independência do idoso nos cuidados pessoais.	Oferecer informações sobre o banho e higiene do idoso em cuidado domiciliar e os cuidados necessários.	7 minutos
	Roda de conversa sobre o vídeo “Cuidador de idoso: higiene e conforto	Esclarecer eventuais dúvidas dos cuidadores sobre o banho e higiene do idoso em cuidado	37 minutos

	Atividade de simulação de higienização no idoso com os cuidadores utilizando boneco.	domiciliar: preparo e segurança do ambiente, riscos para o idoso, realização do banho no chuveiro e leito, estímulo à independência do idoso nos cuidados pessoais.	
Prestação de cuidados básicos de saúde ao idoso dependente no domicílio: -Alimentação -Banho e Higiene -Mobilidade e transferência	Exibição do vídeo “Cuidador de idoso: posicionamento e transferência, filme de nove minutos da série Programa de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário da USP, acessível em https://www.youtube.com/watch?v=EueeoNx1UoY , em língua portuguesa. Retrata a importância do idoso com dificuldade de movimentação e/ou acamado ser mudado de posição para evitar deformidades e úlceras por pressão. Demonstra como o cuidador deve realizar a mudança de posição, posicionar o idoso confortavelmente no leito e fazer a transferência do idoso da cama para a cadeira. Reforça a importância de solicitar a ajuda do idoso, sempre que possível, de modo a estimular a sua independência. Demonstra ainda exercícios em membros superiores e inferiores para auxiliar na movimentação do idoso.	Oferecer informações sobre a mobilidade e transferência do idoso em cuidado domiciliar e os cuidados necessários.	9 minutos
	Roda de conversa sobre o vídeo “Cuidador de idoso: posicionamento e transferência Atividade de simulação de mudança de posição e transferência do idoso realizado pelos cuidadores.	Esclarecer eventuais dúvidas dos cuidadores sobre a mobilidade, posicionamento e transferência do idoso em cuidado domiciliar: riscos para o idoso (quedas, úlceras por pressão, deformidades), técnicas de mobilidade e transferência adequadas e seguras para o idoso e cuidador no domicílio.	45 minutos

	<p>Entrega de orientações escritas sobre cuidado domiciliar de idosos: alimentação/ banho e higiene/ mobilidade e transferência e rede de apoio social ao idoso dependente. O material foi elaborado com base nas recomendações do Modelo de Planos de Cuidado de Atenção Domiciliar Holística (TIRADO, 2013) e do Guia Prática do Cuidador (2008) e Manual do Cuidador da Pessoa Idosa (2008).</p>	<p>-Disponibilizar aos cuidadores um instrumento de orientações sobre o cuidado domiciliar de idosos, de modo que possam consultar, em seu cotidiano, diante de eventuais dúvidas</p> <p>- Possibilitar que os cuidadores reflitam sobre seus limites para resolução individual de situações específicas</p> <p>- Identificar pessoas que poderiam ajudá-los (rede de apoio) e como proceder para ser atendido.</p>	15 minutos
Avaliação	<p>Avaliação da intervenção: dinâmica que bom, que pena e que tal. Entrega dos certificados.</p>	<p>Possibilitar que os cuidadores apontem os aspectos positivos e negativos da sessão educativa, como também sugestões</p>	30 minutos

APÊNDICE G - ORIENTAÇÕES ESCRITAS AO CUIDADOR DE IDOSO

1 O cuidador e o idoso sendo cuidado

O cuidador é um ser humano de qualidades especiais, pelo exemplo de dedicação e solidariedade ao outro. As atividades dos cuidadores de idosos visam acompanhar e auxiliar o idoso a se cuidar, fazendo por ele somente as atividades que ele não consiga fazer sozinho (BRASIL, 2008)..

O ato de cuidar é complexo. O cuidador e o idoso podem apresentar sentimentos diversos e contraditórios, tais como: raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação, choro, medo da morte e da invalidez. Esses sentimentos podem aparecer juntos na mesma pessoa, o que é normal no contexto do cuidado domiciliar, por isso, precisam ser compreendidos, pois fazem parte da relação do cuidador com idoso.

Desta forma, é importante que o cuidador perceba as reações e os sentimentos que surgem, para que possa cuidar da pessoa da melhor maneira possível. O cuidador deve compreender que o idoso sob seus cuidados tem reações e comportamentos que podem dificultar o cuidado prestado, como quando o cuidador vai alimentar a pessoa e ela se nega a comer ou tomar banho. É importante que o cuidador reconheça as dificuldades em prestar o cuidado quando a pessoa cuidada não se disponibiliza para o cuidado e trabalhe seus sentimentos de frustração sem se culpar (BRASIL, 2008).

