



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E GESTÃO
SOCIAL**

TATIANA CARLA BEZERRA DE OLIVEIRA

A ECONOMIA DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA: Configuração do trabalho dos
Cuidadores Familiares acompanhados pela Humaniza Home para
corresponsabilização e apoio interinstitucional

Salvador

2024

TATIANA CARLA BEZERRA DE OLIVEIRA

A ECONOMIA DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA: Configuração do trabalho dos
Cuidadores Familiares acompanhados pela Humaniza Home para
corresponabilização e apoio interinstitucional

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Desenvolvimento e Gestão
Social, na Escola de Administração da
Universidade Federal da Bahia como requisito
parcial para titulação.

Orientador: Prof. Dr. Floriano Barboza Silva.

Coorientador: Prof. Dr. Rodrigo Müller.

Salvador

2024

Catalogação na Publicação
Escola de Administração - UFBA

O48 Oliveira, Tatiana Carla Bezerra de.

A economia do cuidado da pessoa idosa: configuração do trabalho dos cuidadores familiares acompanhados pela Humaniza Home para corresponsabilização e apoio interinstitucional / Tatiana Carla Bezerra de Oliveira. – 2024.

89 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Floriano Barboza Silva.

Coorientador: Prof. Dr. Rodrigo Müller.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2024.

1. Idosos – Cuidados de saúde domiciliares. 2. Cuidadores – Cuidado e tratamento – Idosos. 3. Idosos – Relações com a família. 4. Prestação de serviços - Idosos. 5. Assistência a velhice – Política governamental.

I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 613.0438

ATA DE APROVAÇÃO



Universidade Federal da Bahia

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E GESTÃO
SOCIAL (PPGDGS)

ATA N° 55

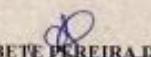
Ata da sessão pública do Colegiado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E GESTÃO SOCIAL (PPGDGS), realizada em 30/08/2024 para procedimento de defesa da Dissertação de MESTRADO PROFISSIONAL EM DESENVOLVIMENTO E GESTÃO SOCIAL no. 55, área de concentração Desenvolvimento e Gestão Social, do(a) candidato(a) TATIANA CARLA BEZERRA DE OLIVEIRA, de matrícula 2022119302, intitulada A ECONOMIA DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA: CONFIGURAÇÃO IDEOLOGICA E SOCIOECONÔMICA DO TRABALHO DOS CUIDADORES FAMILIARES ACOMPANHADOS PELA HUMANIZA HOME-PARA CORRESPONSABILIZAÇÃO E APOIO INTERINSTITUCIONAL. Às 10:00 do citado dia, Escola de Administração, foi aberta a sessão pelo(a) presidente da banca examinadora Prof. Dr. FLORIANO BARBOZA SILVA que apresentou os outros membros da banca: Prof. Dra. MARIA ELISABETE PEREIRA DOS SANTOS, Prof. Dra. BARBARA MARIA DULTRA PEREIRA e Prof. Dra. LELIANA SANTOS DE SOUSA. Em seguida foram esclarecidos os procedimentos pelo(a) presidente que passou a palavra ao(a) examinado(a) para apresentação do trabalho de Mestrado. Ao final da apresentação, passou-se à arguição por parte da banca, a qual, em seguida, reuniu-se para a elaboração do parecer. No seu retorno, foi lido o parecer final a respeito do trabalho apresentado pelo(a) candidato(a), tendo a banca examinadora aprovado o trabalho apresentado, sendo esta aprovação um requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre. Em seguida, nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão pelo(a) presidente da banca, tendo sido, logo a seguir, lavrada a presente ata, abaixo assinada por todos os membros da banca.


Dra. LELIANA SANTOS DE SOUSA

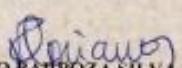
Examinadora Externa à Instituição


Dra. BARBARA MARIA DULTRA PEREIRA, UFBA

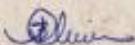
Examinadora Externa ao Programa


Dra. MARIA ELISABETE PEREIRA DOS SANTOS, UFBA

Examinadora Interna


Dr. FLORIANO BARBOZA SILVA, UFBA

Presidente


TATIANA CARLA BEZERRA DE OLIVEIRA

Mestrando(a)

A minha família pelo amor, incentivo e apoio na minha educação, em especial, as minhas filhas por compreender os momentos de ausência para dedicação a este projeto de vida.

AGRADECIMENTOS

As pessoas idosas que me inspiram todos os dias a olhar para a vida com o que há de melhor na existência e na finitude humana. Aos colegas do curso pelo coleguismo e pelo apoio sempre que foi necessário. Aos mestres pelos ensinamentos, dentro e fora da sala de aula, durante este Mestrado. Aos amigos de trabalho pela leitura, contribuições e paciência na pesquisa realizada.

Em especial ao orientador, Dr. Floriano Barboza Silva, por todo apoio, disponibilidade, experiência compartilhada, competência e manifestação de força de vontade para a excelente orientação e pela amizade demonstrada nesse período.

A Universidade Federal da Bahia, PDGS – Programa de Desenvolvimento e Gestão Social, porque sem ela não poderia ter realizado este sonho de conquista.

À minha família pelo amor, incentivo e apoio, em especial, as minhas filhas por compreender os momentos de ausência para execução deste projeto.

A Deus, por me nortear e dando muita energia nos momentos mais difíceis, e finalmente, a todos aqueles que embora não citados nominalmente, contribuíram direta e indiretamente para a execução deste estudo.

*“O envelhecimento não é juventude perdida,
mas um novo estágio de oportunidade e força.”*

- Betty Friedan

(The second stage: With a new introduction. Harvard University Press, 1998)

RESUMO

OLIVEIRA, Tatiana Carla Bezerra de. **A ECONOMIA DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA:** Configuração do trabalho dos Cuidadores Familiares acompanhados pela Humaniza Home para corresponsabilização e apoio interinstitucional. Orientador: Floriano Barboza Silva. 2024. 209 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Gestão Social) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2024.

Este estudo descritivo aborda a economia do cuidado da pessoa idosa no setor privado sob a luz do envelhecimento populacional, implementação da política nacional do cuidado e da ideologia dos responsáveis familiares acompanhados pela Humaniza Home, uma empresa que oferece treinamento para cuidadores e serviços de assistência, cuidados e infraestrutura para a pessoa idosa e, seu domicílio. A pesquisa avaliou opiniões, ideias, atitudes e a configuração social e econômica dos cuidadores familiares que buscam serviços de apoio da empresa privada para entender a configuração social destas famílias no intuito de buscar a corresponsabilização e apoio interinstitucional. É um estudo com abordagem quantitativa por levantamento de dados (Survey) através de um questionário estruturado com 20 questões, aplicado online no período de 20 a 30 de julho de 2024. O questionário foi respondido por uma amostra de 13 participantes (31%), de um total de 42 familiares que contrataram o serviço no período de 05 de janeiro de 2020 a 30 de junho de 2024. Os principais resultados indicam que 65% das pessoas idosas são assistidas por filhas. Apenas 15,4% do cuidador que é responsável principal, é do gênero masculino, 84,6% são do gênero feminino. A idade dos cuidadores varia entre 30 e 79 anos. 89,2% afirmam que a renda familiar não é suficiente para manter os custos com os cuidados necessários para a pessoa idosa e essa sustentabilidade é uma preocupação constante para 61,5% dos entrevistados. 38,5% sentem-se sobrecarregados constantemente e 46,2% quase sempre estão sentindo-se sobrecarregados com o trabalho do cuidado. 38,5% raramente divide a responsabilidade do cuidado com outros membros familiares e 38,5% não tem com quem dividir essa responsabilidade. 38,5% dos cuidadores acreditam não serem valorizados pelo trabalho de cuidar. As principais dificuldades relatadas pelos cuidadores responsáveis pelo cuidado de pessoas idosas foram a sensação de cansaço constante, pouca ajuda do estado e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Sinalizaram a necessidade de uma divisão justa do trabalho de cuidar, de assegurar uma licença e flexibilidade no trabalho para quem cuida de um ente querido com uma doença terminal sem possibilidade de cura e a importância de reduzir impostos relacionados ao cuidado para o idoso acamado. O estudo mostrou a importância de aumentar a segurança no cuidado com cursos e orientações sobre prevenção de riscos e complicações.

Palavras-chave: Economia do Cuidado; Cuidado Familiar; Pessoa idosa com Dependência; Corresponsabilidade; Apoio Interinstitucional.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Tatiana Carla Bezerra de. **THE ECONOMY OF ELDERLY CARE:** Configuration of the work of family caregivers accompanied by humaniza home for co-responsibility and interinstitutional support. Advisor Professor: Dr. Floriano Barboza Silva, 2024. 209 f. Dissertation (Master's in Development and Social Management) – School of Administration, Federal University of Bahia, 2024.

This descriptive study addresses the economics of elderly care in the private sector in light of population aging, implementation of the national care policy, and the ideology of family caregivers supported by Humaniza Home, a company that offers training for caregivers and assistance services, care, and infrastructure for elderly people and their homes. The research assessed opinions, ideas, attitudes, and the social and economic configuration of family caregivers who seek support services from the private company to understand the social configuration of these families with the aim of seeking co-accountability and inter-institutional support. This is a study with a quantitative approach by collecting data (Survey) through a structured questionnaire with 20 questions, applied online from July 20 to 30, 2024. The questionnaire was answered by a sample of 13 participants (31%), out of a total of 42 family members who contracted the service from January 5, 2020 to June 30, 2024. The main results indicate that 65% of elderly people are assisted by daughters. Only 15.4% of the caregiver who is the main responsible person is male, 84.6% are female. The age of caregivers varies between 30 and 79 years old. 89.2% state that the family income is not enough to cover the costs of the necessary care for the elderly person and this sustainability is a constant concern for 61.5% of the interviewees. 38.5% feel constantly overwhelmed and 46.2% almost always feel overwhelmed with the work of caring. 38.5% rarely share the responsibility of caring with other family members and 38.5% have no one to share this responsibility with. 38.5% of caregivers believe they are not valued for their care work. The main difficulties reported by caregivers responsible for caring for elderly people were the feeling of constant fatigue, little help from the state and difficulty in accessing health services. They highlighted the need for a fair division of care work, to ensure leave and flexibility at work for those caring for a loved one with a terminal illness with no possibility of a cure and the importance of reducing taxes related to care for bedridden elderly people. The study showed the importance of increasing safety in care with courses and guidance on preventing risks and complications.

Keywords: Care Economy; Family Care; Dependent Elderly Person; Co-responsibility; Interinstitutional Support.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Pirâmide etária, estimativa ao longo dos anos, 2018 a 2060, Brasil, IBGE, 2022.....	32
Quadro 1 – Quadro metodológico das etapas da pesquisa.....	43
Figuras 1 – Capa e Sumário do Ebook “Corresponsabilidade no cuidado para a pessoas idosa”.....	50
Gráfico 2 – Vínculo do cuidador com a pessoa idosa.....	53
Gráfico 3 – Gênero do Cuidador familiar.....	54
Gráfico 4 – Idade do Cuidador familiar.....	54
Gráfico 5 – Renda Familiar Mensal.....	55
Gráfico 6 – Renda familiar e sustentabilidade.....	55
Gráfico 7 – Preocupação sobre a Sustentabilidade Família.....	56
Gráfico 8 – Necessidade pelo cuidador de uma ocupação remunerada.....	56
Gráfico 9 – Escolaridade.....	57
Gráfico 10 – Percepção de segurança para cuidar da Pessoa Idosa.....	57
Gráfico 11 – Percepção de sobrecarga de trabalho com o cuidado para a Pessoa Idosa.....	58
Gráfico 12 – Divisão do trabalho do cuidado para a Pessoa Idosa com familiares	58
Gráfico 13 – Familiares que poderiam dividir a responsabilidade do cuidado.....	59
Gráfico 14 – Familiares que dividem a responsabilidade do cuidado.....	59
Gráfico 15 – Percepção de valorização do Cuidador.....	60
Gráfico 16 – Dificuldades Relatadas pelo Cuidador Familiar.....	61
Gráfico 17 – Ações para Corresponsabilidade do Cuidado Familiar.....	61

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APEJI	Acordo de Parceria Econômica
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CF88	Constituição Federal de 1988
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAE	Classificação Nacional das Atividades Econômicas
CNPIC	Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
COVID	Corona Virus Disease 2019
CR/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CREASI	Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso
DM	Diabetes Mellitus
DM 1	Diabetes Mellitus Tipo 1
DM 2	Diabetes Mellitus Tipo 2
DREI	Departamento Nacional de Registro Empresarial e Integração
EV	Via Endovenosa
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
HAS	Hipertensão Arterial Sistólica
HC IV	Hospital do Câncer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ID	Via Intradérmica
IM	Via Intramuscular
INCA	Instituto Nacional do Câncer

IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MBA	<i>Master in Business Administration</i>
MEE	Modelagem de Equações Estruturais
MDH	Ministerio dos Direitos Humanos e Cidadania
MDS	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
MS	Ministerio da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OIT	Organização Internacional do Cuidado
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONGs	Organizações Não Governamentais
PIB	Produto Interno Bruto
PNI	Política Nacional do Idoso
PNC	Política Nacional de Cuidados
PL	Projeto de Lei
PSDB/SP	Partido da Social Democracia Brasileira
PL/TO	Partido Liberal do Tocantins
PDF	Portable Document Format ou Formato Portátil de Documento
PROFAE	Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem
ProFam	Preservação da fertilidade e à saúde da mulher
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SENAEC	Secretaria Nacional de Autonomia Econômica e Política de Cuidados
SNCF	Secretaria Nacional da Política de Cuidados e da Família
SEADES	Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social

SERIN	Secretarias de Relações Institucionais
SJDH	Justiça e Direitos Humanos
SESAB	Saúde
SSP	Segurança Pública
SEC	Educação
SEPROMI	Promoção da Igualdade Racial e dos Povos e Comunidades Tradicionais
SPM	Políticas para as Mulheres
SEAP	Administração Penitenciária e Ressocialização
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SAEAVD	Serviço Especializado para Atividades da Vida Diária
SAABVD	Serviço de Apoio Especializado para Atividades Básicas da Vida Diária
SAAVDD	Serviço Especializado para Atividades da Vida Diária sob Demanda
SUS	Sistema Único de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SOEBRAS	Sociedade Educativa do Brasil
SC	Via Subcutânea
TGS	Tecnologia de Gestão Social
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UESC	Universidade Estadual de Santa Cruz
UNESA	Universidade Estácio de Sá
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNIDERP	Universidade Anhanguera
UNIFAVENI	Centro Universitário FAVENI
VAS	Via Respiratória

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Contextualização	12
1.2	Questão problema	19
1.3	Objetivo geral	19
1.4	Objetivos específicos	19
1.5	Justificativa	19
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
2.1	Do conceito a aplicabilidade da economia do cuidado para a pessoa idoso	22
2.1.1	Conceito de Cuidado	22
2.1.2	Economia do Cuidado	23
2.2	Cuidado como trabalho essencial à sustentabilidade da vida humana e a economia	26
3	ORGANIZAÇÃO SOCIAL DO CUIDADO A PESSOA IDOSA DOMICILIADA	27
3.1	Responsabilidade relacional, privilégios e vulnerabilidades	28
3.2	Gênero, dependência e interdependência	30
3.3	Políticas públicas e a atuação da humaniza home.	30
3.3.1	Políticas Públicas relacionadas ao cuidado para a pessoa idosa	30
3.3.2	Marco Legal da Política do Idoso no Brasil	31
3.3.3	Política do Cuidado no Brasil e em Outras Nações	33
3.4	Implementação da política do cuidado no brasil.	35
3.5	O papel do estado, família e setor privado.	38
3.6	A humaniza home	38
4	PERCURSO METODOLOGICO	41
4.1	Quadro metodológico	43
4.2	Etapas da pesquisa	44
4.2.1	Etapa 1 - Investigar a ideologia e economia do cuidado na Humaniza Home.	44
4.2.2	Etapa 2 - Identificar dificuldades, desafios, oportunidades e rede de apoio para corresponsabilidade no cuidado para pessoa idosa.	46
4.2.3	Etapa 3 - Disponibilizar um e-book com a percepção da economia do cuidado na rede privada.	47
5	A TECNOLOGIA DE GESTÃO SOCIAL DO DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL (TGS.DT)	49
6	DISCUSSÕES E ANÁLISES DOS RESULTADOS	53

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO	68
	APÊNDICE B - EBOOK - CORRESPONSABILIDADE NO CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA	76
	ANEXO A - ATA DE DEFESA ASSINADA	205

1 INTRODUÇÃO

Cuidar de pessoas com dependência e/ou limitações funcionais vem sendo atribuído como responsabilidade e papel da família desde a construção da estrutura social que vem sendo herdada historicamente. Os cuidadores familiares devem ser a fonte de apoio emocional, físico e financeiro. Com o aumento da longevidade de pessoas idosas com doenças crônicas e/ou limitações funcionais, diversas nações vem se estruturando para se adequar as mudanças no âmbito demográfico e familiar das últimas décadas. As mulheres estão sendo cada vez mais requisitadas no mercado de trabalho e buscando novas formas para disponibilizar o serviço de cuidado para os familiares com dependência. Uma das alternativas é a contratação de empresas que prestam serviços de cuidado em domicílio. A economia do cuidado busca assegurar a corresponsabilização e o apoio interinstitucional no trabalho de cuidar de familiares.

1.1 Contextualização

De 2020 a 2023 a população de pessoas idosas com mais de 80 anos duplicou e a tendência é de manter esse crescimento acelerado. Conforme estimativas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2022), esse fenômeno é mundial e vem sendo considerada uma conquista da humanidade, mas traz desafios na sua adequação a uma nova realidade econômica e social para as nações em desenvolvimento. Conforme Patriota (2019), uma parcela significativa dessa população encontra-se em situação de riscos, violações de direitos e exclusão.

No Brasil, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira de idosos cresceu 18% em cinco anos e ultrapassou a marca de 30 milhões em 2017. Em 2019, 9,5% tinham limitações para as atividades simples da rotina diária. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo (56%), e reportaram duas vezes mais doenças e agravos crônicos que os homens (IBGE, 2020).

Essa transformação demográfica vem gerando um aumento constante da demanda de cuidados para as pessoas idosas com diversas limitações, doenças mentais, patologias degenerativas e crônicas que levam a necessidade de ajuda de

um cuidador para a realização das atividades diárias para manutenção da vida. Estas atividades vão desde o preparo e oferta da alimentação, higiene pessoal, administração de medicamentos, acompanhamento em consultas médicas até a sustentabilidade financeira.

Os cuidadores podem ser familiares, amigos ou profissionais, que prestam assistência física e emocional para as pessoas idosas com algum tipo de dependência para realizar as atividades diárias. É importante pensar na organização social da oferta destes cuidados para a pessoa idosa domiciliada no Brasil. Segundo a Organização Internacional do Cuidado (OIT), 76% do trabalho de cuidado não remunerado é realizado por mulheres, esta jornada foi contabilizada e gerou um valor de quase 11 trilhões de dólares por ano. Em 2030, 2,3 bilhões de pessoas demandarão cuidado ao redor do mundo (OIT, 2022).

Este estudo tem como objeto de pesquisa o cuidado ofertado a pessoa idosa totalmente dependente de terceiros para realização de atividades como alimentação e higiene, para manutenção da vida. As mulheres dedicam 9,6 horas a mais do que os homens ao cuidado de pessoas e aos afazeres domésticos por dia. Porém um dado preocupante é que a taxa de realização de cuidado de pessoas caiu de 33,3% em 2019 para 29,3% em 2022, isso equivale há menos 5,3 milhões de pessoas no cuidado não remunerado em consequência de diversos fatores sociais, entre eles a necessidade de inserção das mulheres no mercado de trabalho (IPEA, 2022).

O tema do ENEM de 2023 foi amplamente comentado e tirou da invisibilidade o impacto econômico deste trabalho do cuidado. Apesar de ter surpreendido muita gente, a configuração da estrutura social do cuidado vem sendo discutida desde a década de 1970, quando Silvia Federici, uma filósofa da Itália, fez uma campanha internacional exigindo que o estado valorizasse e remunerasse o trabalho doméstico. Este movimento, que começou nos Estados Unidos e Itália, não foi efetivo, mas foi o ponto de partida para dar visibilidade ao cuidado (Striquer, 2023).

A economia do cuidado, nesse contexto, surgiu da relação entre o cuidado e a sustentabilidade, da dualidade entre economia e intimidade, e está apoiada na visão herdada de que essa relação será construída de acordo com princípios individuais, tais como: sentimentos, impulsos e solidariedade de um lado, e de outro, racionalidade, planejamento e eficiência (Zelizer, 2010).

O termo “Economia do cuidado” foi citado pela primeira vez em 1993, pela cientista política Joan Tronto, para falar do trabalho remunerado ou não, motivado pelo objetivo de melhorar a vida de outra pessoa. Assim, a economia do cuidado é definida como um conjunto de atividades econômicas relativas à saúde, alimentação, higiene, assistência social, serviços pessoais e serviços domésticos que fazem parte das categorias utilizadas nas pesquisas oficiais brasileiras (Fernandes, 2022).

Somente nos anos 2000 o termo “economia do cuidado” passou a fazer parte da agenda política da Organização das Nações Unidas (ONU) em direção ao compromisso de formulação de políticas públicas e consolidação de uma rede de apoio pautada na mudança de visão institucional para o desenvolvimento sustentável do cuidado. No Brasil, as Nações Unidas vêm promovendo ações para levar qualidade de vida para as pessoas que precisam do cuidado e para as pessoas que provêm este cuidado. Essa agenda de direitos humanos de 2030 da ONU tem como compromisso o desenvolvimento sustentável, reduzir as desigualdades de gênero e incentivar o crescimento econômico transformando o cuidado em atividade econômica (ONU MULHERES, 2022).

As mulheres herdaram historicamente a função de garantir a sobrevivência humana e uma parcela significativa da nossa sociedade acreditar que os homens são provedores e as mulheres responsáveis pela reprodução da família e afazeres domésticos gratuitamente. Muitos economistas entendem que o trabalho do cuidado é improdutivo por não gerar valor (Marçal, 2022).

A dedicação ao trabalho do cuidado é distribuída de forma desigual, sobrecarregando as famílias, principalmente, as mulheres que realizam este trabalho sem remuneração, com pouco apoio do Estado e baixa responsabilização dos homens. Essa visão estrutural da oferta do cuidado vem passando por transformações que acompanham a evolução demográfica da população. Já existe um Plano Nacional em elaboração para garantir o direito ao cuidado com igualdade de gênero para qualidade de vida das pessoas idosas e seus cuidadores (IPEA, 2020).

Segundo Pereira (2016), a rede de apoio familiar na estrutura social contemporânea agrava a vulnerabilidade dos cuidadores e das pessoas idosas. O machismo estrutural, ainda muito presente na sociedade moderna, impõe historicamente, de forma moral, o cuidado para as mulheres. O desafio é reorganizar

e ampliar uma rede de apoio para superar questões de desigualdade de gênero que ainda é muito prevalente, para que a sociedade possa contar com um maior apoio intrafamiliar e extrafamiliar.

Na prática, mesmo em famílias grandes, o cuidado para a pessoa idosa fica sob a responsabilidade de um ou dois familiares, frequentemente são pessoas mulheres ou até mesmo pessoas idosas, cuidando de pessoas idosas (IPEA, 2020). É importante conhecer e reconhecer as dificuldades econômicas e dar a devida importância e valor ao trabalho de cuidar, pois, ainda segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, o cuidado é inacessível para uma parcela significativa da população ou é frequentemente realizado sem remunerações (IPEA, 2020).

Mulheres brasileiras dedicam quase o dobro de tempo que os homens aos afazeres domésticos e ao cuidado de pessoas. São 21,3 horas semanais, contra 11,7 horas, em média. 86% das mulheres com idades entre 14 e 24 anos cuidam de afazeres da casa; entre os homens da mesma idade, só 69%. Entre as mulheres brancas, 31,5% tiveram de cuidar de pessoas. A proporção sobe para 36% quando se trata de mulheres pretas e 38% em relação às pardas. Os homens gastam mais tempo cumprindo tarefas domésticas quando moram sozinhos. Para as mulheres, é o inverso: elas têm mais trabalho quando dividem o lar com alguém (IBGE, 2022).

Com essa distribuição da responsabilidade do cuidado, 30% das mulheres em idade ativa não conseguem ingressar ou se manter no mercado de trabalho pela necessidade de realizar o cuidado doméstico não remunerado (IPEA, 2020). Cálculos feitos por economistas como Hildete Melo mostram que o PIB brasileiro poderia aumentar 11% em 2015 se o trabalho reprodutivo fosse contabilizado. Seria acrescido, em média, 9% ao ano caso os afazeres domésticos fossem remunerados (Melo, 2018).

Precisamos entender como está configurada a oferta do cuidado e como garantir justiça social para as pessoas que se dedicam exclusivamente ao cuidado do idoso com dependência em tempo integral. Cuidar de uma pessoa idosa, principalmente quando esta tem maior nível de dependência, tem custos financeiros, físicos e emocionais altos, exige grande dedicação. O cuidado em tempo integral para a pessoa idosa domiciliada não é uma opção, mas uma necessidade que envolve diversos custos, e a qualidade de vida de todos os envolvidos. A oferta deste cuidado

e a dependência física e social da pessoa idosa precisa ser uma preocupação constante para a sociedade.

Os direitos sociais da pessoa idosa foram normatizados pela criação da Política Nacional do Idoso (PNI- Lei nº 8824/1994) e do Estatuto do Idoso (Lei nº 10741/2003). No âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) também existem políticas voltadas para pessoas idosas, destacam-se o Benefício de Prestação Continuada (BPC), direito constitucional que afiança um salário-mínimo por mês para pessoas idosas e com deficiência que tenham renda familiar inferior a ¼ do salário-mínimo.

Dispomos de Políticas Nacional para o Idoso (PNI), mas a Política Nacional de Cuidados (PNC), apesar ser já ser realidade em diversos países do mundo, ainda não existe no Brasil. Em Portugal e em alguns países europeus, a política de saúde de cuidados para pessoas idosas vem sendo pautadas nas relações sociais do cuidado para atender as necessidades dos familiares que cuidam e das pessoas que são cuidadas (AAVV, Portugal).

Na França as instituições de longa permanência são públicas. O Japão vive uma crise econômica desde a Segunda Guerra Mundial, a economia japonesa está oficialmente em recessão desde o 3º trimestre de 2008. Desde então, o Governo japonês, institucionalizou um programa para promover cursos de cuidadores para desempregados e instituindo que as pessoas com mais de 40 anos pagassem um imposto para receber cuidados do estado a partir dos 65 anos. Nos Estados Unidos existe uma mercantilização maior e o estado repassa recursos financeiros para instituições sem fins lucrativos e a família fica responsável por buscar estes serviços. No Uruguai há exemplos interessantes de cursos e programas para cuidadores, na Argentina se discute a aposentadoria para donas de casa (IPEA, 2020).

Mariana Manzini, em sua tese sobre o cuidado nas Américas em 2020, avaliou a elegibilidade, cobertura e tipo de jornada no cuidado para crianças no Brasil, Argentina e Uruguai e concluiu que o acesso ao cuidado está relacionado ao reconhecimento dos direitos das crianças à educação e do compromisso com a igualdade de gênero (Marcondes, 2020).

Estamos começando a caminhar em direção ao reconhecimento do cuidado como um direito e para assegurar o cuidado com igualdade de gênero e corresponsabilidade institucional. Em 22 de maio de 2023, foi lançado o Grupo de

Trabalho Interministerial (GTI) para elaboração de uma proposta da Política Nacional de Cuidados. O Governo Federal brasileiro fez uma consulta pública no período de 30/10/2023 a 22/12/2023 para ouvir a opinião da sociedade sobre a necessidade de consolidar a PNC.

Esta consulta contou com 180 contribuições e produziu o Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados. Teve representante de 15 instituições governamentais, entre eles, os ministérios do trabalho e emprego, saúde, educação, direitos humanos e cidadania, igualdade racial, povos indígenas, gestão da inovação dos serviços públicos, desenvolvimento agrário e agricultura familiar, previdência social, cidades, desenvolvimento, indústria, comércio e serviços, planejamento e orçamentos, Secretaria Geral da Presidência da República, Advocacia Geral da União e Casa Civil. Contou também com convidados, os principais institutos de pesquisa, como o IPEA (Instituto de Pesquisa Aplicada), IBGE (Instituto brasileiro de Geografia e Estatísticas) e da Fiocruz (Fundação Osvaldo Cruz), (BRASIL, 2023).

O GTI Cuidados, instituído pelo decreto nº 11.460 de 31 de março de 2023 que tem a função de criar a Política Nacional de Cuidados, coordenado pela Secretaria Nacional de Autonomia Econômica e Política de Cuidados (SENAEC/MMulheres) e pela Secretaria Nacional da Política de Cuidados e da Família (SNCF/MDS). Pessoas idosas precisam de cuidado. Diante do envelhecimento populacional e da eminência de dessa nova política pública voltada para o cuidado, a sociedade deve buscar o conhecimento na prática cotidiana, para traçar estratégias que facilite o acesso ao cuidado para as pessoas idosas com dependência (BRASIL, 2023).

Em 28 de julho de 2023 a Bahia criou um grupo de trabalho para elaborar uma Política Estadual de cuidados e redução de Danos, coordenado pela Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (Seades). O grupo também é composto pela Casa Civil e secretarias de Relações Institucionais (Serin), de Justiça e Direitos Humanos (SJDH), de Saúde (Sesab), Segurança Pública (SSP), Educação (Sec), Promoção da Igualdade Racial e dos Povos e Comunidades Tradicionais (Sepromi), Políticas para as Mulheres (SPM) e de Administração Penitenciária e Ressocialização (Seap). O grupo de trabalho terá duração até 31 de dezembro de 2024 (BAHIA, 2023).

No dia 03 de julho de 2024, o Presidente Luís Inácio Lula da Silva assinou o projeto de lei sobre a Política Nacional de Cuidados que determina o cuidado como

um direito social para as pessoas que necessitam do cuidado e para os trabalhadores remunerados ou não remunerados. A próxima etapa é análise do documento pelo poder legislativo. Este Projeto tira o trabalho do cuidado da invisibilidade e promove corresponsabilidade institucional (Estado, família e o setor privado).

Diante do interesse estadual, nacional e internacional da estruturação das Políticas Públicas do Cuidado, é o momento de buscamos uma instituição que forneça os meios necessários para compreender a realidade, dimensões e organização social do cuidado ofertado pelos cuidadores de pessoas idosas com dependência, acompanhados pelos serviços de referência da pessoa idosa na Bahia no intuito de contribuir para a elaboração de uma política de cuidado mais justa e igualitária.

Na Bahia, no setor público de saúde e social, as pessoas idosas com risco de saúde ou riscos sociais são encaminhadas para o Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI), pelas Unidades de Atenção Básica através de um formulário de referência. O centro é vinculado a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e disponibiliza para a comunidade serviço especializado social e de saúde para o idoso com dependência de cuidados para atividades da vida diária e seu cuidador. A instituição acompanha a população mais frágil da nossa sociedade e desde a Pandemia da COVID 19 não dispõe de um serviço de apoio voltado exclusivamente para apoiar aos cuidadores da pessoa idosa no estado.

Uma alternativa de apoio para as famílias é buscar profissionais do cuidado no setor privado ou por contratação direta. Esta opção é inviável para uma parcela significativa da população, o custo é alto e será necessária uma organização no setor que permita melhores resultados econômico-financeira. Este estudo mostrará um recorte da configuração ideológica e socioeconômica dos cuidadores familiares que precisam recorrer a assistência privada. O objeto principal do estudo, é a configuração social do cuidado ofertado pelos responsáveis pela população idosa acompanhados pela Humaniza Home, uma empresa privada de prestação de serviços de assistência e cuidado no domicílio, no intuito de conhecer as dificuldades e oportunidades para a corresponsabilização e apoio interinstitucional de forma efetiva sob o ponto de vista destes cuidadores familiares.

1.2 Questão problema

Uma vez que o trabalho do cuidado para pessoa idosa dependente de terceiros para sobrevivência, vem sendo invisibilizado na esfera socioeconômica em decorrência das desigualdades de gênero e falta de corresponsabilidade institucional (família, setor privado, estado e sociedade), **como está configurada a economia do cuidado no cotidiano dos cuidadores familiares acompanhados pela Humaniza Home?**

1.3 Objetivo geral

Avaliar a configuração social e econômica dos cuidadores familiares das pessoas idosas acompanhadas pela Humaniza Home para corresponsabilização e apoio interinstitucional.

1.4 Objetivos específicos

- a) Investigar a ideologia e a economia do cuidado na realidade social dos cuidadores familiares, da população idosa, apoiados pela Humaniza Home;
- b) Analisar dificuldades e os desafios enfrentados pelos cuidadores familiares, oportunidades e a rede de apoio para corresponsabilidade compartilhada no cuidado para o idoso.
- c) Disponibilizar um e-book para dar visibilidade à necessidade de priorizar a implementação do direito e corresponsabilidade do cuidado, para a pessoa idosa com necessidade de apoio por terceiros para realizar as atividades da vida diária, que garante a sua sobrevivência.

1.5 Justificativa

O Censo de 2022 confirmou que o número de pessoas com mais de 65 anos de idade, cresceu 57,4% nos últimos 12 anos. A população total em 2022 contava com 6 milhões de mulheres (51,5% - 104.548.325) a mais que os homens (48,5% - 98.532.431). A taxa brasileira de fecundidade registrou um declínio acelerado de 5,6

filhos por mulher, em 1970, para 1,9 filhos por mulher em 2010. Considerando a queda nas taxas de fecundidade e o aumento da expectativa de vida, os agentes públicos e sociais precisam buscar uma maior compreensão do papel do cuidador na sociedade (IBGE, 2022).

Buscar o conhecimento para estar preparados para os efeitos sociais, econômicos e políticos destas alterações na estrutura etária do país é muito necessário. Pesquisas apontam que o envelhecimento populacional vai gerar fortes impactos no Brasil pela crescente proporção de idosos com necessidade de cuidados e gastos com a saúde, menor número de contribuintes para seguridade social e pelo reflexo desta transição demográfica no crescimento econômico e na geração de renda. É importante entender quem faz este trabalho do cuidado e em quais condições. A sociedade vem moldando historicamente o comportamento de todos os atores envolvidos para atribuir a função do cuidado para a mulher e privilegiando os homens, mercado e o estado.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, a economia do cuidado “Parte do pressuposto de que o cuidado desempenhado de maneira não remunerada não apenas integra o sistema econômico como também constitui uma pré-condição para a sua existência” (IPEA 2016). Um dos grandes problemas do envelhecimento é o declínio progressivo da força de trabalho e da queda da mão de obra que reduz a produtividade de capital e consequentemente a renda nacional. A oferta do trabalho do cuidado para satisfazer as necessidades físicas e psicológicas de terceiros vem sendo discutida em aspectos relativos à desvalorização, invisibilidade e sobrecarga física e emocional para a família, principalmente mulheres.

No Brasil, a política dos cuidados vem sendo pensada e incorporada muito recentemente, porém, com muita força e intensidade. O Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS vem propondo a realização de parcerias e consultas públicas para apoiar a construção colaborativa da Política e do Plano Nacional de Cuidados. O texto Política Nacional dos Cuidados: o PL 27972/22, de autoria da Senadora Mara Gabrilli do Partido da Social Democracia Brasileira/SP (PSDB/SP), do Senador Flávio Arns (PODEMOS/PR) e do Senador Eduardo Gomes do Partido Liberal/Tocantins (PL/TO), e o PL 5791/19, da deputada Leandre Dal Ponte do Partido Social Democrático/Paraná (PSD/PR).

A Política Nacional de Cuidados foi assinada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 03 de julho de 2024, propõe garantir os direitos tanto das pessoas que necessitam de cuidados quanto das que cuidam e reduzir desigualdades na oferta do trabalho de cuidados dentro das famílias, estado e setor privado. Os parlamentares estão avaliando esta Proposta de Emenda Constitucional que assegura o cuidado como um direito social. Se for aprovada, a implementação será progressiva a partir de públicos prioritários.

O estudo da configuração econômica do cuidado no setor privado, vai possibilitar uma interlocução com as instituições familiares envolvidas na contratação do cuidado para a pessoa idosa dependente de cuidados, no intuito de buscar meios de fortalecer ações macroeconômicas e políticas. A economia do cuidado para o cuidador da pessoa idosa apresenta inúmeros desafios socioeconômicos que precisam ser visibilizados em todo seu contexto, para traçar solução para os problemas relacionados a busca da sustentabilidade, dificuldade de acesso as redes de apoio, entre outros.

A Humaniza Home é uma empresa que foi aberta em 21 de janeiro de 2020 com o objetivo de capacitar e fornecer serviços humanizados, procedimentos e atividades de infraestrutura, cuidados e assistência ao paciente idoso no seu domicílio. Oferece também cursos de treinamento para os trabalhadores do cuidado. Desde o início das suas atividades, a empresa já capacitou 243 profissionais e prestou assistência para 42 pessoas idosas no período de julho de 2020 a julho de 2024.

Nesta pesquisa, vamos analisar a economia do cuidado na realidade social das famílias que precisam contratar um serviço de cuidados para a pessoa idosa no domicílio. Buscaremos identificar as dificuldades e os desafios enfrentados pelos cuidadores e propor ações de corresponsabilidade e valorização do cuidador. Vamos traçar um panorama sobre a sustentabilidade e sobrecarga física, financeira e emocional para a família, buscar a percepção dos atores envolvidos, diante do machismo estrutural e desigualdades de gênero, apontar soluções, pautados na participação social, para corresponsabilidade institucional (família, estado e setor privado), valorização do cuidador e propor ações práticas para reorganizar e ampliar a rede de apoio intrafamiliar e extrafamiliar.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O referencial teórico está fundamentado pelos dados demográficos e socioeconômicos relacionados a Economia do Cuidado, da ONU Mulheres, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). A abordagem das questões de gênero, dependência e interdependência pesquisada por Helena Hirata e Responsabilidades relacionadas a vínculo de parentesco ou de amizade pautados em privilégios e vulnerabilidades, abordadas por Mariana Mazzini Marcondes. O marco conceitual e o projeto de lei para implantação da política de cuidados no Brasil. E por fim, a atuação do setor privado com a oferta de cuidados para pessoas idosas, pela empresa Humaniza Home, contratada pela família por falta de outras opções, muitas vezes sem apoio dos outros membros da família e/ou recursos financeiros.

2.1 Do conceito a aplicabilidade da economia do cuidado para a pessoa idosa

2.1.1 Conceito de Cuidado

Segundo o Marco Conceitual que orienta a formulação da Política e do Plano Nacional de cuidados, “o cuidado pode ser definido como um trabalho cotidiano de produção de bens e serviços necessários à sustentação e reprodução da vida humana, da força de trabalho, das sociedades e da economia e a garantia do bem-estar de todas as pessoas” (BRASIL, 2023).

Para os fins do Projeto de Lei N° 2797, DE 2022, entende-se por cuidado qualquer atividade, prestada pelo poder público ou por particulares, destinada a assegurar o bem-estar físico, psicológico e social de pessoas em situação de dependência (PL, 2022).

Este conceito do cuidado apresenta diversas interpretações, refere a um conjunto variado de atividades da vida diária. Quando pensamos na pessoa idosa dependente, este cuidado é essencial para a manutenção da vida. Para formular um conceito de cuidado é imprescindível, vestir a camisa do cuidar, para sentir na pele as dificuldades enfrentadas por quem está no cuidado diário de um idoso dependente (BRASIL, 2023).

2.1.2 Economia do Cuidado

O trabalho de cuidado foi exercido durante muito tempo por mulheres no interior do espaço doméstico de forma gratuita e invisível. Alguns fatores como o desenvolvimento de profissões relacionadas ao cuidado, a cada vez maior inserção das mulheres no mercado de trabalho remunerado, assim como os fluxos migratórios em um contexto de globalização crescente geraram não só uma nova divisão internacional do trabalho, mas também reconfiguraram o trabalho de cuidado (Hirata, 2016)

A economia do cuidado é um campo de estudo recente que estimula reflexões sobre como essa estrutura e sistema de organização da oferta dos cuidados, limita a possibilidade de participação social das mulheres e o seu impacto na economia e na sociedade. Expõe a necessidade de cuidado como base de sustentação da economia e da sociedade e vem sendo amplamente discutido em todo o mundo. Está na pauta da ONU como um dos dezessete objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), sendo uma preocupação internacional (Pereira/IPEA, 2020).

A teoria neo-institucionalista aborda problemas de relevância que vem sendo invisibilizado pelas regras formais e informais que regem as instituições e moldam o comportamento dos atores. Importante essa reflexão crítica sobre a força das instituições nas políticas públicas que nascem de processos de negociação e relações de poder herdado, bem como políticas sociais e econômicas para privilegiar determinados grupos (North, 1998).

Os estudos feministas e de gênero sobre os cuidados inovaram ainda ao propor que as atividades relacionadas ao *CARE* constituem também trabalho, uma vez que, além de prover bem-estar, elas implicam custos de tempo e energia para aqueles que as desempenham, bem como em rendimentos (não monetários) para aqueles que o recebem (Esquivel, 2012, p. 245).

Esses estudos expõem o reducionismo das perspectivas sociológicas e econômicas tradicionais. A bibliografia da sociologia e da economia não considerava e ainda não considera como trabalho aquelas atividades (geralmente) femininas realizadas de forma não remunerada, que têm por finalidade a reprodução e a manutenção dos domicílios e das pessoas, ou que envolvem devotamento, altruísmo ou afeto. Apenas aquilo que tem uma dimensão mercantil é considerado pertinente ao

âmbito do “econômico”, ainda que processos, relações e tarefas que não são inerentes ao capitalismo mercantil sejam indispensáveis para o funcionamento do mercado e para a continuidade da vida (Carrasco, 2012, p. 251).

A visão tradicional sobre trabalho e economia, por um lado, confunde trabalho com emprego e produção com produção de mercadorias (Melo e Castilho, 2009, p. 139). Por outro lado, ela define a economia como órbita mercantil autônoma, sem reconhecer que se apoia em outros setores ou atividades (Carrasco, 2012, p. 251). Logo, os trabalhos de cuidado, quando mencionados, não chegam a adquirir *status* de categoria econômica (Carrasco, Borderías e Torns, 2011, p. 30).

Em contraposição às perspectivas tradicionais, economistas e sociólogas envolvidas com os estudos feministas e de gênero formularam o que se convencionou chamar de “economia dos cuidados”. Essa proposta analítica e conceitual tem por finalidade medir, dimensionar e visibilizar o cuidado, incorporar seus setores provedores nas análises econômicas e também interpelar tanto o funcionamento do sistema econômico quanto as maneiras como este é interpretado (Rodríguez Enríquez, 2012, p. 6).

Os estudos reunidos sob o escopo da economia dos cuidados partem do pressuposto de que o cuidado desempenhado de maneira não remunerada não apenas integra o sistema econômico como também constitui uma pré-condição para a sua existência. A partir dessa compreensão, procuram medir e valorar o trabalho de cuidado; averiguar as condições de trabalho e de remuneração das ocupações referidas aos cuidados e à reprodução social; apontar para a natureza das relações entre os sujeitos envolvidos em seu desempenho; e examinar o posicionamento daquelas que o executam no mercado de trabalho. De maneira geral, uma proporção significativa do *Care* é desempenhada de forma não remunerada, principalmente por mulheres, mesmo naquelas unidades domésticas que contam com a contratação de trabalhadoras domésticas e/ou cuidadoras (IPEA, 2016).

A divisão sexual e internacional do trabalho através de um estudo comparado entre Brasil, França e Japão foi estudada por Hirata, onde além das diferenças sociais, os diferentes atores do cuidado como o Estado, o Mercado e a família, combinam-se, agindo de maneira desigual e assimétrica. O trabalho de cuidado continua sendo realizado majoritariamente por pessoas mulheres nos três países, e

provavelmente seguirá sendo assim, já que se trata de um trabalho precário, com baixos salários, pouco reconhecido e pouco valorizado. Assim, a autora destaca a importância de levar em consideração as desigualdades de gênero, classe e raça que estão imbricadas no contexto de internacionalização do trabalho de cuidado (Hirata, 2016).

Para que isso seja possível, é necessária a divisão das responsabilidades relacionadas ao cuidado. Familiares como cônjuges, filhas e filhos, netos e agregados, se ocupam do cuidado em arranjos familiares que não penalizam as cuidadoras. Igualdade, independência social e econômica para os cuidadores do idoso domiciliado são um direito fundamental. Devem-se impulsionar mudanças na legislação e intervenção nas políticas públicas de cuidados e proteção social para a divisão da responsabilidade para todos os membros da família, independente do gênero.

É necessário o entendimento sobre como buscar dados sobre o tempo gasto com o cuidado não remunerado, como reconhecer a necessidade de distribuição justa deste trabalho, redistribuir esta responsabilidade entre homens, mulheres e o estado, recompensando e remunerando os trabalhadores do cuidado.

A economia do cuidado é uma preocupação mundial. A ONU Mulher vem investindo em estratégias e ações para mudar a forma de distribuição deste trabalho não remunerado e altamente feminizado, para incentivar políticas com governança democrática que garanta a igualdade de gênero, direitos humanos e inserção das mulheres no mercado de trabalho para o crescimento econômico sustentável e redução das desigualdades (Pereira/IPEA, 2020).

Estudos recentes mostram a importância de avaliar a carga de trabalho e responsabilidades das mulheres para ofertar o cuidado para pessoas em condição de vulnerabilidade, para uma economia do cuidado fundamentado em igualdade de gênero e raça. O Laboratório de Inovação Social Mulheres em tempo de Pandemia (lab.thinkolga.com ou www.thinkolga.com), por exemplo, traz propostas inovadoras, tanto para o setor privado como para o setor público. Ao setor privado caberia ressignificar culturas empresariais internas para encorajar a participação dos homens nos cuidados de pessoas da família e facilitar do trabalho remoto. O setor público deve oferecer uma renda básica para os responsáveis pelo cuidado e instituir políticas públicas de cuidado (PL, 2022).

Dividir a responsabilidade social e econômica, para todos os membros da família e demais segmentos da sociedade, vai além das questões de gênero, deve existir uma responsabilidade das instituições de acordo com a realidade em cada estrutura familiar. Ações de governança para intermediar as necessidades dos trabalhadores do cuidado, do estado, dos planos de saúde, do setor privado. Também é necessário a elaboração de critérios de elegibilidade social e de saúde, quando necessário a intervenção do setor jurídico, que atualmente vem atuando no desconhecimento.

2.2 Cuidado como trabalho essencial à sustentabilidade da vida humana e a economia

O cuidado inerente a uma pessoa idosa dependente, quando não conseguem realizar atividades para manutenção da vida, como a alimentação, locomoção e higiene, requer muitas horas de atividades diárias e noturnas. Além do cuidado direto a pessoa idosa, outros trabalhos como a preparação de alimentos, a limpeza, gestão e organização da casa para evitar riscos e complicações também são necessárias.