O estresse pessoal e emocional do cuidador é enorme. Esse cuidador necessita manter sua integridade física e emocional para planejar maneiras de convivência. Entender os próprios sentimentos e aceitá-los como um processo normal de crescimento psicológico, talvez seja o primeiro passo para a manutenção de uma boa qualidade de vida.

Sabe-se que, por muitas vezes, o cuidador fica sobrecarregado, pois acumula as atividades de cuidar sozinho do idoso com as atividades do dia a dia. Algumas dicas podem ajudar a preservar a saúde e aliviar a tarefa do cuidador:

- O cuidador deve contar com a ajuda de outras pessoas, como a família, amigos ou vizinhos, definir dias e horários para cada um assumir parte dos cuidados. Essa parceria permite ao cuidador ter um tempo livre para se cuidar, distrair-se e recuperar as energias gastas no ato de cuidar do outro; peça ajuda sempre que algo não estiver bem.

- É fundamental que o cuidador reserve alguns momentos do seu dia para se cuidar, descansar, relaxar e praticar alguma atividade física e de lazer.

2 Cuidando da alimentação do idoso no domicílio

Tarefas do cuidador

- ✓ Avaliar a dieta atual e atender às preferências alimentares do idoso
- ✓ Dieta de acordo com suas necessidades calóricas, seguindo sempre as orientações médicas
- ✓ É importante a manutenção da independência do idoso durante as refeições, sempre respeitando seus limites
- ✓ Coloque os alimentos no campo visual ou ao alcance do idoso
- ✓ Ficar atento aos dentes ou dentadura do idoso, para que ele não venha a engolir nenhum fragmento
- ✓ Respeitar os horários, quantidade e qualidade dos alimentos
- ✓ Detecção precoce de possíveis problemas de deglutição
- ✓ Orientar o idoso para que ele coma devagar e de maneira controlada, considerando os sinais de disfagia (engasgo).

ATENÇÃO

Sinais de disfagia:

- Infecções respiratórias recorrentes
- Presença de alimentos residuais na garganta
- Mudanças no tom de voz
- Aumento do risco de desnutrição e subnutrição

Sobre a ingestão de líquidos

- ✓ Ofereça água com frequência aos idosos
- ✓ É importante que o idoso beba mais de 5 ou 6 copos de água por dia, ou de acordo com suas condições
- ✓ O consumo de água, sucos e chás são muito importantes para a saúde.

ATENÇÃO

- No idoso, a desidratação frequente pode desencadear doenças como enfermidades infecciosas e problemas circulatórios.

3 Cuidando do banho e higiene do idoso no domicílio

Tarefas do cuidador

- ✓ Avaliação do estado de higiene do idoso

- ✓ Aproveitar a hora do banho para verificar pele, nádegas, dobras e pés
- ✓ Se possível, fazer adaptações no banheiro ou local de banho do idoso
- ✓ Evitar quedas, fornecendo toda segurança ao idoso com uso de materiais adequados como: cadeira de rodas, barra de apoio, etc.
- ✓ Usar sabonetes hipoalergênicos para evitar irritação e coceira
- ✓ Estimular a autonomia do idoso na hora do banho
- ✓ Secar todo corpo, principalmente nas dobras e sem esfregar
- ✓ Hidratar a pele após o banho
- ✓ Respeitar sua intimidade
- ✓ Escovar os dentes após as refeições ou de acordo com as limitações
- ✓ Manter o cabelo limpo e penteado, barba feita e unhas cortadas
- ✓ Motivar sua participação na hora de escolher a roupa
- ✓ Evitar roupas apertadas
- ✓ Uso de roupas adequadas e que facilitem na hora de vestir-se
- ✓ Ajudar vestindo ou fornecendo suporte técnico se tiver alguma autonomia

3 Cuidando da mobilidade e transferência do idoso no domicílio

Tarefas do cuidador

- ✓ É importante estimular o idoso a andar sozinho ou com ajuda de algum aparelho
- ✓ Promover a independência
- ✓ Mudança de decúbito a cada 2 horas
- ✓ Prevenir o desenvolvimento de deformidades e danos causados por pressão
- ✓ Evitar o atrito da pele na mudança da cama para a cadeira
- ✓ Usar adaptações na casa para prevenir acidentes, evitar tapetes, batentes e portas estreitas.