Diante do envelhecimento populacional, esse trabalho vem sendo ofertado de diversas formas. O trabalho de cuidado pode ser remunerado, realizado por trabalhadores domésticos ou cuidadoras/as de pessoas idosas em troca de remuneração e benefícios ou pode ser exercido de maneira não remunerada, no âmbito familiar ou comunitário, fora de relações laborais do mercado de trabalho sem contrapartida financeira (BRASIL, 2023).

As diferentes configurações em que este cuidado é realizado pode definir a qualidade de vida do cuidador ou a sobrecarga de trabalho que recai para as famílias e cuidadoras. Um fator inegável é que o cuidado para com a pessoa idosa com dependência é excessivamente desgastante física e mentalmente. Um dos objetivos principais da política de cuidado é assegurar a corresponsabilidade neste trabalho, pelas diversas instituições; família independente de gênero, empresa, governo e comunidade (BRASIL, 2023).

3 ORGANIZAÇÃO SOCIAL DO CUIDADO A PESSOA IDOSA DOMICILIADA

Aos grupos familiares é exigido o trabalho dedicado ao cuidado sem remuneração. Serviços públicos de cuidados são insuficientes para responder a demanda da população. Temos 5570 municípios, apenas 36% têm unidades de longa duração. 1% destas pessoas idosas vive nestas instituições. 75% do mercado de trabalho do cuidado é pautado na informalidade e precariedade. Para 30% da população de mulheres ativas não é permitido o direito à liberdade e sustentabilidade econômica por precisar se dedicar ao trabalho do cuidado não remunerado. As mulheres gastam o dobro do tempo de horas com o cuidado não remunerado, em comparação com os homens (IPEA, 2020).

A heterogeneidade dos perfis do trabalho do cuidado no estudo “Teoria e prática do cuidado: Comparação Brasil, França e Japão” contrasta com o fato de que, nos três países, trata-se de uma profissão pouco valorizada, com salários relativamente baixos e pouco reconhecimento social. Essa igualdade de condições profissionais, a despeito da desigualdade de perfis e trajetórias desses trabalhadores, parece encontrar sua explicação no próprio cerne da atividade de cuidado, realizado tradicional e gratuitamente na esfera doméstica e familiar pelas mulheres. Essa hipótese, que é formulada pelas teóricas do gênero e do CARE, foi confirmada pela pesquisa (Hirata, 2016).

O Brasil ainda não tem uma política específica para esta questão do cuidado para a pessoa idosa. Lembrando que na França as instituições de longa permanência são todas públicas. No Japão, após a crise de 2008, foi institucionalizado o programa para promover cursos de cuidadores para desempregados e as pessoas com mais de 40 anos pagasse um imposto para receber cuidados do estado a partir dos 65 anos. Nos Estados Unidos existe uma mercantilização maior e o estado repassa recursos financeiros para instituições sem fins lucrativos e a família fica responsável por buscar estes serviços. No Uruguai tem exemplos interessantes de cursos e programas para cuidadores, na Argentina se discute a aposentadoria para donas de casa (Pereira/IPEA, 2020).

E para garantir direitos regidos pela CF88, em sua governança que se faz a estruturação de novas estratégias na organização social do trabalho do cuidado de forma mais segura, justa e efetiva para superar as implicações para cidadania de

quem oferece os cuidados. O cuidado para o idoso com dependência é um direito essencial para a manutenção da vida e deve ser garantido pelo estado e por toda a sociedade de forma justa (Estatuto do Idoso, 2023).

É um dever do estado e de toda a sociedade, destituir o modelo de desenvolvimento que vem desconsiderando e discriminando o cuidado para construção de um sistema integrado que tenha o cuidado como um direito humano e dever de todos. Vamos partir do estudo de experiências de políticas internacionais do cuidado e do processo participativo para produção de dados referente a interlocução com os cuidadores que buscam novas formas de ofertar o trabalho do cuidado, para promover uma reflexão sobre a corresponsabilidade do cuidado com governança para traçar contribuições inovadoras. Por uma construção justa de um Plano e Política Nacional de Cuidados, pautada na equidade e igualdade de gênero.

3.1 Responsabilidade relacional, privilégios e vulnerabilidades

Do ponto de vista das relações de corresponsabilidade entre Famílias e Estado, o livro “Proteção social e comunidade: mulheres, pobreza e as múltiplas vulnerabilidades cotidianas e Ação Pública” analisa e mostra os desafios enfrentados por mulheres residentes em territórios da região periférica por não contarem com redes de segurança social para conciliar o papel de cuidadora e faz uma análise da vida da mulher em diversos tipos clássicos de estado de bem-estar social (Burgos, 2022).

No estado com alicerces sólidos de um espírito de cooperação nas comunidades e tomada de decisão democrática com igualdade de gênero, a mulher estará mais disposta em suas aspirações de carreira, e/ou o homem a assumir um fardo maior de tarefas domésticas e dos cuidados, para criar um ambiente mais igualitário e justo na estrutura familiar. Os salários tornam-se irrelevante para o contexto familiar com foco na equidade (Burgos, 2022).

O Brasil herdou a visão do regime colonizador de Portugal, em que é papel da família a provisão social, conhecido como “familismo” (Draibe, 2007). Além da colônia portuguesa, temos também colônias espanholas e italianas muito numerosas. Assim,

encontramos muitas características similares entre os regimes de bem-estar do sul da Europa (Portugal, Espanha e Itália) e o regime construído no Brasil.

Desde o governo Vargas, com a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942, o Estado brasileiro institucionalizou a assistência social como uma espécie de “bondade” dos governantes, pelas generosas mãos das primeiras-damas. A Constituição Federal de 1988 foi orientada por uma perspectiva de ampliação dos direitos e da cidadania, o Artigo 6º estabelece os direitos sociais a educação, saúde, trabalho, lazer, segurança, previdência social e assistência aos desempregados para toda a população. A Constituição Federal de 1988 estabelece a família como um dos agentes de provisão deste bem-estar. Há uma responsabilização das famílias pelo cuidado para as pessoas idosas. As normas que regulamentam o país demonstram a preponderância da família na tarefa do cuidado, seguido pelo mercado e, por último, pelo Estado (Mioto, 2009).

As políticas familistas têm sido bastante criticadas por autoras feministas que apontam as dimensões de vigilância e regulação do Estado sobre as famílias, à manutenção dos papéis tradicionais de gênero e as limitações que essas impõem para o pleno exercício dos direitos das mulheres.

As políticas sociais no Brasil estão fortemente associadas aos papéis historicamente atribuídos a família e às mulheres. A legislação sobre licença maternidade e paternidade ilustra que ainda não há no arcabouço jurídico legal a determinação da equidade no trabalho do cuidado com os filhos. As mulheres têm direito à licença remunerada do trabalho por 120 dias, enquanto aos homens/ pais é permitida uma licença do trabalho de apenas cinco dias corridos, a partir da data de nascimento dos filhos.

No Brasil, assim como em outros países marcados pela pobreza e desigualdade social, com regimes de forte tradição familiarista, as mulheres acumulam as duas funções: financeira e cuidado e enquanto a rede de proteção social brasileira seguir frágil, a comunidade continuará sendo uma alternativa para as famílias e para que mulheres consigam viver com um pouco mais de dignidade (Naldini, 2005).

3.2 Gênero, dependência e interdependência

Enquanto os “valores femininos” estiverem associados à afetividade, suavidade, sensibilidade e cuidado, será negado às mulheres a conquista da independência financeira, a luta contra a dominação masculina e experimentar a força do intelecto (Ferri, 2007).

Estamos diante da possibilidade de reverter os paradigmas que alicerçam a exploração e desvalorização do cuidado e da mulher. De modernizar o estado do bem-estar social, de dividir a responsabilidade do cuidado humanizado para todos os segmentos da nossa sociedade. De tirar da família a sobrecarga fatigante do cuidado para o idoso domiciliado. De inserir as mulheres no mercado de trabalho, garantindo seus direitos econômicos e sociais.

Pensar sobre a sustentabilidade, capacitação e oferta do cuidado na sociedade contemporânea é se deixar desafiar e reposicionar os conceitos e teorias da proteção social. É escolher qualidade de vida para o nosso futuro.

3.3 Políticas públicas e a atuação da humaniza home

3.3.1 Políticas Públicas relacionadas ao cuidado para a pessoa idosa

No cenário nacional, a Constituição da república de 1988 trouxe uma série de direitos e garantias fundamentais com um olhar para a pessoa idosa, quando assegura que “a família, a sociedade e o estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Determina que os “programas de amparo às pessoas idosas serão executados preferencialmente em seus lares” (art. 230, CR/88) e que “os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” (art. 229, CR/88).

Somente após a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 o envelhecimento passou a ser uma questão social relevante, antes, o estado deixava para a família, geralmente a mulher e entidades religiosas o cuidado para as pessoas idosas.

3.3.2 Marco Legal da Política do Idoso no Brasil

A constituição de 1988 abriu as portas para a proteção dos direitos da pessoa idosa e outras normas detalharam estes direitos. As principais leis são a que criou a Política Nacional do Idoso (PNI) nº 8.842/94 e o Estatuto da pessoa idosa (lei Federal nº 10.741/03). A PNI entrou em vigor no ano de 1994, coordenada pela Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa/MDH, através do Decreto 6.800/2009. Desde que foi criada, já buscava estabelecer maneiras de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

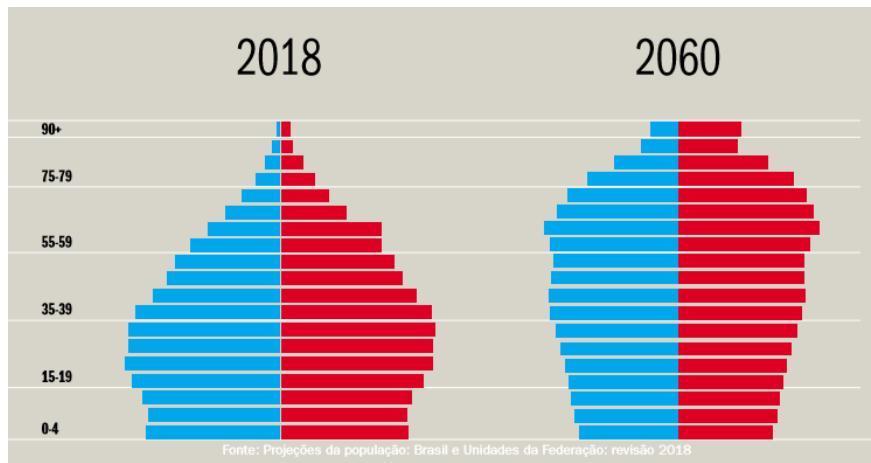
A família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida. O Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003) é o documento mais usado para garantir os direitos da pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Assegura todos os direitos e proteção, facilita à preservação de sua saúde física, mental, moral, intelectual, espiritual e social, objetivando amparar as necessidades comuns nessa fase da vida.

O art. 3º do Estatuto da pessoa Idosa também afirma que “é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, ao respeito e à convivência familiar”.

A novidade do Estatuto está nas punições mais severas, para quem comete crimes como o abandono e o desrespeito à dignidade contra pessoas com mais de 60 anos. Além disso, serve também para estipular garantias de educação, cultura, esporte, lazer e preservação da saúde física e mental. É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso e esta obrigação está cada dia mais urgente.

Se analisarmos a pirâmide etária com a, estimativa ao longo dos anos, de 2018 a 2060, percebemos que a população de pessoas Idosas com mais de 80 anos, cresceu 18% nos últimos cinco anos (IBGE, 2022).

Gráfico 1 - Pirâmide etária, estimativa ao longo dos anos, 2018 a 2060, Brasil, IBGE, 2020.



Fonte: Revista Retratos do Brasil, n 16, fevereiro de 2020, IBGE, p 22.

Estamos vivendo um momento de transição demográfica para o envelhecimento da população do Brasil e do Mundo. O “índice de envelhecimento”, que mede a relação da porcentagem de idosos e de jovens, vem aumentando significativamente, em 2015 era de 43,19% e a estimativa é que em 2060 será de 173,47%. Os dados no Brasil seguem a tendência mundial de estreitamento da base (menos crianças e jovens) e alargamento do topo (adultos e idosos). Esta transição demográfica trará diversos impactos econômicos e sociais, a baixa na taxa de fecundidade vai reduzindo a oferta de trabalho que reduz a quantidades de contribuintes. O aumento na expectativa de vida aumenta a quantidade de idosos com dependência para realização das atividades da vida diária (IBGE, 2022).

Ainda temos um grande caminho para a efetividade da inclusão da pessoa idosa e seus cuidadores na nossa sociedade. É de nossa responsabilidade está inclusão social. É necessário que a pessoa idosa seja incluída e faça essa opção de participação, neste projeto, contribuindo para uma sociedade mais justa e fraterna no cuidado. A experiência da pessoa idosa tem um valor incomparável para a sociedade e efetivamente pode ser este um agente de transformação social.

Com o envelhecimento populacional, nosso olhar se volta para a política Nacional do Cuidado para garantir o direito ao cuidado para efetivar a política de proteção ao idoso dependente bem como a corresponsabilidade de gênero (entre

mulheres e homens, em sua diversidade) e social (entre as famílias, as comunidades, o Estado, o mercado e as empresas).

3.3.3 Política do Cuidado no Brasil e em Outras Nações

Múltiplas são as definições de cuidados e políticas de cuidados. Para fins da Política Nacional de Cuidados, o cuidado é compreendido como um trabalho cotidiano de produção de bens e serviços necessários à sustentação e reprodução da vida humana, das sociedades e da economia e à garantia de bem-estar de todas as pessoas.

As políticas de cuidados são políticas públicas cujo objetivo é a reorganização e o compartilhamento da responsabilização social pelos cuidados, por meio de um conjunto de iniciativas que visam atender as necessidades de quem demanda cuidados e de quem cuida. É por meio delas que o Estado se torna corresponsável e indutor da construção de uma nova organização social de cuidados, que envolva não apenas a família, mas também o mercado, as empresas, a comunidade e a sociedade civil, e que seja constituída pela igualdade, inclusão, justiça e democracia (Marcondes; Farah; Sierra, 2020).

Uma tese sobre o cuidado nas Américas, investigou a agenda feminista de políticas públicas nos serviços de cuidado no Brasil, Argentina e Uruguai, analisando indicadores de elegibilidade, cobertura e tipo de jornada. A assimetria na variação dos indicadores sugere que os avanços nas políticas públicas estão relacionados ao compromisso com a igualdade de gênero (Marcondes; Farah; Sierra, 2020).

A forma como esse cuidado é ofertado nas sociedades é bastante variável. Em cada sociedade e em diferentes etapas históricas, estabelece-se uma organização social dos cuidados específica, que produz, organiza e distribui os cuidados, e que tem componentes sociais, econômicos, culturais e políticos. A tendência demográfica e social impõe a necessidade de transformar a atual organização do cuidado injusto, desigual, invisibilizado e desvalorizado para estruturação do cuidado como uma necessidade, como uma profissão, como trabalho e principalmente como um direito de todas as pessoas. Exigem respostas do governo, sociedade civil e do setor privado de forma integrada.

No cenário demográfico, social e econômico do Brasil, é impossível impor a sobrecarga da responsabilidade do cuidado, quase que exclusivamente para as mulheres. É possível mudar paradigmas para apoiar e provir o sustento do trabalhador do cuidado para uma sociedade democrática, justa e igualitária. Como ponto de partida, podemos avaliar e comparar a divisão sexual e social da organização do cuidado em países como o Brasil, França e Japão. Estado, mercado, família, organizações, associações, instituições, diferentes configurações dos trabalhadores do cuidado, de diferentes maneiras em cada contexto social (Marcondes; Farah; Sierra, 2020).

No caso da França, as políticas públicas têm um papel central no cuidado com as pessoas idosas, com dependência de cuidados para a manutenção da vida. A alocação personalizada de autonomia reforça o papel dos poderes locais (Conselhos Regionais) e as ONGs para a provisão do cuidado. Estão estruturados para mediar as necessidades dos beneficiários do cuidado e os diferentes atores provedores.

O trabalho voluntário ou filantrópico da França também está estruturado e ativo, há ao menos vinte anos. Quanto ao mercado, constata-se o desenvolvimento de um mercado de trabalho informal, de um lado, e, de outro, o desenvolvimento de estruturas com licença do governo no nível das empresas privadas. Os membros da família que cuidam de familiares pessoas idosas podem receber benefícios sociais. Segundo pesquisas recentes, 16% dos membros da família recebem baixos salários para cuidar das pessoas idosas da família, em domicílio (Marcondes; Farah; Sierra, 2020).

Como na França o mercado assiste os beneficiários do cuidado sob forma de empresas privadas que têm a autorização do governo para operar nesse setor. Importantes fluxos financeiros existem entre o setor público, o mercado e as ONGs por outro. Programas mais recentes como o Acordo de Parceria Econômica (APEJI), assinado em 2007, tenta introduzir a mão de obra de imigrantes no setor do cuidado. “13,6% das pessoas idosas recebem cuidados nas instituições de longa permanência de pessoas idosas e 75% são cuidados pelos membros de sua família. Entre os cuidadores familiares, 75% são do gênero feminino (esposas, filhas, cunhadas, noras)” (Marcondes; Farah; Sierra, 2020).

Esse tipo de medida não tem equivalente no Japão ou no Brasil. Os membros da família fornecem, nesses dois últimos países, trabalho de cuidado não remunerado. No caso japonês, o cuidado com as pessoas idosas é atribuído à família e, em particular, às mulheres no interior das famílias. Assim, o cuidado informal não remunerado tem um papel central. Porém, diferente do Brasil, o setor público japonês tem sido muito ativo na responsabilidade do cuidado nos últimos anos, principalmente após o reconhecimento do direito ao cuidado com a promulgação de um imposto obrigatório para todos os residentes no Japão, com 40 anos ou mais, inclusive os estrangeiros, para financiar o cuidado no envelhecimento. Assim, em caso de necessidade de cuidado, um residente paga 10% dos custos e o governo local paga os 90% restantes (Marcondes; Farah; Sierra, 2020).

No caso brasileiro, são as redes sociais (redes familiares, redes de vizinhança, redes sociais mais amplas) que são centrais na provisão do cuidado. A família é ainda o lugar predominante do cuidado, que é da responsabilidade de seus membros, sobretudo das mulheres, mas também das empregadas domésticas e das diaristas que são recrutadas para as tarefas domésticas, mas também são levadas a cuidar das pessoas idosas e das crianças da família (Marcondes; Farah; Sierra, 2020).

O mercado é um provedor de cuidados para familiares com um maior poder aquisitivo, sobretudo pela oferta de serviços dessas empregadas domésticas, mas também pelas empresas e agências de *Home Care*. O Estado, apesar dos esforços sistemáticos, sobretudo a partir dos anos de 1990, ainda não dispõe de um programa eficaz de cuidado de pessoas idosas (Hirata, 2016).

3.4 Implementação da política do cuidado no brasil

O Projeto de Lei Nº 2797, de 2022, que institui a Política Nacional de Cuidados, foi assinado pelo presidente Lula no dia 03/07/2024, dispõe sobre os serviços socioassistenciais e modifica a Lei nº 8.212, de 21 julho de 1991, e a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. De autoria da Senadora Mara Gabrilli (PSDB/SP), Senador Eduardo Gomes (PL/TO), Senador Flávio Arns (PODEMOS/PR).

O documento reconhece a importância política e socioeconômica do trabalho de cuidar, assegura o cuidado como um direito, promovendo a corresponsabilização entre Estado, setor privado e sociedade neste processo. Dispõe sobre a inclusão

previdenciária e o trabalho dos cuidadores (destinado a assegurar o bem-estar físico, psicológico e social de pessoas em situação de dependência.) de crianças, idosos, pessoas com deficiência e pessoas com doenças raras ou incapacitantes.

Dispõe também sobre a prestação do cuidado preferencialmente pelo poder público, em caráter secundário por relações de parentesco, amizade ou vínculos laborais, com ações governamentais e não-governamentais. Um dos princípios observa a importância de valorizar e amparar financeiramente a prestação do cuidado por particulares (PL, 2022).

No âmbito da assistência social, será criado o Serviço Especializado para Atividades da Vida Diária (SAEAVD) para disponibilização das atividades de cuidado em tempo integral para a população com alto grau de dependência, o Serviço de Apoio Especializado para Atividades Básicas da Vida Diária (SAABVD) e o Serviço Especializado para Atividades da Vida Diária sob Demanda (SAAVDD) para atividades de cuidado de acordo com a necessidade e demanda de serviço para a população com baixo ou moderado grau de dependência (PL, 2022).

O Capítulo V do Projeto de Lei Nº 2797, de 2022, faz referência ao auxílio-cuidado para garantir de um salário-mínimo mensal ao cuidador que comprove exercer, com dedicação exclusiva, atividades destinadas ao bem-estar físico e psicológico de uma pessoa em situação de dependência com quem mantenha vínculo de parentesco ou de amizade (PL, 2022).

O Capítulo VI dispõe sobre a atividade profissional de cuidador com vínculo laboral, no âmbito doméstico ou em instituições de fins lucrativos ou não, que poderá ser desenvolvida nas modalidades de cuidador de pessoa idosa, com doença rara ou incapacitante e outros, concederão flexibilidade de jornada para os trabalhadores responsáveis por cuidados de parentes ou amigos. Podendo ser, mediante acordo escrito individual, dispensado o pagamento de horas extraordinárias, em eventuais compensações de horários, desde que comprovada a necessidade do cuidado, de parente ou amigo, mediante atestado médico.

A jornada de trabalho será de até quarenta e quatro horas semanais (oito horas diárias ou doze horas trabalhadas para trinta e seis horas de descanso). Poderá ser ajustado contrato especial de trabalho com jornada de 24 (vinte e quatro) horas de plantão com 48 (quarenta e oito horas) de repouso. Se excederem às 44 (quarenta e

quatro) serão remuneradas como extraordinárias e aos cuidadores será assegurado, ao menos, um repouso mensal num sábado e num domingo.

A profissão do cuidador não havia sido regulamentada e a população idosa, em muitos casos, precisa do cuidado contínuo por 24 horas, o PL garante que, sempre que for possível e viável, poderá prever um repouso noturno para o cuidador, de 6 (seis) a 8 (oito) horas, remunerado com adicional de 20% (vinte por cento) e não computado no limite de jornada previsto no caput deste artigo. O documento define a profissionalização, os direitos e os deveres do cuidador (PL, 2022).

No texto, os senadores justificam a necessidade de um plano de inclusão previdenciária, com o recolhimento previdenciário com alíquota de 5% (cinco por cento) para pagar o auxílio cuidado e para custear futuros benefícios previdenciários das pessoas que ficam impossibilitadas de trabalhar, em razão da presença de parentes ou amigos, em condições de dependência, aos seus cuidados. Justificam também a necessidade de instituir aos segurados da Previdência Social, com adicional de 25% (vinte e cinco por cento) para os trabalhadores e aposentados receberem uma complementação de renda que os auxilie na manutenção de condições dignas de vida, saúde e segurança (PL, 2022).

O texto foi assinado pelo presidente e encaminhado para o poder Legislativo. Se for aprovado, entrará em vigor de forma progressiva, acredito que será necessário priorizar a garantia do direito ao cuidado para a população idosa, pela condição de fragilidade relacionada ao cuidado e em decorrência da necessidade de justiça social para estes cuidadores familiares que estão invisibilizados e sobrecarregados.

A Senadora Mara Gabrilli diz que o trabalho de cuidador não é um trabalho estritamente doméstico. Envolve conhecimento de práticas de saúde, treinamento, paciência para lidar com pessoas idosas, com deficiência, com doenças raras e com mobilidade reduzida. Cada vez mais essa profissão exigirá profissionalismo. Os autores afirmam que o avanço do humanismo não permite mais o abandono puro e simples dos que necessitam de cuidados. Pessoas cuidadas e pessoas que cuidam devem ser apoiadas, de todas as formas, pelo Estado e pela sociedade (PL, 2022).

3.5 O papel do estado, família e setor privado

O código Civil, a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto do Idoso assegura ser de responsabilidade do estado, da família e de toda a sociedade, garantir os direitos fundamentais para uma vida digna para o idoso. Dados do Disque Direitos Humanos registram que 68,7% dos idosos são expostos a violações por negligência, 59,3% são vítimas de violência psicológica, 40,1% são vítimas de abuso financeiro e 34% são expostos à violência física. 9 milhões de idosos são responsáveis pelo sustento da família onde a única renda é a aposentadoria recebida pelo estado (Silva; Machado, 2020).

Um estudo com uma visão bem patriarcal, afirma que a família deve proteger dignidade do familiar idoso, no convívio familiar sadio, orientado pelo amor e cuidado. (Pina, 2026). A sociedade impõe o cuidado para as mulheres como uma questão afetiva, que existe quando as relações familiares são sadias. Mas precisamos pensar em quem cuida e quem garante os direitos do cuidador. Mulheres que precisam sair de casa para assegurar o sustento familiar são comumente acusadas de negligência, abandono, maus tratos, passando a ter uma visão negativa na sociedade.

Na prática, este cuidado é exercido, muito frequentemente por mulheres sem remuneração, enquanto os homens buscam o sustento familiar. Mulheres que são chefes de família, se veem no dever de cuidar, privadas de direitos e sobre carregadas. Na nova estrutura familiar e demográfica, é cada vez mais necessário a inserção da mulher no mercado de trabalho. Para se manter no mercado de trabalho, faz-se necessário então buscar uma rede de apoio pública ou privada.

Apesar do envelhecimento populacional, os serviços de apoio para o cuidado, é cada vez mais escasso em decorrência de diversos fatores que dificultam o acesso a um serviço público pela escassez de instituições que são insuficientes para atender a demanda e ao serviço privado pelos altos custo. Precisamos entender e buscar meios para reestruturar essa corresponsabilidade no cuidado para a população idosa com dependência.

3.6 A humaniza home

A Humaniza Home é o nome fantasia da T C Bezerra de Oliveira LTDA, uma Microempresa constituída como uma sociedade limitada unipessoal, conforme lei nº

123 de 14/12/2006, parágrafo único do artigo 1052 do código Civil e segunda clausula da Instrução Normativa DREI nº 63de 11 de junho de 2019. A empresa iniciou as atividades de prestação de serviços de cuidado na cidade de Itabuna em 21 de janeiro de 2020 e hoje tem Clientes em três municípios da Bahia, Itabuna, Ilhéus e Salvador.

Desde sua criação, vem buscando novas formas de garantir o acesso ao cuidado humanizado a pessoa idosa e garantir segurança e qualidade de vida para a família e para os profissionais do cuidado. Buscamos formas de remunerar os profissionais de acordo com as leis trabalhistas e com as particularidades que determinam a necessidade de um olhar diferenciado para a população idosa que requer o cuidado contínuo.

A Humaniza Home é uma empresa que foi aberta em 21 de janeiro de 2020 com o objetivo de capacitar e fornecer serviços ao paciente idoso no seu domicílio. A Sociedade tem por objeto social, a atividade de prestação de serviço para população idosa com dependência ida diária e para realização das atividades de vida e apoio para o cuidador familiar no seu domicílio (CNAE 8712-3/00) e promover cursos e treinamento para os trabalhadores do cuidador remunerado ou não remunerado (CNAE 8599-6/04).

Tem como missão fazer a diferença no cuidar do envelhecimento e suporte técnico, treinamentos e capacitações às equipes que atuam no cuidado. O programa de apoio ao cuidador aborda a dimensão assistencial, com ação direta e a dimensão técnico-pedagógica, com ações de apoio educativo que auxilia a equipe de referência na execução do cuidado individual. O curso de cuidador já capacitou 243 pessoas, cuidadores familiares e profissionais, com o objetivo de trocar conhecimentos específicos sobre o envelhecimento e particularidades da assistência para as pessoas idosas, esclarecer dúvidas, oferecer suporte e apoio para o cuidado. De 2020 a 2023 os cursos eram on-line em função da pandemia de COVID 19.

Desde o início das atividades, a empresa prestou assistência para 42 pessoas idosas no período de julho de 2020 a julho de 2024. São idosos frágeis, restritos ao leito, com pouca ou nenhuma mobilidade. O serviço é contratado pela família, quando não existe a possibilidade de os familiares realizarem o cuidado.

A instituição Humaniza Home fornece o cenário propício para analisar os desafios da economia do cuidado familiar de pessoas idosas acompanhadas pelo

setor privado e comparar com o que é preconizado nas políticas públicas para propor ações que viabilize a corresponsabilidade. Para organizar é necessário entender este processo que possibilitará uma linha efetiva e sustentável que rompe com a fragmentação do cuidado e prejudica a integralidade da atenção, predispondo a riscos sociais e econômicos (Cavalheiro, 2009).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo tem uma abordagem quantitativa e natureza aplicada, por registrar e analisar dados numéricos relacionados à comportamentos, configuração ideológica e socioeconômica dos indivíduos envolvidos no trabalho do cuidado para familiares acompanhados pela Humaniza Home, no intuito de conhecer os principais problemas enfrentados pela população que tem acesso a prestação de serviço pelo setor privado e apontar ações para corresponsabilização e apoio interinstitucional (HAIR,2009).

Foi estruturado um instrumento de pesquisa, baseado no método de Babbie (2001), no qual foram desenvolvidas questões sobre Sustentabilidade e o Nível de Conhecimento e percepção dos cuidadores sobre a economia do cuidado. Durante os procedimentos de produção de dados captados pela interlocução direta com os familiares, pelo Levantamento de dados (Survey) para conhecer o comportamento através de questionário (APÊNDICE 1).

A vantagem deste levantamento e quantificação de dados para o conhecimento direto da realidade com rapidez e as principais limitações está relacionado a pouca profundidade no estudo da estrutura e dos processos sociais. Tendo em vista as vantagens e as limitações apresentadas, podemos dizer que os levantamentos são adequados para estudos descritivos (Prodanov, 2013).

A população escolhida é o cuidador que é responsável pela pessoa idosa com dependência e precisou recorrer a prestação de serviços de uma empresa privada durante o período de janeiro de 2020 a junho de 2024, para garantir a sobrevivência da pessoa com quem tem vínculo de parentesco ou de amizade. A empresa teve no período 42 clientes, para os quais foi enviado o link do questionário por meio eletrônico (WhatsApp ou e-mail) com o convite para participar da pesquisa. Foi utilizada uma amostra não probabilística e o cálculo estatístico do tamanho da amostra mínima da população pesquisada pelo software G*Power de Faul, Erdfelder, Buchner e Lang (Faul, 2009), em sua versão 3.1.9.3. A amostra mínima calculada para a pesquisa é de 12 casos, recebemos 13 respostas, um retorno de 30,95% (Cooper, 2016).

O Instrumento de coleta foi desenvolvido em formulário eletrônico na plataforma Google Forms com as principais questões que envolvem a economia do cuidado para a população idosa. Foi realizado um pré-teste com 05 clientes e com 05

colegas do curso do mestrado para observar o nível de entendimento das questões, tempo de resposta e necessidade de alteração.

Dos 05 colegas do curso do mestrado que fizeram o pré-teste, 03 fizeram algumas observações para melhorar o entendimento sobre as perguntas do questionário e estas questões foram retificadas antes de enviar para o pré-teste com os clientes. Não houve alterações no questionário com na participação dos clientes, as respostas foram incorporadas ao resultado final, integrando a amostra.

A pesquisa está dividida em duas fases, a exploratória e a descritiva. É importante ressaltar que ao estabelecer duas fases não implicará em finalizar uma para que possa iniciar a outra, ambas as fases podem ser desenvolvidas concomitantemente. A fase exploratória com pesquisa de campo para captar informações disponibilizadas diretamente com familiares de pessoas idosas.

O instrumento de coleta de dados foi estruturado com questões sobre vínculo, sustentabilidade, nível de conhecimento, rede de apoio, segurança, corresponsabilidade e ideologia, que serão avaliadas em medida de razão com base 100 para expressar a proporção ou razão entre o valor total e o valor da fração ou parte do todo obtida no estudo comparativo. As dificuldades relacionadas ao cuidado e sugestões para resolução de problemas, em cada uma das variáveis será avaliada em uma escala de 0 a 20 pontos para ser utilizadas em análises estatísticas (Cooper, 2016).

De acordo com Santos e Lima (2015, p. 29), os “procedimentos de coleta são os métodos práticos utilizados para juntar as informações necessárias à construção dos raciocínios”. Inicialmente vamos partir da investigação dos desafios e dificuldades encontrados pelos cuidadores na instituição para extrair conclusões ampliáveis aos demais cuidadores.

Segundo Gil (2008, p. 55), “os levantamentos por amostragem desfrutam hoje de grande popularidade entre os pesquisadores sociais, a ponto de muitas pessoas chegarem mesmo a considerar pesquisa e levantamento social a mesma coisa”. Na fase descritiva serão elencadas as dificuldades segundo as fontes de dados e principais ameaças que envolvem o cuidado, para traçar soluções para superar os principais desafios e descrever as oportunidades para a solução dos problemas em um e-book resultante da pesquisa aprofundada com dados e aporte de conteúdo para

consulta e possivelmente contribuir para subsidiar a elaboração da Política e Plano Estadual e Nacional de Cuidados.

Segundo Figueiredo (2009, p. 99), o estudo descritivo tem como objetivo buscar dados para aprofundar a descrição de determinadas realidades, a qual possibilite que os objetivos atingidos, permitam a formulação de hipóteses, para o encaminhamento de outras pesquisas. Nesse tipo de estudo os resultados alcançados são válidos para a organização estudada.

Levando em consideração as fases de uma pesquisa proposta por Lopes (2005), pode-se dizer que a pesquisa terá três etapas que estarão relacionadas ao alcance dos objetivos específicos desta pesquisa exploratória para definição do problema, hipóteses e da dimensão do dispositivo de análise. Descrição e revisão da dimensão de análise descritiva e interpretativa. Conclusão e verificação das hipóteses para elaboração do e-book com informações sobre a percepção do cuidado pelos usuários da rede privada de oferta do cuidado para a população idosa.

As duas primeiras etapas fazem parte da fase exploratória e a última etapa contempla a fase descritiva conforme descrição abaixo.

4.1 Quadro metodológico

Quadro 1 – Quadro metodológico das etapas da pesquisa

OBJETIVO ESPECÍFICO	FONTE DE DADOS	TÉCNICA DE COLETA e MÉTODO DE ANÁLISE	REFERÊNCIAS
<p>Fase: Exploratória</p> <p>Etapa 1. Investigar a ideologia e economia do cuidado na Humaniza Home.</p>	Cuidadores Família	<p>Levantamento (survey)</p> <p>Questionário com roteiro estruturado para coleta e verificação dos dados</p> <p>Quantitativa</p>	<p>PRODANOV,2013</p> <p>BABBIE, 1999</p>

Fase: Exploratória Etapa 2. Identificar dificuldades, desafios, oportunidades e rede de apoio para corresponsabilidade no cuidado para pessoa idosa.	Cuidadores Família	Análise e interpretação dos dados Quantitativa	PRODANOV,2013
Fase: Descritiva Etapa 3. Disponibilizar um e-book com a percepção da economia do cuidado na rede privada.	Pesquisa de Campo	Descrição de conteúdo Análise e interpretação dos resultados Quantitativa – Gráficos	PRODANOV,2013 SEVERINO, 2017.

Fonte: Elaboração própria (2024)

4.2 Etapas da pesquisa

4.2.1 Etapa 1 - Investigar a ideologia e economia do cuidado na Humaniza Home

A primeira etapa da fase exploratória da pesquisa, parte da captação dos participantes. Desde que iniciou as atividades a empresa prestou serviço para 42 pessoas. Foram enviados convites para os cuidadores familiares de pessoas idosas que contrataram a empresa Humaniza Home para prestar serviços de cuidados para a pessoa idosa no período de janeiro de 2020 a julho de 2024. Na abordagem inicial foi explicado o objetivo da pesquisa, sobre o termo de consentimento e o questionário (APÊNDICE 1). O participante poderia se negar ou desistir da participação em qualquer momento. Durante todas as etapas da pesquisa, foi garantindo o sigilo e prevenção de riscos conforme resolução 466/12.

Para os cuidadores familiares que concordaram em participar da pesquisa, foi enviado um convite formal via e-mail ou mensagem pelo WhatsApp, para preencher o questionário em formulário on-line, através de um link de acesso (<https://forms.gle/MTKMXUmFCehtSte16>). Aplicado o questionário no período de 20

de julho de 2024 a 30 de julho de 2024. O tempo de resposta do questionário tem a variação média de 10 a 15 minutos por participante. Dos 42 clientes da empresa, foram recebidas 13 respostas (31%) enviadas pelos responsáveis familiares das pessoas idosas.

Este estudo tem uma abordagem quantitativa por levantamento de dados (Survey) através do questionário estruturado com 20 questões. Os dados foram exportados para uma planilha do Excel, um recurso oferecido pela plataforma Google, sendo as que as variáveis relacionadas as questões ficaram nas colunas e os 13 participantes nas linhas. As variáveis relacionadas as questões e respostas estão relacionadas no APÊNDICE 1.

De acordo com os objetivos, foi aplicado o tratamento estatístico multivariado dos dados, conhecido como Modelagem de Equações Estruturais (MEE) para explicar as relações entre as variáveis dependentes e independentes. O Modelo de Mensuração para a identificação de um modelo inicial com constructos e indicadores. Avaliação reflexiva com confiabilidade do indicador maior que 0,7 (Hair, 2009).

Os critérios de Inclusão estão relacionados aos familiares que necessitam recorrer a serviços privados de prestação do serviço do cuidado para a pessoa idosa. Foram excluídos serviços contratados para pessoas com dependência de cuidados por outras limitações não relacionadas a idade. A pesquisa foi realizada com todos os cuidadores, responsáveis pela população idosa, que aceitarem participar da pesquisa. De acordo com Santos; Lima (2015, p.26), explorar “visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno” que venha a favorecer a construção de uma prática dialógica em pesquisa que possibilite o exercício de pensar compartilhado para favorecer condições de reflexão com usuários que recorrem ao setor privado para acesso ao cuidado da pessoa Idosa.

A abordagem exploratória permitiu uma maior familiaridade com o contexto do cuidado no serviço privado, buscando tornar os fatores que interferem na qualidade de vida do cuidador familiar explícito e claro. Em um primeiro momento foi realizado um levantamento bibliográfico, com livros e artigos estudados onde os principais embasamentos foram dos autores como Helena Hirata e Nadya Guimarães para o embasamento teórico para o desenvolvimento deste trabalho e identificar experiências

nacionais e internacionais sobre políticas públicas pautadas em boas práticas na economia do cuidado.

As perguntas do questionário estruturado (APÊNDICE 1) permitirão que o próprio cuidador consiga visualizar as dificuldades e desafios para corresponsabilidade compartilhada pelas diversas instituições no cuidado de uma forma mais clara e explícita. Vamos explorar como vem sendo organizado a situação social do cuidado para o idoso dependente na Bahia, para a população que recorre ao setor privado, pesquisar o uso do tempo dedicado ao trabalho remunerado e não remunerado, ideias, opiniões, situações e dificuldades do cotidiano cujos limites ainda não sejam claramente definidos.

A pesquisa será pautada no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; e relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos. Garantimos o sigilo das informações e proteção dos participantes. Os autores que contribuíram para pensar essa metodologia participativa, os quais foram Méllo et al. (2007), Afonso e Abade (2008). Desse modo, procurando trabalhar com a reflexão e o diálogo, a partir das questões de pesquisa e das experiências e do referencial dos autores.

4.2.2 Etapa 2 - Identificar dificuldades, desafios, oportunidades e rede de apoio para corresponsabilidade no cuidado para pessoa idosa

Nessa segunda etapa, será realizada a consolidação dos dados através da análise do conteúdo (respostas em questionário) da pesquisa aprofundada e interpretação das evidências para diagnosticar a organização social e econômica do cuidado oferecido às pessoas idosas acompanhadas pela Humaniza Home, buscando contribuir para corresponsabilidade institucional e igualdade de gênero.

As informações coletadas serão consolidadas e analisadas segundo categorias pré-definidas e agregadas em planilhas do Excel para construção de gráficos e tabelas informativas, exercendo o sigilo do entrevistado. Quem são os responsáveis familiares acompanhados pela Humaniza? De quem eles cuidam e por que cuidam? Quantas horas por dia são dedicadas ao cuidado sem remuneração? Percepção da necessidade de um trabalho remunerado e da sobrecarga do trabalho. Divisão da

responsabilidade do cuidado com outros membros da família, rede de apoio, sustento da família, sensação de valorização, principais dificuldades e desafios para melhorar as condições de vida do cuidador.

Neste momento vamos analisar e interpretar os resultados da pesquisa para levantar informações fornecidas pelo estudo e identificar soluções para os problemas que envolvem o cuidado e sugerir novas configurações sociais e políticas baseadas na observação e estudo científico da economia do cuidado para valorização do cuidador do idoso domiciliado. O objetivo é definir a hipótese e dar subsídios para a constituição da tecnologia de gestão Social partindo do diagnóstico da situação social dos cuidadores de pessoas idosas acompanhados pela Humaniza Home.

4.2.3 Etapa 3 - Disponibilizar um e-book com a percepção da economia do cuidado na rede privada

A fase descritiva que corresponde a terceira e última etapa da pesquisa tem como ponto de partida explorar as conclusões e estruturar inferências a partir dos resultados. Apontar as múltiplas dimensões que envolvem o trabalho do cuidado na rede privada para buscar alternativas para garantir direitos e justiça social para combater a invisibilidade e as desigualdades de gênero no cuidado e desenvolver uma tecnologia para avaliação de elegibilidade para intervenção interinstitucional no cuidado sob a perspectiva de cuidadores familiares que precisam recorrer ao serviço suplementar.

Finalizando por explicar variáveis causais de acontecimentos ou fenômenos deste levantamento para estruturar o produto da pesquisa, uma Tecnologia de Gestão Social (TGS) em formato de um e-book, com as conclusões das informações sobre a percepção do cuidado pelos usuários da rede privada. A percepção de oferta de o cuidado suplementar para a população idosa, produzido com uma proposta de integração e intervenção dos diversos setores envolvidos na oferta do cuidado para pessoa idosa com dependência, o conteúdo poderá ser acessado pelo computador e outros equipamentos como smartphone em formato digital.

Esta ferramenta será disponibilizada e acessada para contribuir para o desenvolvimento de soluções para governança e gestão social relacionada aos atores sociais na busca de soluções para o enfrentamento de problemas relacionados a economia do cuidado. Será possível promover o desenvolvimento da prática

profissional ativa, possibilitando o autodesenvolvimento do pesquisador por meio da aprendizagem de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas à gestão social do desenvolvimento territorial.

Vamos correlacionar problemas sociais enfrentados pelos cuidadores das pessoas idosas acompanhadas pela Humaniza Home, pautados na participação social e a TGS vem trazendo uma proposta de integração e intervenção da oferta do cuidado para o idoso dependente, visando à corresponsabilidade interinstitucional (família, estado setor privado e sociedade).

O e-book em formato PDF para os cuidadores responsáveis pela pessoa idosa, com propostas para valorização, segurança e a qualidade de vida do cuidador, pautado na igualdade de gênero e equidade. Serão criados posts falando sobre o tema do e-book, com anúncios nas redes sociais e parcerias com sites. O e-book será disponibilizado no repositório da UFBA, e ficará à disposição de leitores para mudança de paradigmas e construção da oferta de cuidado com segurança e justiça social.

5 A TECNOLOGIA DE GESTÃO SOCIAL DO DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL (TGS.DT)

A Tecnologia de Gestão Social (TGS) consiste em um e-book que descreve os principais problemas enfrentados por cuidadores que recorrem à assistência privada para garantir o cuidado dos seus familiares idosos. Traz soluções para viabilizar a mudança de paradigmas relacionados à atribuição injusta da responsabilidade do cuidado como uma função exclusiva das mulheres. A pesquisa mostra a necessidade de dividir a responsabilidade do cuidado com todos os membros familiares, independente de gênero, mas, para que isso seja possível é importante oferecer o conhecimento necessário para segurança e conforto nesta divisão de tarefas.

O estudo mostra que estas mulheres que cuidam da população idosa com limitações, estão cansadas e sobre carregadas, 46,2% dos participantes da pesquisa propõem garantir o direito ao descanso para o Cuidador Familiar principal. Quando avaliamos a percepção sobre a segurança no trabalho do cuidado, constatamos que 61,5 % dos cuidadores sentem inseguros para prestar esse cuidado e 30,8% dos participantes afirmam ser importante garantir o conhecimento sobre o cuidado para reduzir riscos.

No código de ética dos profissionais da enfermagem, regulamenta os deveres inerentes a ocupação, no Art. 17 afirma que é de responsabilidade dos enfermeiros prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências.

É um direito da profissão realizar atividades de ensino e pesquisa, respeitadas as normas ético-legais. A Enfermagem, como profissão, foi regulamentada pela Lei nº 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.406/1987, tendo como objeto de ação o cuidado aos usuários na promoção, prevenção e recuperação do ser humano em todas as etapas do ciclo de vida. Cabe ao profissional colocar em prática todos os meios adequados no cuidado integral ao usuário, família e coletividade.

A preocupação referente à falta do conhecimento sobre o cuidado por parte de outros familiares que não é o cuidador principal, também foi mencionada por 03 participantes no campo observação do questionário (APÊNDICE 1). Concluímos assim que para que seja possível a corresponsabilidade no Cuidado é importante fornecer conhecimento de forma fácil, segura e rápida, para que todas as pessoas consigam realizar este cuidado com segurança.

Durante a aplicação do questionário, foi possível perceber o impacto do estudo nos participantes e vê-los despertar para a própria condição de sobrecarga e vulnerabilidade, estes começaram a pensar em novas formas mais justa e confortável de ofertar este cuidado para o seu familiar. Passaram a pensar e compartilhar estratégias de como solucionar estes problemas em seu núcleo familiar.

Partindo da percepção, discussão e contribuições, foi criado o “E-book - Corresponsabilidade no cuidado para a pessoa idosa (APÊNDICE 2). Nesta produção feita pelos cuidadores, foram contempladas no processo de desenvolvimento da TGS.DT informações básicas sobre como cuidar de forma simples e segura, em um GUIA DO CUIDADOR (APÊNDICE 2) para garantir a divisão de responsabilidades independente de conhecimentos prévios e/ou gênero.

Figura 1 – Capa e Sumário do Ebook “Corresponsabilidade no cuidado para a pessoas idosa”



**CORRESPONSABILIDADE
NO CUIDADO PARA A
PESSOA IDOSA**

TATIANA CARLA
BEZERRA DE OLIVEIRA

SUMÁRIO

Capítulo 1
Economia do Cuidado, Contexto e Conceitos
Diagnóstico Humaniza Home

Capítulo 2
Dificuldades para Corresponsabilidade

Capítulo 3
Soluções para Corresponsabilidade
Como Cuidar da pessoa Idosa
Guia do Cuidado

- Módulo 1 – Envelhecimento
- Módulo 2 – Doenças
- Módulo 3 – Cuidados com Idosos
- Módulo 4 – Primeiros Socorros
- Módulo 5 – Medicções
- Módulo 6 – Alimentação
- Módulo 7 – Qualidade de Vida
- Módulo 8 – Cuidados Paliativos e Morte
- Módulo 9 – Vivencia Prática (Plano de Cuidado)

Fonte: Elaboração própria (2024)

O e-book foi estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo, estará um breve relato dos principais conceitos relacionados à economia do cuidado e o diagnóstico realizado na pesquisa com os cuidadores. No segundo capítulo as principais dificuldades enfrentadas por estes cuidadores e por fim, o terceiro capítulo

que oferece soluções para os problemas apontados, no intuito de garantir a corresponsabilidade social e qualidade de vida para a população idosa e seus cuidadores.