ATENÇÃO

- Em toda movimentação do idoso, o leito ou cadeira de rodas deverá estar travado(a) para prevenir acidentes
- Pele avermelhada pode ser início de uma úlcera por pressão, evite que elas apareçam, pois podem ser difíceis de ser tratadas.

5 Rede de atenção ao idoso

Diante de algumas situações que ponham o idoso em risco, é importante o cuidador buscar ajudar, portanto o cuidador deve conhecer a rede de suporte ao idoso e acioná-la sempre que julgar necessário.

Samu 192

Chamar em casos de queimaduras graves, quedas acidentais, dores no peito de aparecimento súbito, entre outras situações de urgências.

Bombeiros 193

Chamar em casos de incêndio, choque elétrico, tentativa de suicídio, etc.

Disque Idoso (88) 3695 5200

Funcionamento: segunda a sexta-feira, no horário das
8h às 12h e de 14h às 17h

O Disque Idoso recebe, registra e encaminha as denúncias de violência contra o idoso.

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral

(88) 3112-0400

Hospital Regional Norte

(88) 3677-9300

APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA O CUIDADOR

Meu nome é Andréa Carvalho Araújo Moreira, sou enfermeira, aluna do Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “Tecnologia da informática para melhoria do conhecimento, atitude e prática dos cuidadores de idosos, sob orientação da Profa. Maria Josefina da Silva. O Sr (a) está sendo convidado (a) por mim para participar como voluntário desta pesquisa. O (a) senhor(a) não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. A pesquisa tem como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção de Enfermagem, que utiliza uma estratégia educativa voltada à melhoria do conhecimento, atitude e prática de cuidadores, na promoção da independência funcional de idosos. A coleta de dados será realizada por meio do preenchimento de um inquérito. Este inquérito será preenchido uma primeira vez, que será hoje, nessa oportunidade. Você receberá uma intervenção educativa, na qual irá aprender sobre o estado de dependência do idoso que você acompanha e as ações de cuidados necessárias para melhorar sua respectiva autonomia e independência. Após o término do período da intervenção, o inquérito será novamente aplicado. Todas as visitas domiciliares serão realizadas e marcadas por nós com a sua participação, não sendo motivo de preocupação. Como benefício você receberá informações sobre o cuidado domiciliar de idosos, o que deve melhorar a assistência ao idoso. Você, a qualquer momento, poderá recusar-se a participar do estudo e também retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga algum prejuízo em relação à assistência oferecida pelo sistema de saúde de seu município. Garantimos o sigilo de sua identidade e das informações fornecidas, que somente serão utilizadas para fins desta pesquisa. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço: Andréa Carvalho Araújo Moreira; Avenida Jerônimo de Medeiros Prado, 1045 Loteamento Morada dos Ventos Sobral-CE Cel: 88- 99616802. Email: dreamoreira@yahoo.com.br

Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante sua participação no estudo, dirija-se ao:
Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Avenida Comandante Maurocêlio Rocha Pontes, 150
Bairro Derby
CEP: 62041-630

O abaixo assinado _____, _____ anos RG _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após a leitura, tive oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre sua pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Sobral / /

Nome da voluntária	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha	Data	Assinatura
(se a voluntária não souber ler)		
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA IDOSOS

Meu nome é Andréa Carvalho Araújo Moreira, sou enfermeira, aluna do Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “Tecnologia informática para melhoria do conhecimento, atitude e prática dos cuidadores de idosos, sob orientação da Profa. Maria Josefina da Silva. O Sr (a) está sendo convidado (a) por mim para participar como voluntário desta pesquisa. O (a) senhor(a) não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. A pesquisa tem como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção de enfermagem, que utiliza uma estratégia educativa voltada à melhoria do conhecimento, atitude e prática de cuidadores, na promoção da independência funcional de idosos. A coleta de dados será realizada por meio do preenchimento de um instrumento denominado índice de Barthel, o qual avalia o estado de dependência. Como benefício você receberá informações sobre o seu estado de dependência que lhe ajudará a conhecer os principais problemas relacionados a sua autonomia e independência funcional. Você, a qualquer momento, poderá recusar-se a participar do estudo e também retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga algum prejuízo em relação à assistência oferecida pelo sistema de saúde de seu município. Garantimos o sigilo de sua identidade e das informações fornecidas, que somente serão utilizadas para fins desta pesquisa. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço: Andréa Carvalho Araújo Moreira; Avenida Jerônimo de Medeiros Prado, 1045 Loteamento Morada dos Ventos Sobral-CE Cel: 88- 99616802. Email: dreamoreira@yahoo.com.br

Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante sua participação no estudo, dirija-se ao:
Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Avenida Comandante Maurocêlio Rocha Pontes, 150
Bairro Derby
CEP: 62041-630

O abaixo assinado _____, ____ anos
 RG _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após a leitura, tive oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre sua pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.
 Sobral / /

Nome da voluntária	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha (se a voluntária não souber ler)	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

ANEXO A - AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL – ÍNDICE DE BARTHEL

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
Alimentação 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
Banho 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
Higiene pessoal 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5= independente (rosto/cabelo/dentes/barbear Vestir-se 0 = dependente 5 = precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zipers, laços, etc.)	
Intestino 0 = incontinente (necessidades de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
Sistema Urinário 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	
Uso do vaso sanitário 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial	

10 = independente	
Passagem cadeira-cama 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente	
Mobilidade 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeiras de rodas independente, incluindo esquina, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros	
Escadas 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente	

Pontuação Total (0- 100): _____

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

	UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: TECNOLOGIA INFORMÁTICA PARA MELHORIA DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DOS CUIDADORES DE IDOSOS		
Pesquisador: Andréa Carvalho Araújo Moreira		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 40390114.7.0000.5053		
Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 929.757		
Data da Relatoria: 06/01/2015		
Apresentação do Projeto:		
Projeto de pesquisa de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.		
Objetivo da Pesquisa:		
Geral:		
- Avaliar os efeitos de uma intervenção de enfermagem, que utiliza uma tecnologia informática, voltada a melhoria do Conhecimento, Atitude e Prática de cuidadores, na promoção da independência funcional de idosos.		
Específicos:		
- Descrever características sociodemográficas dos cuidadores de idosos;		
- Verificar associação das características sociodemográficas com o conhecimento, a atitude e a prática dos cuidadores de idosos;		
- Identificar o estado de independência dos idosos em cuidado domiciliar;		
- Verificar a associação do estado de independência dos idosos com o conhecimento, atitude e prática de seus cuidadores.		
- Comparar o conhecimento, a atitude e a prática de cuidadores de idosos sobre a independência funcional do idoso antes e depois da intervenção de enfermagem.		
Endereço: Av Comandante Meurocello Rocha Ponte, 150		
Bairro: Derby CEP: 62.041-040		
UF: CE Município: SOBRAL		
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comiteetetica@hotmail.com		



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 829.757

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toda pesquisa envolve riscos em menor ou maior grau e que o pesquisador deverá enviaar esforços para minimizá-los ao máximo e ponderar entre estes e os benefícios. Neste caso específico, a pesquisa envolve riscos mínimos e os benefícios embora indiretos, sobrepoe aos riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa importante para o sistema de saúde uma vez que propoe uma intervenção de enfermagem que visa a qualificação dos cuidadores de idosos restritos aos domicílios, bem como a promoção da saúde da pessoa idosa que se encontra nesta modalidade de assistência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão presentes e redigidos de modo a permitir apreciação ética.

Recomendações:

A pesquisadora deverá ter o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventuais modificações no protocolo. O relatório final deverá ser enviado utilizando-se do botão -Notificações-, como Notificação de Evento, no item - Enviar Notificação-, guia disponível no menu - Ajuda-, Guia De Orientação Para Inserção De Notificação De Evento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, aprovou a relatoria que classifica como Aprovado o projeto devendo a pesquisadora atentar para as recomendações listadas.

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com

ANEXO C – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO DE PORTUGUÊS**DECLARAÇÃO**

Declaro para os fins que se fizerem necessários que a Tese intitulada: **INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MELHORIA DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DO CUIDADOR DOMICILIAR DE IDOSOS**, de autoria de **ANDRÉA CARVALHO ARAÚJO MOREIRA**, do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – **UFC**, está de acordo com a Norma Gramatical Brasileira (**NGB**).

Fortaleza, 2 de dezembro de 2015


Regina Helena Moreira Campelo

Registro sob o nº 23748
Livro GCF – 32, Folha 60
Processo nº 2049/81
Universidade Federal do Ceará