Como os cuidadores familiares, durante a pesquisa, relataram sentimento de insegurança para compartilhar a responsabilidade do cuidado por falta de conhecimento sobre o envelhecimento e o cuidado pelos outros familiares, disponibilizamos todas as informações necessárias de como cuidar de uma pessoa idosa com dependência.

O Guia do cuidador, no capítulo 3 (APÊNDICE 2) é composto por 09 módulos, o primeiro módulo fala sobre o processo natural e o processo patológico do envelhecimento. Informações relevantes nesta fase da vida, em que o conhecimento é essencial para garantir a segurança no cuidado para a população mais frágil da nossa sociedade, compartilhadas de forma simples e de fácil acesso.

O segundo módulo faz um breve relato sobre os cuidados necessários para as principais doenças que acometem a pessoa idosa. O terceiro módulo fala sobre os cuidados com higiene, hidratação, alimentação, lazer e outras atividades e procedimentos necessários para esta população.

O guia traz noções de primeiros socorros diante de intercorrências e complicações. Cuidados com a alimentação e medicações. O Módulo 7 fala sobre a importância e como é possível promover a qualidade de vida da pessoa idosa domiciliada. O Módulo 08 fala sobre a finitude humana, as fases do luto e as fases que antecedem a morte. Como promover o conforto e como cuidar de quem está morrendo.

O último módulo aborda questões práticas do cuidado e um modelo de plano de cuidado para ajudar familiares sobre a rotina diária da pessoa idosa. Este plano é de extrema importância para que o cuidador familiar principal consiga sentir-se confortável ao se ausentar para descansar ou trabalhar enquanto divide a responsabilidade do cuidado com outros familiares. No Plano é possível colocar os horários da alimentação, lazer, higiene e medicações conforme prescrição médica (APÊNDICE 2).

Cabe ao Enfermeiro realizar diagnóstico e prescrição terapêutica de patologias, para as quais as evidências dos sinais e dos sintomas não deixam dúvidas quanto ao diagnóstico e tratamento, normatizados pelo Ministério da Saúde, através de Manuais,

Protocolos e outros documentos oficiais, e se encontram perfeitamente respaldados pela Lei do Exercício Profissional.

Este material foi elaborado por profissional com competência técnica para prestar orientações sobre o cuidado para a pessoa idosa conforme descrito a seguir:

1999 - Graduação em Enfermagem – Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC

2002 – Livre-docência - Sociedade Educativa do Brasil, SOEBRAS, Brasil

2002 – Curso de curta duração em Capacitação Pedagógica PROFAE

2003 - MBA em Educação Profissional na área de saúde. (Carga horária: 660h). Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio De Janeiro, Brasil

2003 - Especialização em Saúde Pública. Universidade Estácio de Sá, UNESA, Rio De Janeiro, Brasil

2004 - Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, Brasil.

2008 - Especialização em Gestão de Planos de Saúde. Universidade Anhanguera - UNIDERP, Campo Grande, Brasil.

2015 - Especialização em PROFAM - Atenção Primaria. Ministério de Educación de la Nación Argentina, ME, Buenos Aires, Argentina.

2020 - Especialização em Cuidados Paliativos. Faculdade Unyleya, FU, Brasil.

2022 – Especialização em GERIATRIA E GERONTOLOGIA. UNIFAVENI, Guarulhos, Brasil.

2024 - Mestrado em Mestrado em Gestão Social. Universidade Federal da Bahia, UFBA, Salvador, Brasil.

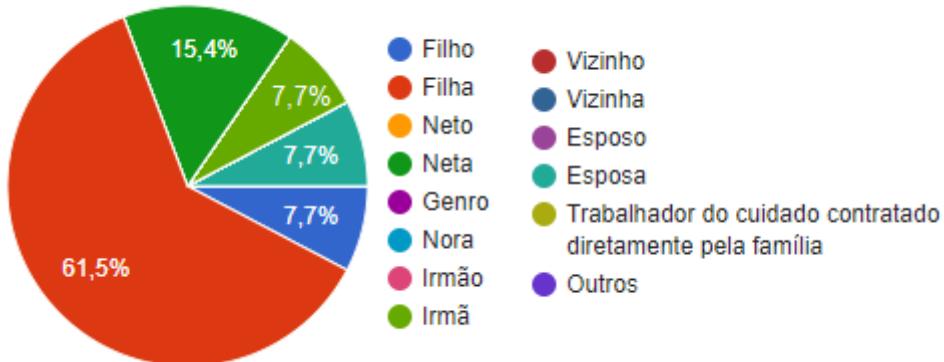
O e-book será disponibilizado em formato PDF no repositório da UFBA e para os cuidadores responsáveis pela pessoa idosa. A aplicabilidade está relacionada à efetividade na divisão do cuidado, na mudança de paradigmas de gênero e institucional, na possibilidade de ver a assistência para a pessoa idosa como responsabilidade de todos para que seja compartilhada de forma justa. A TGS está direcionada aos cuidadores familiares responsáveis pela pessoa idosa e todos os atores sociais relacionados a oferta do cuidado.

6 DISCUSSÕES E ANÁLISES DOS RESULTADOS

Por meio de um levantamento de dados (survey), foram obtidas 13 respostas até o dia 31/07/2024, avaliamos questões relacionadas ao vínculo, sustentabilidade, econômica, gênero, percepção de sobrecarga e valorização do tempo dedicado a responsabilidade do cuidado ofertado a pessoa idosa com dependência. Avaliamos também as principais dificuldades e soluções para corresponsabilidade no cuidado restado a população idosa sob o ponto de vista de famílias que recorrem ao setor privado para garantir a sobrevivência do seu ente querido. Os resultados serão demonstrados nos gráficos descritos a seguir:

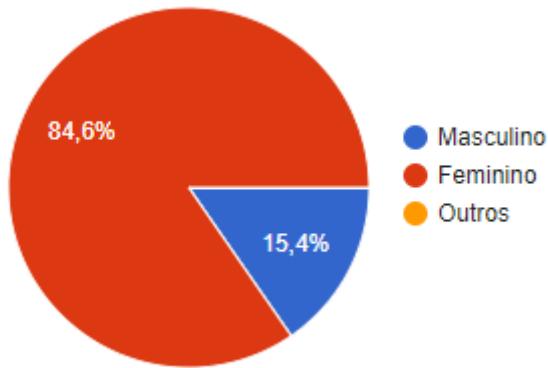
Na busca de conhecimentos sobre o vínculo do Responsável familiar com a pessoa idosa com dependência, 61,5% (8 respostas) são filhas, 15,4% (2 respostas) são netas, e irmã, esposa e filho tiveram apenas 01 resposta de cada, que correspondem a 7,7%, conforme Gráfico 1.

Gráfico 2 – Vínculo do cuidador com a pessoa idosa



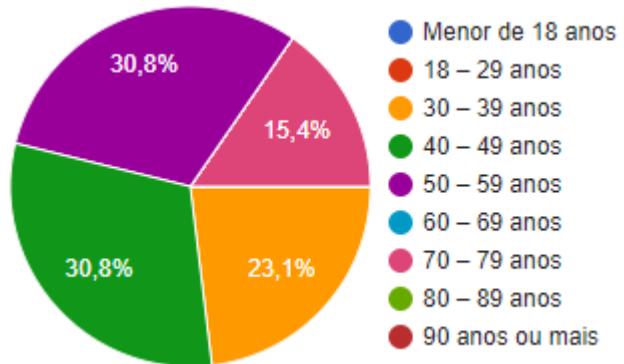
Fonte: Dados da pesquisa (2024).

O gráfico 2 mostra que 84,6% dos participantes são do gênero feminino e 15,4% são do masculino. Confirmado a predominância das mulheres na responsabilidade do cuidado, também no setor privado.

Gráfico 3 – Gênero do Cuidador familiar

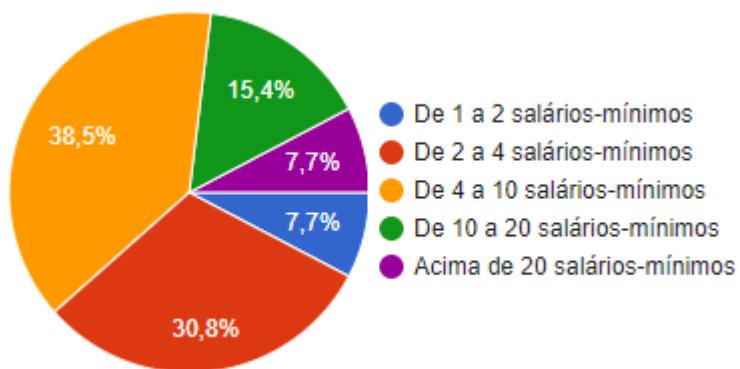
Fonte: Dados da pesquisa (2024).

A faixa etária vem se mantendo em torno dos 30 a 79 anos. 23,13% com idade entre 30 e 39 anos, 30,8% com idade entre 40 e 49 anos, 30,8% com idade entre 50 e 59 anos e 15,4% com idade entre 70 e 79 anos, conforme gráfico 3.

Gráfico 4 – Idade do Cuidador familiar

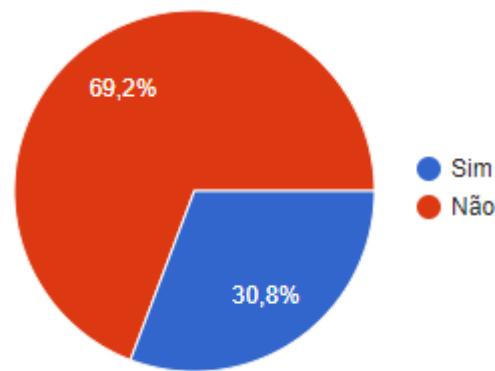
Fonte: Dados da pesquisa (2024).

A Renda mensal mais significativa de quem procura o serviço privado para acesso ao cuidado para a população idosa esteve entre 4 e 10 salários-mínimos, que corresponde a 38,5% dos entrevistados. Entre 2 e 4 salários-mínimos foram 30,8%, de 10 e 20 salários-mínimos são 15,4% e 1 e 2 salários-mínimos e acima de 20 salários foram apenas 01 resposta para cada, o que corresponde a 7,7%, conforme gráfico 4.

Gráfico 5 – Renda Familiar Mensal

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

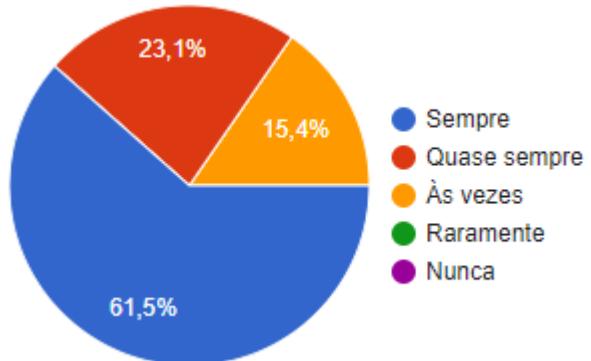
No estudo sobre sustentabilidade, o gráfico 5 mostra que 69,2% dos cuidadores afirmaram que a renda familiar não é suficiente para manter os custos com os cuidados necessários para a pessoa idosa dependente de cuidados.

Gráfico 6 – Renda familiar e sustentabilidade

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Para 61,5% dos participantes, a sustentabilidade é uma preocupação constante. 23,1% dos cuidadores preocupam-se quase sempre e 15,4% referem que às vezes costuma se preocupar com o sustento familiar conforme gráfico 6.

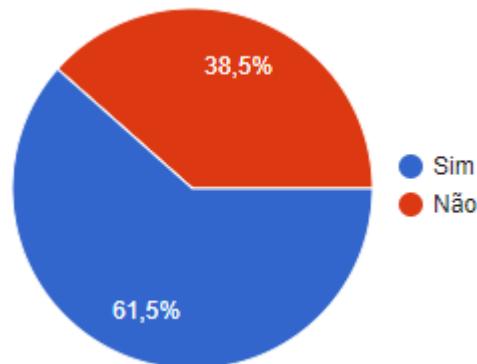
Gráfico 7 – Preocupação sobre a Sustentabilidade Familiar



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

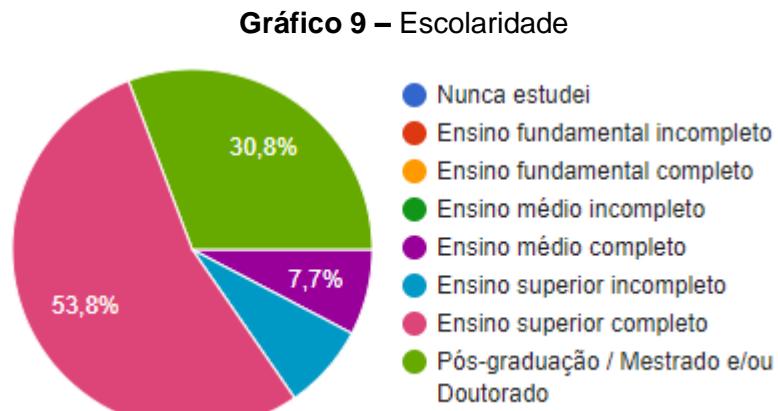
Nenhum dos cuidadores familiares da pesquisa realizam o cuidado de forma remunerada, 61,5% sentem necessidade de uma ocupação remunerada, conforme gráfico 7.

Gráfico 8 – Necessidade pelo cuidador de uma ocupação remunerada



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

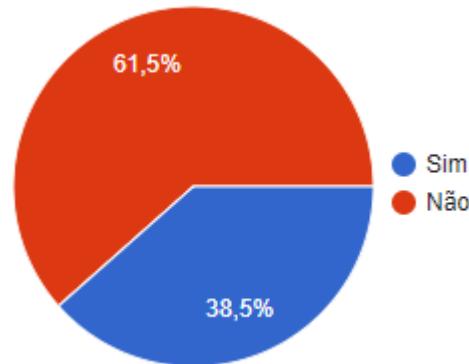
Mais da metade dos familiares tem ensino superior completo (53,8%) e 30,8% têm pós-graduação, mestrado ou doutorado, 01 cuidador familiar tem ensino médio completo e 01 cuidador tem ensino superior incompleto, o que corresponde a 7,7% cada, conforme gráfico 8.



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Ao avaliar a percepção de segurança relacionada ao trabalho do cuidado, o gráfico 9 nos mostra que 61,5 % não se sentem seguros para prestar esse cuidado.

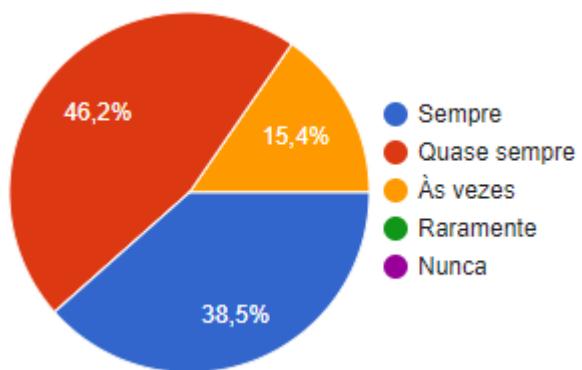
Gráfico 10 – Percepção de segurança para cuidar da Pessoa Idosa



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Para entender a configuração social do cuidado buscou-se entender sobre a sobrecarga e divisão da responsabilidade do cuidado para a pessoa idosa com os diversos membros do núcleo familiar e outros vínculos. 38,5 % dos participantes sentem-se sobrecarregados constantemente, 46,2 % afirmaram estar sentindo-se sobrecarregados quase sempre e apenas 15,4% afirmaram que às vezes sentem-se sobrecarregados com a responsabilidade do cuidado para a pessoa idosa (Gráfico 10).

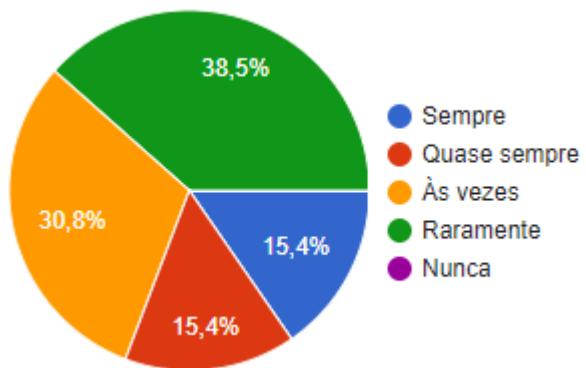
Gráfico 11 – Percepção de sobrecarga de trabalho com o cuidado para a Pessoa Idosa



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Muitos destes cuidadores, 38,5% raramente dividem essa responsabilidade do cuidado, 30,8% informaram que algumas vezes dividem essa responsabilidade com outros familiares, 15,4% quase sempre compartilham esta responsabilidade e 15,4% sempre compartilham esta responsabilidade com outros membros familiares (Gráfico 11).

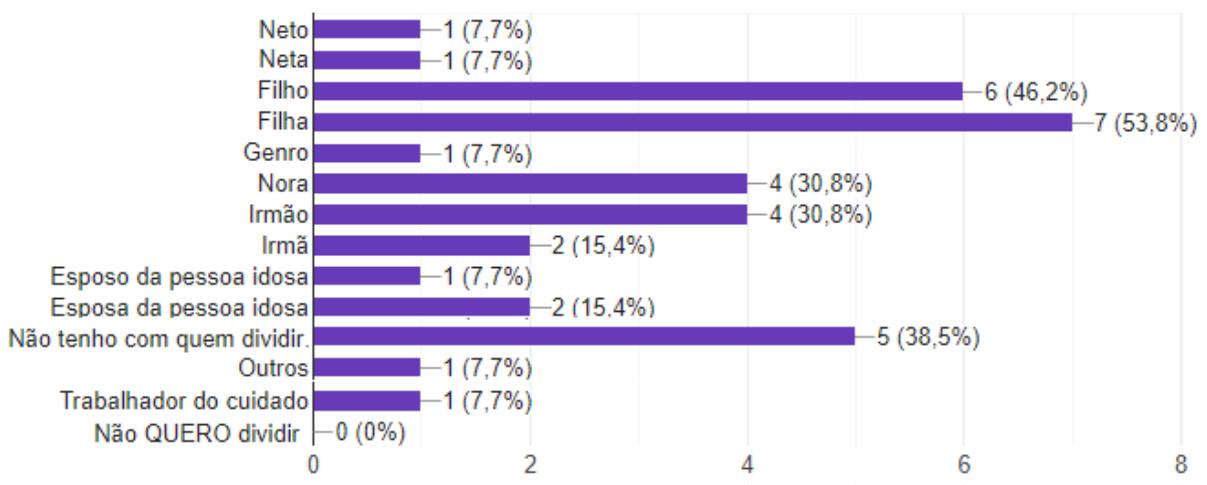
Gráfico 12 – Divisão do trabalho do cuidado para a Pessoa Idosa com familiares



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

05 participantes (38,5%) relataram não ter com quem dividir a responsabilidade relacionada ao cuidado para a pessoa idosa, 61,5% poderiam dividir a responsabilidade do cuidado com outros familiares. As filhas e filhos da pessoa idosa são os familiares mais mencionados referente a possibilidade de apoiar no cuidado (Gráfico 12).

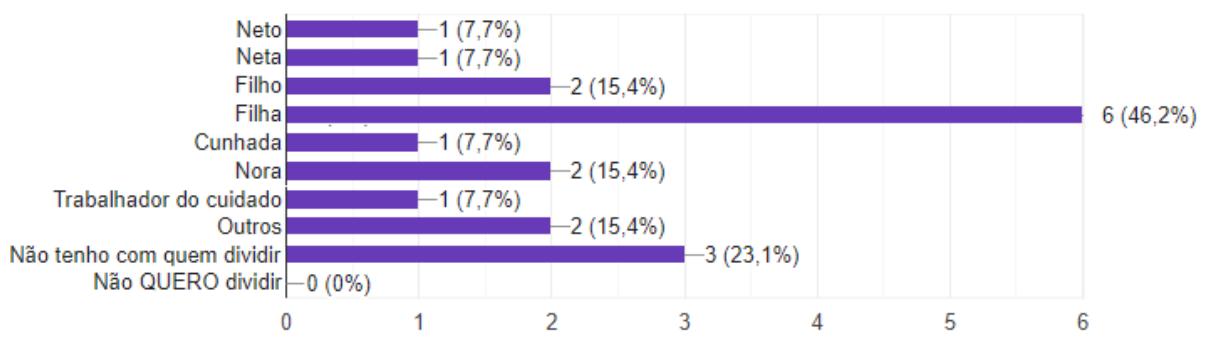
Gráfico 13 – Familiares que poderiam dividir a responsabilidade do cuidado



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

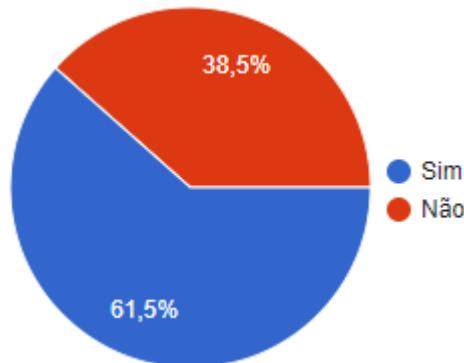
O Gráfico 13 deixa claro que as filhas desta população idosa, estão mais presentes na divisão da responsabilidade do cuidado (46,2%), o que demonstra que o cuidado no setor privado também é realizado, predominantemente pelas mulheres. 23,1% dos participantes não teriam como buscar apoio com outros familiares para garantir a oferta do cuidado.

Gráfico 14 – Familiares que dividem a responsabilidade do cuidado



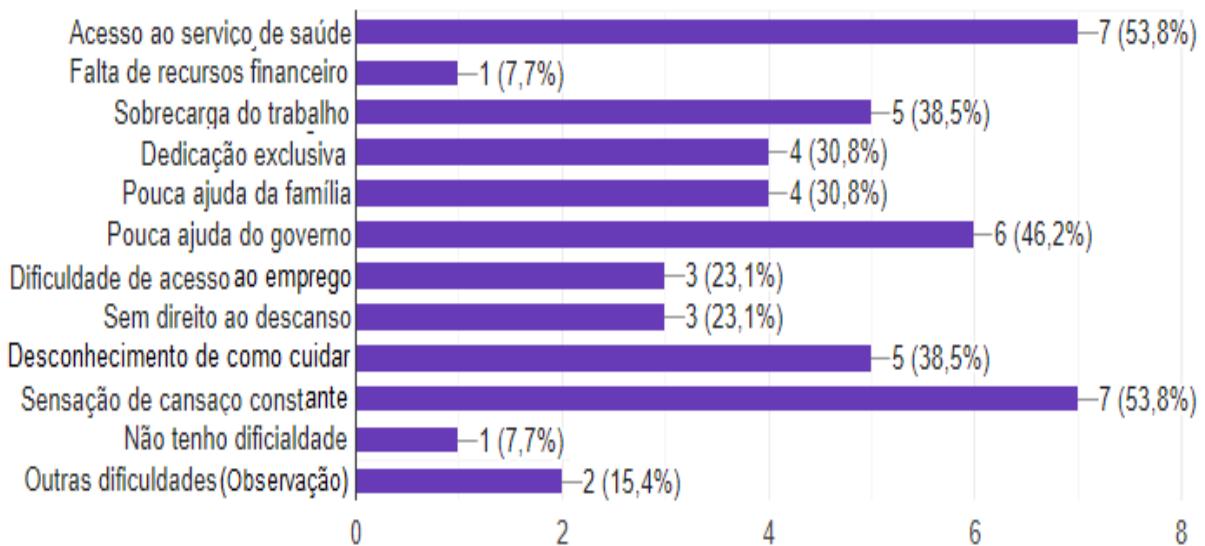
Fonte: Dados da pesquisa (2024).

O gráfico 14, expõe a proporção dos cuidadores que se sentem valorizados (61,5 %) por cuidar de uma pessoa idosa.

Gráfico 15 – Percepção de valorização do Cuidador

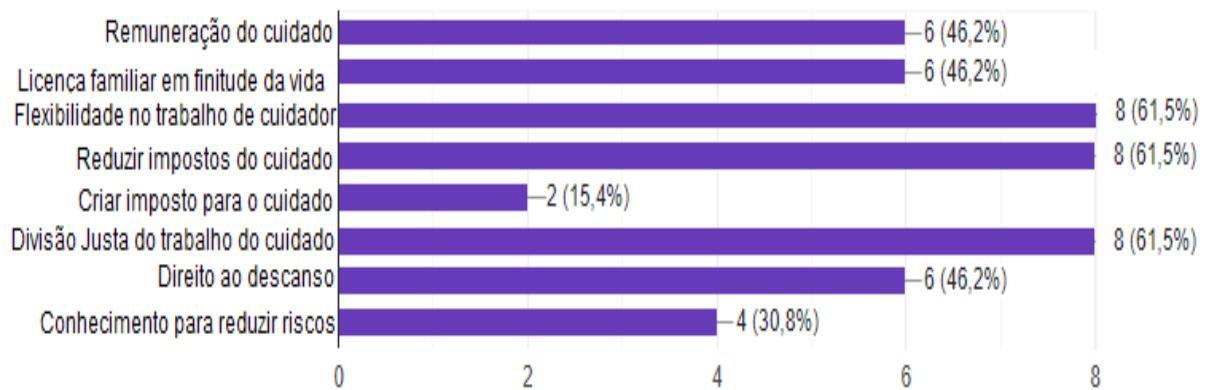
Fonte: Dados da pesquisa (2024).

No Gráfico 15 estão relacionadas as principais dificuldades relatadas pelo cuidador familiar. O acesso ao serviço de saúde (7 pessoas – 53,8%) e a sensação de cansaço constante (7 pessoas – 53,8%) são as dificuldades mais relevantes sinalizadas pelo estudo, pouca ajuda do governo (6 pessoas – 46,2%), Sobrecarga do trabalho do cuidador (5 pessoas – 38,5%), Falta de conhecimento sobre o cuidado (5 pessoas – 38,5%), Dedicação exclusiva em tempo integral (4 pessoas – 30,8%), pouca ajuda familiar (4 pessoas – 30,8%), Dificuldade de acesso ao emprego (3 pessoas – 23,1%), Sem direito ao descanso (3 pessoas – 23,1%), Outras dificuldades foi sinalizado por 02 participantes e realizada descrição no campo observação. A falta de recursos financeiros para alimentação e não tem dificuldade foram selecionadas por 1 pessoa (7,7%).

Gráfico 16 – Dificuldades Relatadas pelo Cuidador Familiar

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Para facilitar a vida do cuidador familiar, que recorre ao setor privado, 61,5% (08 participantes) recomendam a redução de impostos relacionados ao cuidado para a pessoa idosa, flexibilidade no trabalho do cuidador e uma divisão justa do trabalho do cuidado para a pessoa idosa com dependência. 46,2% (6 pessoas) propõem garantir o direito ao descanso para o Cuidador Familiar ou Trabalhador do Cuidado, remuneração pelo estado do trabalho do cuidado realizado pela família e garantir licença remunerada e carga horária flexível para trabalhadores com familiar portador de doença em estágio terminal. 04 participantes (30,8%) afirmam ser importante garantir o conhecimento sobre o cuidado para reduzir riscos (Gráfico 16).

Gráfico 17 – Ações para Corresponabilidade do Cuidado Familiar

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Os dados confirmam que as mulheres estão sobre carregadas financeiramente e emocionalmente com a responsabilidade do cuidado, confirma a necessidade de tirar da invisibilidade o trabalho do cuidado para pessoa idosa dependente de terceiros para sobrevivência, no intuito de garantir igualdade de gênero e corresponsabilidade institucional (família, setor privado, estado e sociedade).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta inicial deste estudo foi identificar os desafios para a corresponsabilidade do cuidado no Centro de Referência de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI), porem o programa de apoio ao cuidador foi desarticulado em 2020 e desde então não foi reestruturado. Este fato mostra que o trabalho do cuidado para pessoa idosa dependente de terceiros para sobrevivência, vem sendo invisibilizado, inclusive nos sistemas de referência.

A economia do cuidado fala de atividades relacionadas ao cuidado e suporte das pessoas, neste estudo abordamos a configuração social dos cuidadores de pessoas idosas que precisam recorrer ao serviço suplementar ofertado pelo mercado. Conseguimos avaliar a configuração social e econômica dos cuidadores familiares das pessoas idosas acompanhadas pela Humaniza Home.

Ao investigar a ideologia ficou nítida a percepção dos cuidadores familiares, de que cuidar é uma atribuição para as mulheres, quando perguntamos quais familiares poderiam ajudar no cuidado, apenas 02 participantes citaram familiares do gênero masculino. 61,5 % dos cuidadores familiares, exercem o cuidado sem remuneração e se sentem valorizados por cuidar de uma pessoa idosa. O estudo mostra como está configurada a economia do cuidado no cotidiano dos cuidadores familiares acompanhados pela Humaniza Home, uma empresa privada com fins lucrativos. A realidade social do cuidado ainda precisa ser mais bem estudada no setor público.

Na esfera socioeconômica ainda impera as desigualdades de gênero e falta de corresponsabilidade institucional (família, setor privado, estado e sociedade). Conseguimos mostrar a ideologia que envolve o cuidado nesta realidade social dos cuidadores familiares da população idosa, apoiados pela Humaniza Home, ainda muito pautado na percepção de que o cuidado é de responsabilidade das mulheres. Um ser com o perfil de doação, amável, solidário e humano. Porém impor este cuidado contínuo para apenas um ou poucos membros do núcleo familiar, é desumano.

O estudo mostra que estas mulheres que cuidam estão cansadas e sobrecarregadas, sentem inseguros para prestar esse cuidado e reivindicam o direito ao descanso e conhecimento sobre o cuidado para reduzir riscos. Conseguimos dar

um passo inicial para superar estes desafios para corresponsabilidade compartilhada no cuidado para o idoso e buscaremos novas formas de apoio para o Cuidador.

Os participantes demostravam receio em participar ou dividir o trabalho de cuidar desta população idosa por insegurança, o estudo mostra a necessidade de fornecer conhecimento para que todas as pessoas consigam realizar este cuidado. O e-book promove a segurança necessária para a corresponsabilidade do cuidado, para a pessoa idosa com necessidade de apoio por terceiros para realizar as atividades da vida diária para sobrevivência.

Ao elaborar o questionário para analisar as dificuldades e os desafios enfrentados pelos cuidadores familiares, não foi pensado, em um primeiro momento, sobre a importância de ofertar o conhecimento necessário para que o cuidado possa ser realizado por qualquer pessoa, independente de gênero ou idade para a garantir a rede de apoio e segurança necessária para a corresponsabilidade compartilhada no cuidado para o idoso. Os participantes apontaram a insegurança em compartilhar o trabalho de cuidado com um familiar que não se sente capaz de cuidar.

Com esta percepção, disponibilizamos um e-book com três capítulos, no último capítulo, todas as informações necessárias para realização do cuidado de forma segura e dar visibilidade à necessidade da corresponsabilidade do cuidado para a pessoa idosa com necessidade de apoio por terceiros para realizar as atividades da vida diária, no intuito de garantir uma sobrevivência digna.

Uma das limitações deste estudo foi não ter enfatizado questões sobre o conhecimento sobre o cuidado, que foi sinalizado por 03 participantes no campo observação do questionário (APÊNDICE 1) e posteriormente contemplado no processo de desenvolvimento da TGS.DT. Estudos futuros vai melhor avaliar a efetividade do ebook na corresponsabilidade do cuidado de uma forma mais confortável e segura.

REFERÊNCIAS

AA, VV. **Portugal 1995-2000: Perspectivas da Evolução Social.** Lisboa: Celta Editora, 2002.

AFONSO, M. L.; ABADE, F. L. **Para reinventar as rodas:** rodas de conversa em direitos humanos. Belo Horizonte: RECIMAM, 2008.

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA. CREASI/SESAB – Centros de Referência. **SESAB Bahia**, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/creasi>. Acesso em: 10 mar. 2024.

BABBIE, Earl. **Métodos de pesquisas de survey.** Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 1999.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados do Brasil.** Brasília-DF: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2023. Disponível em: www.gov.br/participamaisbrasil/marco-conceitual-da-politica-nacional-de-cuidados-do-brasil Acesso em: 25 fev. 2024.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 2797, de 2022.** Institui a Política Nacional do Cuidado. Brasília, DF: Senado Federal, [2022]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/155126>. Acesso em 21 de jul. 2024.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2012.

BURGOS, Fernando; BRIGAGÃO, Jacqueline. **Proteção social e comunidade:** mulheres, pobreza e as múltiplas vulnerabilidades cotidianas e Ação Pública, 2022.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de Pesquisa em Administração.** 12^a ed. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2016.

SILVA, Alessandra Teixeira da Cunha; MACHADO, Maria Conceição Sarmento Padial. A violência a pessoa idosa e o disque direitos humanos. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, 2020.

FAUL, Franz et al. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. **Behavior research methods**, v. 41, n. 4, p. 1149-1160, 2009.

FEDERAL, Senado. **Estatuto do Idoso.** Brasília DF: Senado Federal, 2003.

FEDERICI, Silvia. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista.** São Paulo: Elefante, 2019.

FERRI, Luc. **Famílias, Amo Vocês:** Políticas e Vida Privada na era da Globalização. Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

- HAIR, Joseph F. et al. **Análise multivariada de dados**. Bookman editora, 2009.
- HIRATA, Helena. O trabalho de Cuidado. **Sur Rev Int Direitos Human**, v. 13, São Paulo: Sempreviva, 2016.
- HIRATA, Helena. **O cuidado: teoria e práticas**. São Paulo: Boitempo, 2022.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. Brasília, DF: IBGE, 2022.
- LOBO, Fabíola Albuquerque; PINTO, Hilbert Melo Soares. A (Des) Valorização Jurídica do Cuidado: uma análise crítica do auxílio-cuidador do Projeto de Lei nº 3022/2020 sob a ótica da dependência humana. **Pensar-Revista de Ciências Jurídicas**, v. 29, n. 1, p. 1-12, 2024.
- MARÇAL, Katrine. **O lado invisível da economia: uma visão feminista do capitalismo**. São Paulo: Alaúde Editorial, 2022.
- MARCONDES, M. M.; FARAH, M. F. S.; PÉREZ DE SIERRA, I. Agenda feminista e serviços de cuidado infantil: Brasil, Argentina e Uruguai. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 50, n. 176, p. 410–428, 2020.
- MELO, Hildete Pereira de; THOMÉ, Débora. **Mulheres e poder: histórias, ideias e indicadores**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2018.
- ONU MULHERES. Igualdade de gênero e Assembleia Geral da ONU: fatos e história a saber. **ONU MULHERES**, 2021. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/noticias/igualdade-de-genero-e-assembleia-geral-da-onu-fatos-e-historia-a-saber/>. Acesso em: 10 mar. 2024.
- NORTH, Douglas. **La Teoría Económica Neo-institucionalista y El Desarrollo Latino americano**. Barcelona: Instituto Internacional de Gobernabilidad, 1998.
- PEREIRA, Bruna Cristina Jaquetto. **Economia dos Cuidados: Marco Teórico-Conceitual**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.
- PINA, Selma Cristina Tomé et al. O papel da família e do Estado na proteção do idoso. **Ciência et Praxis**, v. 9, n. 18, p. 35-40, 2016.
- BAHIA. **PORTARIA CONJUNTA Nº 003 DE 06 DE JULHO DE 2023 – SEADES/SERIN/CASACIVIL/SJDH/SESAB/SSP/SEC/SEPROMI/SPM/SEAP**. Bahia, 2023.
- PRODANOV, Cleber Cristiano; DE FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição**. Rio Grande do Sul: Editora Feevale, 2013.

SANTOS, Maria Betânea Souza dos; LIMA Argimon, Irani Iracema de. Concepção dos Cuidadores a Respeito do Cuidado Prestado ao Idoso. **Rev enferm UFPE on line**, v. 8 n. 9, p. 3069-3075, set., 2014.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez editora, 2017.

STRIQUER, Marilúcia dos Santos Domingos; DE SOUZA, Carla Aparecida Nunes. Um modelo teórico do gênero redação do ENEM. **Intercâmbio**, v. 53, p. e58147-e58147, 2023.

ZELIZER, V. A economia do care. **Civitas**, Porto Alegre, v. 10, n. 3, p. 376-391, set./dez. 2010. BAHIA, Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/creasi>. Acessado em 03\07\2024

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO ONLINE

Link de acesso: <https://forms.gle/MTKMXUmFCehtSte16>

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fui convidado (a) a participar da pesquisa “**A ECONOMIA DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA**: Configuração ideológica e socioeconômica do trabalho dos cuidadores familiares acompanhados pela Humaniza Home para corresponsabilização e apoio interinstitucional”, realizada no âmbito do Programa De Pós-Graduação em Desenvolvimento e Gestão Social, pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), pela mestranda Tatiana Carla Bezerra de Oliveira, (RG 3973086-71 SSP/BA), sob a orientação do Prof. Dr. Floriano Barbosa Silva.

Estou ciente que a participação não é obrigatória, sendo voluntária e que a qualquer momento posso desistir de participar e retirar este consentimento. Tal recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição pertinente. Garantimos o sigilo das informações e proteção dos participantes.

O objetivo central deste estudo é conhecer os elementos que dão consistência/inconsistência a corresponsabilidade no cuidado para valorização do cuidador familiar de pessoas idosas com dependência e para a elaboração das políticas públicas de Cuidados. Fui informada sobre os Benefícios previstos desta pesquisa é melhorar a qualidade de vida e tirar da invisibilidade o trabalho do cuidado e sobre os riscos imediatos ou posteriores à dimensão psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual.

Para participar da pesquisa responderei este questionário em formulário on-line no link <https://forms.gle/BgnNMKVdMt9PBjxr8>, estou ciente que será garantida o sigilo das informações e proteção dos participantes. A pesquisa será pautada no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; e relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos.

Estou ciente de que a pesquisadora se compromete que os conteúdos cedidos serão de uso exclusivo desta pesquisa; terei minha identidade preservada; não terei ônus financeiro por tal participação; não receberei remuneração, pois trata-se de

colaboração voluntária; serei livre para interromper a participação em qualquer momento; receberei esclarecimentos sobre dúvidas que tiver a qualquer momento da pesquisa; fui informado/a sobre endereços e telefones dos pesquisadores caso necessite utilizá-los; a enviar versão digital da dissertação após a conclusão.

Após ler o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO acima você declara que:

- Aceita participar
- Não aceita participar

1 - Este questionário é direcionado ao responsável por pessoa idosa com dependência de cuidados. Você se encaixa nessa categoria?

- Sim
- Não

1.1 - Fui selecionado (a) para esta pesquisa, por ser:

- Responsável familiar da pessoa idosa domiciliada;
- Trabalhador do cuidado contratado pela família (sem vínculo com a Humaniza Home);
- Outro _____

2 – Qual seu vínculo com a pessoa que você cuida? Você é:

- Filho
- Filha
- Neto
- Neta
- Genro
- Nora
- Irmão
- Irmã
- Vizinho
- Vizinha
- Esposo

- Esposa
- Trabalhador do cuidado contratado diretamente pela família
- Outros

3 – Você reside na Bahia?

- Sim
- Não

4 – Gênero:

- Masculino
- Feminino
- Outros

5 – Idade:

- 18 a 29 anos
- 30 a 39 anos
- 40 a 49 anos
- 50 a 59anos
- 60 a 69 anos
- 70 a 79 anos
- 80 a 89 anos
- 90 anos ou mais

6 – Qual sua renda familiar mensal aproximada?(Soma dos rendimentos de todos da casa)

- De 1 a 2 salários-mínimos.
- De 2 a 4 salários-mínimos.
- De 4 a 10 salários-mínimos.
- De 10 a 20 salários-mínimos.
- Acima de 20 salários-mínimos.

7 Sua renda familiar é suficiente para manter o custo necessário para cuidar de uma pessoa idosa?

- Sim
- Não

8 - Com que frequência você costuma se preocupar com o sustento da sua família?

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

9 - Você realiza o cuidado de forma remunerada?

- Sim
- Não

10 – Se não, você sente necessidade de uma ocupação remunerada?

- Sim
- Não

11 – Escolaridade (Marque apenas uma opção):

Nunca estudei

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação / Mestrado e/ou Doutorado

12 – Você se sente seguro(a) para cuidar de uma pessoa idosa?

- Sim
- Não

13 - Com que frequência você costuma se sentir sobrecarregado (a) com o cuidado para a pessoa idosa?

- Sempre
- Quase sempre

- Às vezes
- Raramente
- Nunca

14 - Com que frequência você costuma dividir a responsabilidade do cuidado para a pessoa com outros familiares?

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

15 – Quais familiares (da pessoa idosa) poderiam dividir com você a responsabilidade do cuidado?

- Neto
- Neta
- Filho
- Filha
- Genro
- Nora
- Irmão
- Irmã
- Cunhado
- Cunhada
- Vizinho
- Vizinha
- Trabalhador do cuidado contratado diretamente pela família
- Pai
- Mãe
- Esposo
- Esposa
- Outros
- Não tenho com quem dividir a responsabilidade do cuidado, gostaria de ter ajuda.

- Não QUERO dividir com ninguém a responsabilidade do cuidado

16 – Qual familiar (da pessoa idosa) te apoia na responsabilidade deste cuidado?

- Neto
- Neta
- Filho
- Filha
- Genro
- Nora
- Irmão
- Irmã
- Cunhado
- Cunhada
- Vizinho
- Vizinha
- Trabalhador do cuidado contratado diretamente pela família
- Pai
- Mãe
- Esposo
- Esposa
- Outros
- Não tenho com quem dividir a responsabilidade do cuidado, gostaria de ter ajuda.
- Não QUERO dividir com ninguém a responsabilidade do cuidado

17 – Você se sente valorizado por cuidar de uma pessoa idosa?

- Sim
- Não

18 – Quais as principais dificuldades para o cuidador familiar da pessoa idosa com dependência? (marcar quantas opções desejar)

- Acesso ao serviço de saúde
- Falta de recursos financeiros para alimentação
- Falta de recursos financeiros para produtos de higiene pessoal

- Sobrecarga do trabalho do cuidador
- Dedicação exclusiva em tempo integral
- Pouca ajuda familiar
- Pouca ajuda do governo
- Dificuldade de acesso ao cuidado remunerado
- Sem direito ao descanso
- Falta de conhecimento sobre o cuidado
- Sensação de cansaço constante
- Não tenho dificuldades para a oferta do cuidado
- Outras dificuldades (acrescentar no campo observações)

19 - O Governo Federal está avaliando a implementação da Política Nacional do Cuidado (PL 27972-2022) que pretende assegurar o cuidado como um direito. ? Quais opções abaixo são mais importantes ou viáveis para facilitar a vida do cuidador familiar da pessoa idosa com dependência? (pode marcar quantas opções desejar)

- Remuneração pelo estado, do trabalho do cuidado realizado pela família.
- Garantir licença remunerada e carga horária flexível para trabalhadores com familiar portador de doença em estágio terminal.
- Flexibilidade na carga horária e no horário de expediente para o trabalhador do cuidado da população idosa dependente de cuidados contínuos.
- Redução de impostos relacionados ao cuidado para a pessoa idosa
- Criar um imposto para custear a oferta do cuidado para a pessoa idosa dependente
- Garantir a divisão justa da responsabilidade do cuidado com todos os membros familiares, independente de gênero.
- Garantir o direito ao descanso para o Cuidador Familiar/Trabalhador do Cuidado.
- Garantir conhecimento sobre o cuidado para segurança e redução de riscos
- Não vejo necessidade de mudança

20 – Autorizo o pesquisador a:

- Analisar e divulgar as informações fornecidas nesta pesquisa.

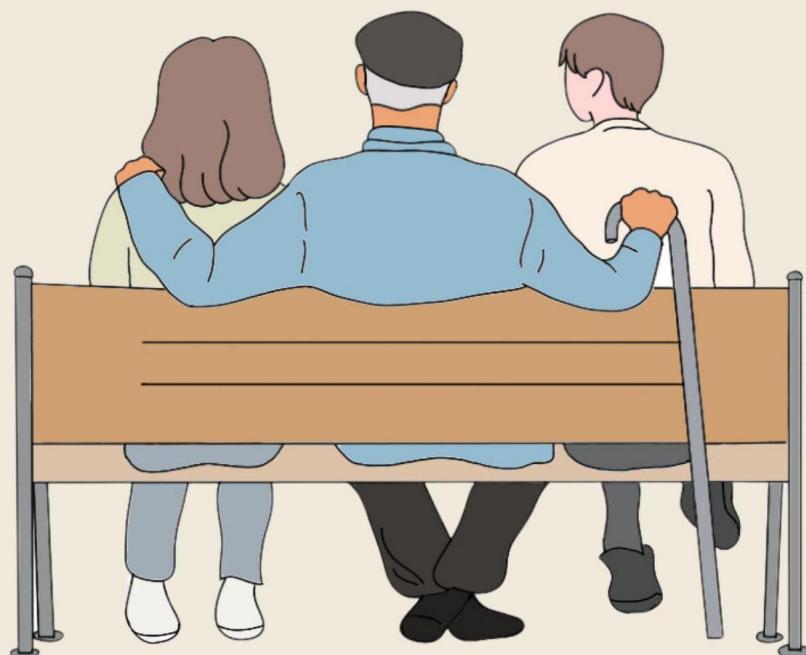
- Publicar a caracterização dos dados na dissertação de mestrado.

MUITO OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO!

Observações: _____

**APÊNDICE B – TECNOLOGIA DE GESTÃO SOCIAL DO DESENVOLVIMENTO
TERRITORIAL: E-BOOK - CORRESPONSABILIDADE NO CUIDADO PARA A
PESSOA IDOSA**

CORRESPONSABILIDADE NO CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA



**TATIANA CARLA
BEZERRA DE OLIVEIRA**

2024, Tatiana Carla Bezerra de Oliveira

Todos os direitos reservados.

Orientação: Dr. Floriano Barboza Silva

Coorientação: Dr. Rodrigo Müller

Ilustração: Isadora Lima

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Oliveira, Tatiana Carla Bezerra de
Corresponabilidade no cuidado para a pessoa
idosa [livro eletrônico] / Tatiana Carla Bezerra
de Oliveira. -- Salvador, BA : Clube de Lu, 2024.
PDF

Bibliografia.

ISBN 978-65-85798-03-7

1. Idosos - Aspectos sociais 2. Idosos -
Comportamento 3. Idosos - Cuidado e tratamento
4. Idosos - Cuidados domiciliares 5. Idosos -
Cuidados institucionais 6. Idosos - Cuidados
médicos I. Título.

24-222286

CDD-362.6

Índices para catálogo sistemático:

1. Idosos : Cuidados : Bem-estar social 362.6

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

SUMÁRIO

Capítulo 1

Economia do Cuidado, Contexto e Conceitos

Diagnóstico Humaniza Home

Capítulo 2

Dificuldades para Corresponsabilidade

Capítulo 3

Soluções para Corresponsabilidade

Como Cuidar da pessoa Idosa

Guia do Cuidado

- Módulo 1 – Envelhecimento
- Módulo 2 – Doenças
- Módulo 3 – Cuidados com Idosos
- Módulo 4 – Primeiros Socorros
- Módulo 5 – Medicações
- Módulo 6 – Alimentação
- Módulo 7 – Qualidade de Vida
- Módulo 8 – Cuidados Paliativos e Morte
- Módulo 9 – Vivência Prática (Plano de Cuidado)

MÓDULO 01 – ENVELHECIMENTO

• O IDOSO NA SOCIEDADE

MUNDO: Segundo dados do último relatório da ONU – Organização das Nações Unidas, o mundo está envelhecendo. O número de Idosos aumentará de 962 milhões em 2017, para 2,1 bilhões em 2050 e 3,1 bilhões em 2100 (United Nations, 2017).

BRASIL: No Brasil, segundo dados do IBGE, passará de 19,6 milhões em 2010 para 66,4 milhões em 2050 (Leal,2016). Representando um aumento de 239 %.

Com o aumento da longevidade, devemos considerar possíveis limitações, doenças degenerativas e crônicas que levam a situação de fragilidade e dependência para realizar atividades da vida diária.

As famílias se deparam com uma das situações de maior estresse psicológico na vida. Reconhecer a fragilidade daquele seu ente querido, que em muitos casos, foi responsável pela sustentação emocional e material de uma ou mais gerações.

Começa um processo que gradativamente ou abruptamente muda totalmente a dinâmica familiar pela perda da privacidade, necessidade de dedicação exclusiva, aumento do trabalho e dos custos (telefone, energia, material de limpeza, medicamentos), aumento do nível de estresse e principalmente a insegurança com relação ao cuidado.

O portador de necessidade de cuidados, em muitos casos, calado, se condena por suas patologias e limitações ou, sem saber como agir, se aproveitam da sua fragilidade para manter os familiares e cuidadores próximos. Este tipo de atitude costuma ter efeito contrário, dificultando o relacionamento pelo sentimento de culpa, distanciamento e tristeza.

Neste contexto, torna-se essencial aliviar o estresse dos familiares, dos cuidadores e do próprio idoso que tem ou não consciência da sua fragilidade e dependência com um olhar humanizado em relação às vivencias e todo o contexto social.

- **O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO – TEORIA DO ARCO DA VIDA**

O bem-estar físico e emocional do idoso depende de como ele se relacionou com a sociedade durante toda a sua vida e de como será essa relação na sua finitude. Podemos chegar aos 100 anos e continuar ativo em consequência de uma vida equilibrada desde o nascimento.

Estudos indicam que, para ter um envelhecimento ativo, é necessário cuidados desde cedo em relação à dieta, trabalho, atividade física, repouso, lazer e um bom convívio social.

O envelhecer se inicia no nascimento e apesar do desgaste corporal provocado pelos anos vividos, é importante ter um sentimento positivo em relação a esta fase e proporcionar momentos agradáveis de conforto físico e mental, sabendo que a finitude é inevitável para todo ser vivo.

A epidemiologia vem trabalhando um aspecto do processo de envelhecimento baseado no custo de vida em relação às reservas homeostáticas, que é a **teoria do arco da vida**, quanto maior essa reserva que é adquirida com a qualidade de vida, maior a capacidade de reverter os problemas que acontecem ao longo da vida. Uma alimentação saudável, vida social, atividade física e de lazer que promovem a saúde física, mental e social é o que determina o grau de independência na senescência.

É importante que o cuidador, formal ou informal, lembre-se que temos que cuidar e auxiliar tentando preservar, pelo maior tempo possível, a sua independência e autonomia.

- **Autonomia:** É a liberdade para agir e para tomar decisões. Pode ser definida como se autogovernar.
- **Independência:** Significa ser capaz de realizar as atividades do dia a dia sem ajuda de outra pessoa.

Não agir por ele, devemos ajudá-lo no autocuidado até o momento em que se torne totalmente dependente para as atividades da sua vida diária e não consiga fazer só, mesmo que o idoso tenha limitações físicas e cognitivas, devemos focar no atendimento humanizado, direcionado e personalizado.

- **ENVELHECIMENTO - O PROCESSO NATURAL**

Envelhecimento – Idade cronológica. Quando se torna antigo ao longo dos anos.

Longevidade – Vai além da idade cronológica, envolve o estilo de vida do nascimento ao envelhecimento, valorizando os nossos propósitos e o que o corpo e a mente trazem em decorrência das experiências vividas e atitudes ao longo dos anos.

ASPECTO PSICOLÓGICO:

Nesta fase as reflexões sobre a vida e a existência estão muito presentes. Questionamento sobre o que fez no decorrer da sua vida e quanto tempo ainda lhe restam.

Diante da própria finitude vêm à percepção dos que ficam e o destino da família, a aposentadoria, os bens e as perdas. O cuidador deve observar o luto em situações de perda de um ente querido e sinais de tristeza na espera da finitude (Senescênciapsíquica) para incentivar sentimentos de aceitação da vida.

ASPECTO SOCIAL:

Estudos comprovam que os benefícios do bom convívio social são maiores que o tratamento médico. Sem socialização o ser humano não sobrevive. É importante estimular e fortalecer a amizade e convívio com a família, amigos e outras pessoas. Nem que seja através de redes virtuais.

ASPECTO BIOLÓGICO:

O cuidador deve reconhecer os sinais fisiológicos decorrentes da manifestação do envelhecimento para prevenir a senilidade e preservar a autonomia e independência do idoso pelo maior tempo possível.

- **PELE:** Perde a elasticidade pela diminuição das fibras elásticas. Fica ressecada pela perda da capacidade de reter água e pela diminuição das glândulas que hidratam e lubrificam a pele. Os pequenos vasos de sangue ficam frágeis e rompem facilmente. Com isso, o idoso não suporta altas temperaturas, começa a apresentar rugas, manchas, descamação, coceira, hematomas, unhas quebradiças, rachaduras e desidratação pela perda da água corporal.
- **SISTEMA NERVOSO:** O envelhecimento provoca a perda progressiva das células nervosas (neurônios), mas, nem sempre existe deficiência no raciocínio, memória e aprendizado. As lembranças antigas serão mais facilmente preservadas e existe uma maior dificuldade de memorizar fatos recentes pela lentidão nas confecções neurológicas. A atividade física e a socialização são fundamentais para manter-se mentalmente e fisicamente ativo.
- **SONO E REPOUSO:** O idoso geralmente apresenta alterações na qualidade do sono. Sons e movimentos leves podem acordá-los e em alguns casos existe uma inversão nos horários de sono e vigília pela tendência de dormir ou cochilar durante o dia e acordar durante a noite. O uso de medicamentos e a presença de doenças como demências e infecção também comprometem o sono. Importante o cuidador saber que apenas o médico pode prescrever ou alterar a dose dos medicamentos para dormir.
- **VISÃO:** Os olhos sofrem muitas alterações com o envelhecimento, a dificuldade de focar objetos, adaptação a luz e percepção de profundidade pode deixar o idoso mais suscetível às quedas.
- **AUDIÇÃO:** A perda auditiva gradativa pode gerar dificuldade de entender e escutar o que se fala. Como cuidadores, devemos estar atentos para perceber a necessidade e/ou dificuldade do uso de aparelho auditivo e buscar um entendimento na comunicação.

- **PALADAR (BOCA)**: A diminuição da produção de saliva e das papilas gustativas provoca a desordem alimentar pelo ressecamento da boca e diminuição da percepção do sabor.
- **TATO**: O sangue começa a circular pouco pelas extremidades do corpo diminuindo a temperatura e sensibilidade dos pés e mãos. O tato fica comprometido principalmente para idosos com doenças circulatórias, neurológicas, articulares e inflamatórias. É importante o acompanhamento para evitar lesões.
- **TEMPERATURA (TERMORREGULAÇÃO)**: Existe uma dificuldade em regular a temperatura do corpo pela diminuição da percepção de sensação de frio ou calor. Sintomas de defesa como a febre ou a sudorese deixam de acontecer ou acontece tarde aumentando o risco de complicações. O cuidador deve proteger o idoso contra frio, vento e calor excessivo o mantendo aquecido, protegido e hidratado.
- **CIRCULAÇÃO DO SANGUE**: O coração é o órgão que bombeia o sangue para nutrir as células do corpo com nutrientes e com o oxigênio dos pulmões. Com o tempo, acontece a diminuição da força de contração do músculo cardíaco. As doenças cardiovasculares (Hipertensão, cardiopatia, isquemia, doença renal, insuficiência vascular periférica e outras) podem levar a diminuição da qualidade de vida e aumentar as internações e óbito nos idosos.
- **RESPIRAÇÃO**: A capacidade respiratória diminui por volta dos 50% pela redução da elasticidade e permeabilidade das células do pulmão, pelo enrijecimento dos músculos que ajudam na respiração e pela calcificação das cartilagens das costelas. Pode haver dificuldade de tossir e o acúmulo de muco que favorece o processo de infecção como a pneumonia.
- **OSSOS E MÚSCULOS**: A redução da força e velocidade de contração pela redução da massa muscular leva a lentidão dos movimentos, instabilidade e desequilíbrio do corpo. A dificuldade de retenção de cálcio pelos ossos pode levar a deformidade dos ossos e fraturas. As articulações e cartilagens entre as vértebras diminuem ou calcificam, aumentando o atrito entre os ossos e dor.
- **DIGESTÃO**: A digestão fica lenta pela diminuição nos movimentos intestinais, da produção de secreções e de enzimas digestivas pelas glândulas e órgãos que auxiliam no processo digestório e pela lentidão na absorção de água e

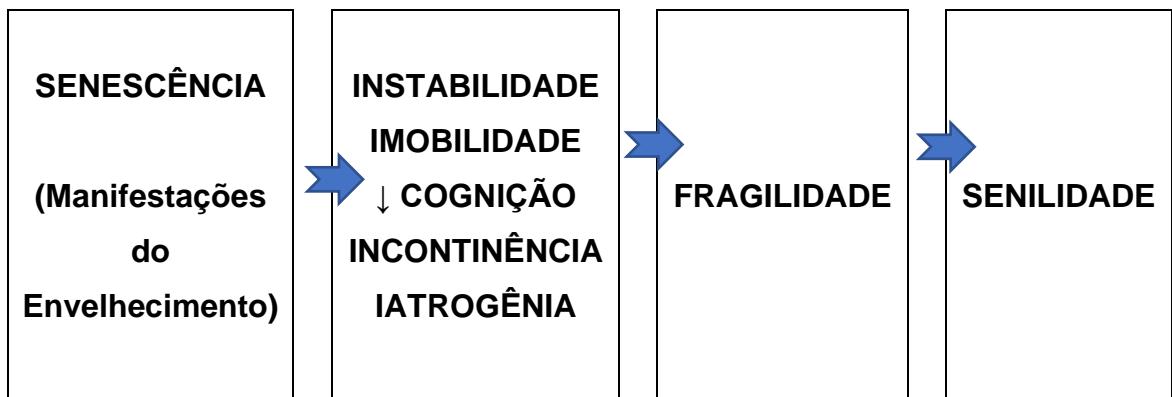
nutrientes. É muito comum a dificuldade de engolir (disfagia) e a bronca aspiração que pode levar a infecções pulmonares.

- **URINA:** Existe a diminuição do peso e volume dos rins e consequentemente da função renal. A excreção dos resíduos metabólicos aumenta o risco de desidratação pela diminuição da sensação de sede, insuficiência renal e outras doenças. No homem pode acontecer o aumento da próstata, retenção urinária e infecções. As Infecções urinárias podem ter como sintoma a confusão mental, incontinência urinária repentina, dor ao urinar e aumento da frequência. É importante encaminhar para o serviço médico.
 - **REPRODUÇÃO:** Alterações no sistema reprodutor aumentam o risco de Infecções vaginais, e alterações na próstata.
 - **GLÂNDULAS:** Nesta faixa etária surgem ou agravam os casos de diabetes pela diminuição da insulina. Doenças relacionadas a tireoide também é muito frequente.
 - **ATIVIDADES DIÁRIAS:** A diminuição do metabolismo corporal, o sedentarismo e outros fatores, contribuem para o comprometimento das atividades da vida diária gerando dificuldade total ou parcial na realização de atividades básicas (alimentação, higiene, eliminações e outras) e atividades instrumentais (ir ao banco, supermercado, preparo da alimentação, dirigir e outros).
 - **IMUNIDADE:** A lentidão na resposta imunitária (sistema de defesa contra microrganismos) aumenta a exposição a infecções, tendo como sintomas a confusão mental, sonolência, cansaço, falta de apetite, perda de peso e quedas.
- **ENVELHECIMENTO - O PROCESSO PATOLÓGICO (DOENÇAS)**

Senescência – Processo natural de desgaste pelos anos vividos. Aparecem os sinais de instabilidade físico e psíquico que pode levar a diminuição das funções básicas e do convívio social.

Iatrogenia – É um efeito ou condição indesejada provocada pelo excesso de medicamentos ou pelos seus efeitos colaterais.

Senilidade – Envelhecimento acompanhado por doenças que causam limitações. São os idosos frágeis com ou sem dependência para cuidados por terceiros.



Antes de apresentar a Senilidade, os idosos manifestam os sinais de envelhecimento físico e psíquico que levam a algumas condições clínicas como a instabilidade, dificuldade de memorização, dificuldade de retenção de cálcio nos ossos e outras condições que podem levar a condições mais complexas como a imobilidade prolongada por fraturas após queda e ao aparecimento de outras doenças.

Todas as manifestações levam os idosos a receber um maior número de medicamentos para diversas doenças ocasionando a condição iatrogênica.

O idoso então passa a apresentar uma condição de fragilidade que o deixa vulnerável a complicações provocadas por fatores externos e internos, levando ao aparecimento de doenças que causam limitações.

São os idosos frágeis com ou sem dependência que precisam ser acompanhados por cuidador ou familiar bem treinado para reconhecer os sinais e sintomas mais comuns no envelhecimento que exigem uma intervenção para evitar o risco de complicações.

Sinais são eventos que podemos observar, como manchas na pele e feridas.

Sintomas são queixas que não podemos verificar, como dor de cabeça, fome, sede e outros.

- Falta de apetite
- Sonolência
- Confusão mental
- Alterações na Urina
- Alterações nas fezes
- Queixa sensação de frio ou calor.
- Desinteresse por atividades prazerosas
- Tosse e engasgos nas refeições
- Tontura ou desequilíbrio do corpo
- Isolamento ou agressividade repentina
- Alterações na respiração
- Alterações no batimento do coração
- Vômitos
- Secreções
- Perda de memória
- Boca ou dedos roxos ou azulado.
- Hematoma (cor azulada) na pele
- Pele seca
- Pele úmida (suor)
- Edema (inchaço)
- Diminuição da mobilidade
- Aumento da pressão arterial (120 x 80)
- Dormência ou formigamento no corpo
- Câimbras
- Náuseas (Enjoo)
- Palidez
- Gemidos (dor)
- Alterações no hálito
- Dificuldade de comunicação
- Falta de raciocínio.

O cuidador deve estar sempre atento a qualquer alteração percebida ou queixa relatada. Comunicar a família e aos profissionais de saúde para possibilitar o diagnóstico precoce e tratamento das intercorrências quando necessário. Manter a folha de anotações com a descrição, horário e data das alterações ocorridas durante o plantão.

**A AVALIAÇÃO MÉDICA É IMPRESCINDÍVEL PARA O DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO DE DOENÇAS**

- **ESTATUTO – DIREITO DOS IDOSOS**

Instituído pela Lei 10.741 em outubro de 2003, o Estatuto do Idoso visa à garantia dos direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (art. 1º). Para tanto, aborda questões familiares, de saúde, discriminação e violência contra o idoso. Busca, assim, a persecução de princípios e direitos fundamentais à vida humana. Entre eles, a garantia da existência digna acerca da qual dispõe a Constituição Federal e o art. 2º do Estatuto do Idoso.

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. A legislação institui o dever da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público de assegurar os direitos ao idoso conforme o art. 3º da Lei 10.741/2003, a efetivação do direito à:

VIDA, SAÚDE, ALIMENTAÇÃO, EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTE, LAZER,
TRABALHO, CIDADANIA, LIBERDADE,
DIGNIDADE, RESPEITO, CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA.

DIREITO DE PRIORIDADE DO IDOSO - Como vislumbrado, o *caput* do art. 3º do Estatuto do Idoso apresenta uma série de direitos que devem ser assegurados, prioritariamente, às pessoas com mais de 60 anos. Seu parágrafo 1º, então, apresenta o conteúdo dessa garantia. Deve ser prioritário ao idoso, portanto:

1. O atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;
2. A preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;
3. A destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;
4. A viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;

5. A priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;
6. A capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;
7. O estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;
8. A garantia de acesso à rede de serviços de saúde, como o SUS e de assistência social locais;
9. A prioridade no recebimento da restituição do imposto de renda.

Ainda, é preciso ressaltar que, entre os idosos, possuem prioridade aqueles com mais de 80 anos.

Artigo 71 do Estatuto do Idoso: PRIORIDADE NOS PROCESSOS E PROCEDIMENTOS JUDICIAIS:

Art. 71. é assegurada prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em qualquer instância.

O requerimento de prioridade deverá ser realizado no próprio processo, mediante prova de idade. Além disso, é essencial destacar que a prioridade se estende para além da morte do beneficiado. Ou seja, mesmo diante do seu falecimento e a sucessão no processo, este segue prioritário.

IDOSO ACAMADO, COMO GARANTIR ESSE DIREITO:

- Acesso a TV, rádio, leitura de livros, jornais e revistas por outra pessoa.
- Ser movimentado por terceiros.
- Receber visitas frequentes de familiares e amigos
- Proporcionar exercícios para o cérebro, perguntas sobre sua história de vida

O lazer é um dos responsáveis pela socialização, pela autoestima e pela saúde física e psicológica das pessoas.

- **ESTATUTO – VIOLENCIA E MAUS TRATOS**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, maus tratos aos idosos podem ser definidos como “**Ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional da pessoa idosa, impedindo o desempenho do seu papel social. A violência acontece, na maior parte do tempo, no contexto familiar, sobretudo dos filhos, dos cônjuges, dos parentes dos cuidadores, da comunidade e da sociedade em geral.**” (OMS, 2002, p.3).

O manual de enfrentamento de violência contra a pessoa idosa (Brasil, 2013b) da Secretaria de direitos humanos, define os diferentes tipos de abusos e violência:

ABUSO FÍSICO: Corresponde a maior parte das queixas. Pode gerar lesões e traumas praticamente invisíveis ou levar a internação hospitalar e morte.

ABUSO PSICOLÓGICO: Envolve discriminação, desprezo, menosprezo e ofensas que provocam o sofrimento mental.

ABANDONO: Não atender as necessidades básicas do idoso. Deixar em um quartinho da casa sem o convívio familiar, sem medicamentos, alimentação ou higiene adequada por horas ou por um dia inteiro. Manter um ambiente sujo ou inseguro levando ao risco de queda ou morte. Deixar o idoso em uma instituição de longa permanência contra a sua vontade.

NEGLIGÊNCIA: Descaso do cuidado, por falta de conhecimento ou estrutura adequada, que leva a piora de doenças ou surgimento de complicações. Falta de comprometimento de todos os segmentos da sociedade na capacitação ou qualificação contínua dos cuidadores.

Como cuidadores, devemos ter um olhar atento para a prevenção de riscos e complicações.

ESTATUTO DO IDOSO – CRIMES: Entre as medidas previstas pela Lei 10.741/2003 na efetivação dos direitos dos maiores de 60 anos, encontram-se as sanções para os que pratiquem condutas que obstruam os direitos contidos no estatuto. De acordo com o art. 95 do Estatuto do Idoso, os crimes previstos na legislação ensejam ação penal pública incondicionada. Ou seja, que independem de representação da vítima ou de seu representante. Isto se justifica em face do dever, da sociedade e do Estado, na garantia de um direito fundamental, sobretudo em face da vulnerabilidade do indivíduo.

➤ **Artigo 98 do Estatuto do Idoso – ABANDONO:** Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado:

O recolhimento de idosos em instituições, como hospitais e entidades de longa permanência, ainda é uma prática comum na sociedade. No entanto, não deve implicar no abandono destes nos estabelecimentos. Do contrário, configura negligência vedada no art. 4º da Lei 10.741/2003.

Dessa maneira, aquele que incorrer nessa conduta, deixando de promover as necessidades básicas do idoso (não somente de alimentos e garantia da saúde, por exemplo, mas também de zelo e promoção da convivência familiar e social), quando obrigado por lei ou mandado, poderá ser punido com pena de detenção de 6 meses a 3 anos, além de multa.

Pena – detenção de seis meses a três anos e multa.

➤ **Artigo 99 do Estatuto do Idoso - ABUSOS FÍSICOS E PSICOLÓGICOS CONTRA O IDOSO:** Artigo 99 da Lei 10.741/2003: Aquele que submeter o idoso a condições desumanas ou degradantes ou privá-lo de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado por lei a fazê-lo. Do mesmo modo, incorrerá no delito aquele que sujeitar o idoso a trabalho excessivo

ou inadequado, independentemente da obrigação legal que tenha para com o indivíduo.

Pena: 02 meses a 01 ano de detenção e multa. Contudo, os parágrafos seguintes dispõem acerca dos agravantes:

De acordo com o parágrafo 1º do art. 99 da lei 10.741/2003, portanto, quando, do fato, resultar lesão corporal de natureza grave, a pena aumentará para reclusão (e não mais de detenção, o implica a possibilidade de admissão de regime inicial fechado) de 1 a 4 anos;

De acordo com o parágrafo 2º, por fim, se dos fatos resultar a morte do indivíduo, a pena aumentará para pena de reclusão de 4 a 12 anos.

- **Artigo 102 do Estatuto do Idoso – ABUSO FINANCEIRO:** O art. 102 do Estatuto do Idoso trata da apropriação ou desvio de bens do idoso. Assim, incorre no delito aquele que se apropria, desvia ou dá aplicação diversa da de sua finalidade a:
 - Bens;
 - Proventos;
 - Pensão; ou
 - Outro rendimento do idoso.

Pena: Reclusão de 1 a 4 anos e multa.

- **Artigo 104 do Estatuto do Idoso - ABUSO FINANCEIRO:** Estará sujeito a sanções o indivíduo que retiver o cartão magnético de conta bancária do idoso relativa a benefícios, provento ou pensão. Mas também aquele que retiver qualquer outro documento com o intuito de assegurar recebimento ou resarcimento de dívida.

Pena de detenção de 6 meses a 2 anos e multa.

- **ESTATUTO DO IDOSO – DEVERES:**

Muitos idosos acham que podem fazer, falar e agir do jeito que quiserem, arriscando a própria vida e a dos outros por deixar de respeitar leis ou regras sociais, como deixar de fazer exame de visão com medo de proibirem de dirigir ou falar grosseiramente com as pessoas.

É importante o cuidador saber diferenciar, o desvio de conduta por desrespeito à sociedade, da situação de mudança repentina de comportamento por alguma patologia (doença) neurológica que pode gerar um quadro de agressividade.

- **CUIDADO DIGNO**

O cuidado domiciliar é geralmente exercido por familiares, cuidadores informais ou pessoas solidárias por amor ou compaixão, mas, com o passar do tempo pode se transformar em cansaço e gerar desgaste físico, emocional e financeiro. Diante desta situação, o cuidador treinado e com conhecimento específico é fundamental para proporcionar qualidade de vida para o idoso e sua família, facilitando e valorizando sua dignidade e convivência social. O cuidado Humanizado não deve ser automático e rotulado. Cada indivíduo deve receber o cuidado personalizado, de acordo com os critérios técnicos, respeito às diferenças de cada situação específica.

A religião é de extrema importância para promover a qualidade de vida e o alívio do sofrimento psicológicos e espiritual do paciente em fase terminal. Valorizar as crenças é essencial para promover o conforto e a dignidade.

O atendimento humanizado é essencial no cuidado, é o nosso olhar vai fazer com que o cliente se sinta forte e corajoso diante dos desafios diários da vida.

COMO PRESERVAR A DIGNIDADE:

- Olhe e cuide com amor.
- Tente se imaginar sendo o Cliente e tenha um olhar digno.
 - Direito de estar limpo (se necessário o uso da fralda, preservar sua intimidade).

- Buscar o alívio da dor física e psicológica
- Direito de estar sem medo ou angústia pelo medo da morte e da dependência.
- Direito de ter ajuda que não seja invasiva.
- Perguntar se gosta de contato físico (10% das pessoas não gostam de massagem)
- Converse olhando nos olhos
- Fale a verdade sempre que possível
- Ouça o que o cliente tem para falar e não condene suas ideias
- Seja bem-humorado
- Cuide com leveza
- Respeitar os valores de cada cliente
 - Respeitar o receio de ficar sem roupa na presença de estranhos
 - Reconhecer e aceitar os valores morais do cliente.
- Respeitar as crenças de cada cliente
 - Respeitar a sua religião, escutar sem preconceito.
 - Respeitar e aceitar sua opinião política
 - Incentivar que o paciente fale sobre seus medos. Respeitar suas angústias.
 - Perguntar o que você pode fazer para aliviar seu sofrimento? (rezar?...)

COMO PRESERVAR A AUTONOMIA:

- Incentivar a liberdade para agir e de tomar decisões (se o paciente puder fazer escolhas).
- Ele tem o direito de escolher como deseja ser tratado
- Não falar por ele.
- Ofereça oportunidades de escolha no modo de fazer
- Estabeleça uma **rotina** que seja **familiar**.
- Tente entender e responder aos **sentimentos** do **paciente**.
- Ofereça incentivo e apoio.

COMO PRESERVAR A INDEPENDÊNCIA:

- Encoraje realizar ou participar das atividades do dia a dia sempre que possível
- Não agir por ele.
- Evite corrigir o **paciente**. Ajude-o a refazer.
- Ajude o **paciente** a manter-se o mais independente quanto possível.
- Simplifique as instruções passo a passo, estruture e supervisione.
- Seja flexível e **paciente**. O tempo dele é diferente.

MÓDULO 02 – CUIDADOR DE IDOSOS

➤ QUEM É O CUIDADOR

- ✚ CUIDADOR INFORMAL: Membro da família ou pessoa escolhida pela família ou idoso para prestar assistência. Geralmente trabalha em residências.
- ✚ CUIDADOR FORMAL: É o profissional que recebeu treinamento específico para a função que exerce, mediante remuneração e vínculos contratuais. Nesta categoria pode trabalhar em instituições, empresas e casas de família.

REGULAMENTACAO: O cuidador de idoso passou a ser uma profissão após aprovação em 2013 pelo Ministério do Trabalho com a Classificação Brasileira de Ocupação - CBO, sob o código 5162.10. Desde então, o cuidador foi definido como a pessoa que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (Brasil, 2010).

➤ PERFIL DO CUIDADOR

Lidar com seres humanos exige muito mais do que mera formação técnica. O cuidador deve gostar de pessoas, ser responsável, sensível, amigo, dinâmico e atualizado. Precisa ter paciência e se importar com a dor do outro. O olhar de quem cuida é muito

importante para quem está doente. Cuidar é perceber o outro como ele se mostra nos seus gestos ou falas, em sua dor e limitação. O cuidado não pode estar limitado à higiene corporal e a presença humana imparcial. O cuidador deve bater um bom papo, fazer caminhadas, assistir a um filme, ouvir as músicas favoritas do idoso e ajudar nas preparações das refeições, enfim, a boa companhia ajuda muito na qualidade de vida. Um bom cuidador se importa se a fralda está suja, se o cliente está com frio ou com calor, se gosta do contato físico. Busca identificar o que faz bem e o que está incomodando o outro. Se colocar **a disposição**. O cuidador precisa se reconhecer como parte do tratamento e usar o seu talento para ajudar pessoas (quem eu sou? alegre, criativo, bem-humorado, sei ouvir...), seja um instrumento para aliviar o sofrimento.

A CBO destaca as principais competências do cuidador de idoso:

- Preparo físico
- Capacidade de acolhimento
- Capacidade de adaptação
- Empatia
- Respeito a privacidade do idoso
- Paciência
- Capacidade de escuta e percepção
- Saber manter a calma em situações crítica
- Discrição
- Capacidade de tomar decisões
- Capacidade para reconhecer limites pessoais
- Criatividade
- Capacidade de buscar informações e orientações técnicas
- Iniciativa
- Preparo emocional
- Capacidade de Transmitir valores por meio do próprio exemplo e da fala
- Habilidade para administrar o tempo
- Honestidade

1. O QUE FAZ UM CUIDADOR

A principal atribuição do cuidador de idosos é garantir o conforto e o bem-estar da pessoa. Isso inclui uma série de tarefas relacionadas ao paciente e ao ambiente a sua volta. Cuidar da pessoa idosa, zelar pela sua saúde, promover o bem-estar, cuidar da alimentação, cuidar do ambiente familiar e institucional, incentivar a cultura e a educação e acompanhar a pessoa idosa em atividades externas, como passeios, viagens e férias.

- Higiene do corpo
- Higiene oral
- Alimentação
- Conforto físico
- Mudança de posição do paciente acamado
- Massagem de conforto
- Exposição ao sol
- Prevenção de lesão por pressão
- Cuidados com pontos, curativos, drenos, sonda vesical de demora, sonda nasoenteral, ostomias
- Prevenir complicações respiratórias e infecções
- Medicação oral ou tópica
- Reconhecer sinais de intercorrência.

2. O QUE NÃO FAZ UM CUIDADOR

Importante estar ciente sobre as funções que o cuidador não faz para evitar confundi-lo com outro profissional ou colocar em risco a saúde do cliente.

1. Receitar ou indicar remédios e tratamentos
2. Realizar procedimentos específicos da enfermagem
 - RETIRADA DE PONTOS,
 - CURATIVOS COMPLEXOS,
 - DRENOS,
 - SONDA VESICAL DE DEMORA,
 - SONDA NASOENTERAL,
 - OSTOMIAS
 - TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

- TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS e INFECÇÕES
 - MEDICAÇÃO INJETÁVEL
 - RESOLVER INTERCORRÊNCIAS:
3. Cuidar dos serviços domésticos
 4. Servir os demais familiares ou visitas
 5. Passear com animais de estimação, a não ser, que seja em uma atividade de lazer.

SAÚDE DO CUIDADOR- CUIDANDO DE QUEM CUIDA

É necessário cuidar de si para conseguir estar bem para cuidar do outro. A sobrecarga física e emocional dos cuidadores acontece pelo despreparo e pela falta de orientação que pode provocar doenças ou o agravamento de doenças físicas pré-existentes e a sobrecarga psíquica que pode gerar tristeza, angústia, preocupações, ansiedade, dificuldade financeira que gera a necessidade do autocuidado para restaurar a saúde física e mental na própria vida. Muitas vezes o cuidador não se dá conta pelo envolvimento emocional durante a assistência. Os principais sintomas desta sobrecarga é o cansaço, insônia, irritação, depressão, diminuição da sociabilização e outros fatores que dificultam o bom desempenho no trabalho.

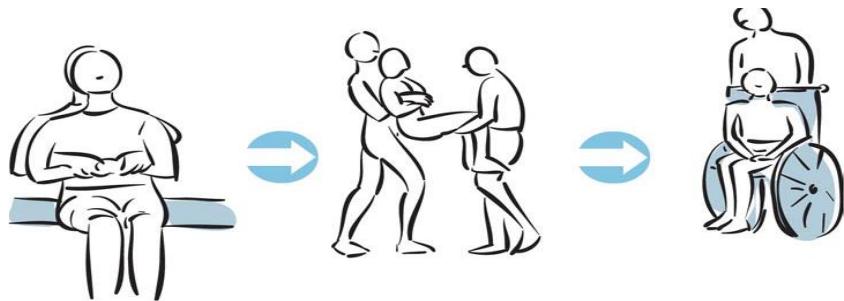
ALGUNS FATORES QUE PODEM INTERFERIR NA A SAÚDE DO CUIDADOR:

1. Dificuldade de comunicação com os familiares
2. Aumento da dependência física e cognitiva do idoso
3. Falta de um local, equipamentos e conhecimentos apropriados para o cuidado.
4. Dificuldade em lidar com as próprias emoções em relação ao cuidado.

COMO MINIMIZAR A SOBRECARGA FÍSICA E EMOCIONAL DO CUIDADOR:

5. Buscar conhecimento de como tornar o cuidado mais leve.
6. Converse com os familiares ou outras pessoas de confiança para revezar o cuidado diário.
7. Fale com profissionais de saúde para entender melhor a doença do idoso.

8. Faça um plano para o cuidado de acordo com as necessidades.
9. Procure na sua comunidade formas de ajudar o idoso.
10. Busque formas de deixar o clima menos pesado, coloque músicas e atividades de preferência do idoso.
11. Faça pausas para descansar e relaxar
12. Seja discreto e imparcial nas relações
13. Ergonomia no trabalho:
 - Mantenha a postura e a coluna ereta
 - Flexione e levante os joelhos
 - Segure objetos com as duas mãos
 - Levante objetos ou pessoas, mantendo os joelhos e o tronco reto.
 - Fique o mais próximo possível da pessoa a ser levantada ou posicionada.



▪ HIGIENE PESSOAL DO CUIDADOR

- ⊕ **BANHO DIÁRIO E LAVAGEM DOS CABELOS** – Principalmente em dias de altas temperaturas, para evitar a proliferação de microrganismos que provocam infecções.
- ⊕ **LAVAGEM DAS MÃOS** – É um dos mais importantes hábitos de higiene, devemos lavar as mãos constantemente ao longo do dia, manter as unhas curtas e limpas, sem adereços, e evitar tocar olhos boca e nariz. Técnica correta da lavagem das mãos:



ESCovação e Higienização dos dentes e língua – Diariamente, pelo menos três vezes ao dia, a língua acumula alimentos que favorece o crescimento de germes que provocam o mau hálito e a disseminação de microrganismos. Não esquecer de usar o fio dental.

Roupas limpas – Não usar roupas descosturadas, faltando botões, rasgadas, amassadas ou com aparência de velha ou suja.

- Escolha roupas confortáveis e do seu tamanho.
- Use roupas adequadas para o seu trabalho, de preferência uniforme, Jaleco ou avental.
- Vista roupas de acordo com o clima
- Não use roupas de outras pessoas sem antes lavá-las.
- Troque as roupas que chegou da rua, antes de ter contato com o idoso.

Cuidados com os pés – Lavar diariamente com água e sabão, esfregar com escova e manter arejado, sempre que possível, para evitar a proliferação de fungos e outros microrganismos que provocam odor. Secar bem entre os dedos após o banho. Cortar as unhas dos pés uma vez por semana.

- ⊕ **CALCADOS E MEIAS** – Os calcados devem ser confortáveis, sempre limpos após cada uso. Deixar arejar. As meias devem ser trocadas diariamente e os sapatos sempre que chegar da rua ou antes de ter contato com o ambiente do idoso.
- ⊕ **BARBA** – manter sempre rente a pele para evitar o acúmulo de microrganismos e o aspecto limpo e agradável.
- ⊕ **ADEREÇOS** – Use adereços pequenos e que possam ser higienizados constantemente. Esses objetos podem causar acidentes e ferimentos, favorecer o acúmulo de germes, e dificultar a higienização.

Assim como o corpo, a mente também precisa ser cuidada. A higiene mental, o descanso do corpo e da mente, o lazer e a presença de pessoas que nos fazem bem, são tão importantes quanto o cuidado com o corpo físico.

Planeje a sua semana ou dia, se desligue das tarefas sempre que possível e tente se ocupar com quem e com o que você gosta e com o que te faz bem.

DIREITOS TRABALHISTAS DO CUIDADOR FORMAL - O Cuidador pode ter muitos tipos de contratos:

- **CELETISTA:** é o cuidador de idosos com vínculo empregatício, regido pela Constituição das Leis de Trabalho conforme artigo 442 da CLT caracterizado como “Acordo expresso correspondente a relação de emprego”.
- **AUTÔNOMO:** é toda pessoa física ou jurídica que exerce atividade profissional remunerada de cuidado ao idoso sem relação de emprego ou qualquer subordinação jurídica. Este tipo de contrato não é regido pela CLT e sim pelo Código Civil Brasileiro e são obrigados a recolher contribuição sindical ao órgão representativo de sua classe para a Previdência social na categoria “Autônomo”.

➤ **DOMÉSTICO:** o cuidador de idoso informal, pessoa física, que presta assistência sem fins lucrativos (membros da família ou amigos) ou mediante salário, sendo contratado pela própria família do idoso. A CLT não protege o cuidador doméstico. Os direitos dos trabalhadores domésticos são garantidos pelas leis nº 5.859/72, 7.418/85, 11.354/06 e no artigo 7º da constituição federal.

Direitos:

1. Carteira assinada
2. Licença maternidade de 120 dias
3. Licença paternidade
4. Aviso Prévio
5. Repouso semanal remunerado
6. Salário-mínimo e irredutibilidade do salário
7. Férias anuais com remuneração acrescida de um terço
8. Décimo-terceiro salário
9. Inscrição na previdência social
10. Vale transporte
11. Descanso remunerado em feriados
12. Estabilidade para gestante
13. Seguro-desemprego

➤ **VOLUNTÁRIO:** é o cuidado prestado de forma gratuita e voluntária. É o cuidador que decide prestar assistência a um idoso por livre espontânea vontade e não há relação de emprego.

ÉTICA NO CUIDADO – A ética é responsável por orientar as ações e comportamentos de acordo com as normas aceitas pela sociedade em que vivemos. São os valores morais de um indivíduo ou grupo. A ética é muito importante no cuidado no sentido de garantir direitos e valores dos idosos, tais como:

- PRIVACIDADE
- DIREITO AO PUDOR
- RESPEITO AOS DESEJOS PRÓPRIOS DO IDOSO
- VALORES RELIGIOSOS E POLÍTICOS

- RESPEITO ÀS LIMITAÇÕES E A DEPENDÊNCIA DO IDOSO
- RESPEITO A AUTONOMIA
- SOLIDARIEDADE
- IDENTIFICAR O IDOSO PELO NOME
- OUTROS...

A ética na assistência ao idoso vai além das normas técnicas e legais, está fortemente ligada ao respeito, empatia e à individualidade da pessoa que depende do cuidado. O cuidador precisa evitar interferências e respeitar a intimidade, as crenças e a dinâmica familiar.

COMUNICAÇÃO COM O IDOSO – A comunicação vai muito além das palavras, envolve gestos, sinais, expressões faciais, postura corporal, proximidade, distância, toque e até mesmo o silêncio é uma forma de comunicação.

Os idosos com dificuldade de comunicação geralmente ficam muito irritados por não conseguirem se expressar ou expor suas vontades, necessidades e desejos. Podemos minimizar essa angústia, podemos usar algumas técnicas para facilitar a comunicação conforme descrição abaixo:

- Procure falar de forma clara e pausada, aumente o tom de voz, somente se for necessário.
- Use frases curtas e objetivas
- Evite tratar o idoso como criança ou falar por eles.
- Fale de frente, sem cobrir aboca, gesticule bem as palavras e procure ambientes iluminados.
- Leia o movimento dos lábios quando a pessoa fala com você
- Aguarde a resposta da primeira pergunta antes de fazer outra, muitos idosos demoram para entender a pergunta e elaborar uma resposta.
- Tenha paciência na escuta, não interrompa ou complete as frases. Deixe que conclua o seu pensamento.
- Se o idoso não consegue se comunicar com palavras expressas, tente através da escrita ou gestos como o piscar de olhos, aperto de mão para perguntas que podem ser respondidas com sim ou não.

- Evite som e ruídos altos no ambiente, avaliar se existe deficiência auditiva ou necessidade de uso de prótese auditiva para facilitar a comunicação.
- Quando a pessoa não entender o que você fala, repita com calma e evitando constranger a pessoa cuidada.
- converse e cante as músicas favoritas do idoso para estimular o uso da voz
- A música ajuda na comunicação por favorecer recordações de lugares, pessoas, acontecimentos e sentimentos.
- Outra forma de comunicação muito importante é o olhar, o carinho, o beijo e o toque que é indispensável para a integração entre o cuidador e a pessoa cuidada.

RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA – A grande maioria das pessoas que necessitam de cuidados são extremamente dependentes da família economicamente, fisicamente e sentimentalmente, porém, cada pessoa assimila essa relação de dependência de formas distintas, que pode promover o distanciamento ou a aproximação nas relações familiares.

Cuidar de uma pessoa querida que esteja debilitada e dependente é uma das situações de maior estresse psicológico na vida, pelas mudanças previstas na Dinâmica Familiar, Perda da privacidade, dedicação exclusiva, aumento dos custos, (telefone, energia, material de limpeza, medicamentos), Aumento do nível de estresse e insegurança com relação ao cuidado.

Além da preocupação gerada pelas inseguranças, incertezas e pelo turbilhão de sentimentos, quando se tem um familiar dependente de cuidados ou enfermo, há outras questões que também trazem preocupações que são as outras demandas familiares de ordem prática que exigem providências, orientações e encaminhamentos.

Neste contexto, o cuidador atua no sentido de auxiliar o paciente e/o familiar a lidar com as atividades da vida diária, às vezes fortalecendo e/ou retomando vínculos familiares. O profissional deverá ter seu olhar voltado para o paciente e a família. Cuidar de um idoso e dar suporte para família exige conhecimento, maturidade, profissionalismo, e, acima de tudo, sensibilidade para compreender que a finitude é um acontecimento único para cada ser. Orientações sobre o trabalho com famílias:

- Reflita sobre a sua experiência familiar e considere as mudanças na dinâmica familiar atualmente.
- O modelo de família ideal não existe na maioria das realidades sociais e devemos respeitar as diferenças sem julgamento ou preconceito. Não podemos mudar o outro e sim aceitar que existem famílias rancorosas e pesadas e outras amorosas, leves e carinhosas.
- Tentar construir um ambiente agradável em benefício da pessoa idosa.
- Promover a interação social, o diálogo e a troca de informações.

RELACIONAMENTO COM A EQUIPE DE SAÚDE – O cuidador deve estar ciente dos seus limites em relação ao cuidado e buscar parceria com a equipe de saúde. Importante estar sempre atento aos sinais e sintomas de intercorrências para avisar a família e a equipe de saúde e não realizar procedimentos técnicos que não são da sua competência.

- **Médico geriatra:** Médico especialista nos problemas relacionados ao envelhecimento.
- **Fisioterapeuta:** Preservar a função motora e prevenir incapacidades
- **Terapeuta Ocupacional:** Busca melhorar a interação social, o desempenho cognitivo, a autonomia e a independência.
- **Assistente Social:** Soluciona problemas institucionais, sociais e familiares referente aos direitos e deveres sociais.
- **Enfermagem:** Realiza procedimentos e educa os cuidadores e familiares para promoção da saúde e prevenção de doenças.
- **Nutricionista:** Avalia o estado nutricional e prescreve a dieta adequada para cada pessoa.
- **Fonoaudiólogo:** Acompanha, trata e previne problemas relacionados à comunicação e deglutição.
- **Odontólogo:** Avalia a saúde oral do idoso.
- **Psicólogo:** avalia o estado mental, emocional e comportamental do idoso.
- **Farmacêutico:** Orienta sobre os medicamentos para os outros profissionais de saúde evitar a iatrogenia.

INTELIGENCIA EMOCIONAL

Inteligência emocional é a capacidade de captar o mundo através dos estímulos, usando o nosso cérebro. Há uma metáfora da neurociência em que podemos imaginar o cérebro dividido em duas áreas: hemisfério esquerdo e hemisfério direito. O hemisfério esquerdo seria o racional, matemático, lógico, cognitivo, analista e crítico. Já o hemisfério direito seria aquele responsável pela intuição, emoções, sentimentos. O lado da compreensão emocional do mundo. Apesar de distintos, a inteligência emocional passa diretamente por esses dois hemisférios. Portanto, aprender a desenvolver a inteligência emocional é um aprendizado fundamental para a vida.

É através do controle dos nossos impulsos, necessidades e sentimentos que podemos dominar sensações de ansiedade, depressão ou explosão.

NECESSIDADES:	SENTIMENTOS & EMOÇÕES:	FALSOS SENTIMENTOS (PERCEPÇÕES)
BEM-ESTAR - (paz) <ul style="list-style-type: none"> • Sustento/Saúde. • Segurança • Descanso/Recreação/Diversão 	INCOMODADO - impaciente, mal-humorado COM RAIVA – furioso, irado, ressentido AVERSÃO – antipatia, desprezo, repulsa CONFUSO – desorientado, intrigado, perplexo DESCONFORTO – perturbado, preocupado	<ul style="list-style-type: none"> • ABANDONADO • ABUSADO • ACUSADO • AMEAÇADO • ATACADO • CRITICADO • DESCONSIDERADO • ENGANADO • IGNORADO • INCOMPREENDIDO • INTIMIDADO • MANIPULADO • NEGLIGENCIADO • PRESSIONADO • PROVOCADO
CONEXÃO (amor) <ul style="list-style-type: none"> • Amor/Cuidado • Empatia/Compreensão • Comunidade/Pertencimento 		
AUTOEXPRESSÃO (alegria) <ul style="list-style-type: none"> • Autonomia/Autenticidade • Criatividade • Significado/Contribuição 		

	<p>DESCONECTADO – distante, indiferente</p> <p>CONSTRANGIDO - envergonhado tímido</p> <p>TEMEROSO – angustiado, ansioso, assustado</p> <p>COM DOR – arrependido, luto, magoado</p> <p>TRISTE – deprimido, desanimado, infeliz</p> <p>ESTRESSADO/ CANSADO - apático, esgotado</p> <p>VULNERÁVEL – frágil, indefeso, inseguro</p> <p>ANSEIO – ciúmes, inveja, desejo</p> <p>AFETO – amoroso, carinhoso, simpático</p> <p>INTERESSADO – atento, comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • REBAIXADO • REJEITADO • SOBRECARREGADO • TRAÍDO
--	---	--

	<p>CONTENTE – alegre, animado, feliz, satisfeito</p> <p>GRATO – agradecido, comovido tocado</p> <p>ESPERANÇOSO – encorajado, otimista</p> <p>EM PAZ – aliviado, calmo, relaxado satisfeito</p> <p>DESCANSADO – energizado, reanimado.</p>	
<p>Dessa forma, a partir do momento em que começamos a perceber que somos movidos principalmente pelos sentimentos, e isto acontece inconscientemente, é que identificamos a importância de saber como a inteligência emocional é constituída.</p>		

OS CINCO PILARES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL - Essa lógica é de Daniel Goleman, psicólogo e jornalista científico. Também autor do livro “Inteligência Emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente”. De acordo com Goleman, estes cinco pilares são determinantes para se ter êxito nos relacionamentos e no trabalho, e até bem-estar físico:

1 - Conhecer as próprias emoções - Conhecer-se. Analisar suas emoções e os atos que você faz como resposta aos seus estímulos. Quando você se sente frustrado, será esta uma resposta verdadeira ou ela pode estar escondendo um outro sentimento? E a ansiedade? Não será ela responsável por esconder outras emoções muito mais complexas? Por trás deste sentimento, pode existir medo do fracasso, receio de julgamentos, temor de se apresentar em frente a um público. Reconhecer verdadeiramente seus sentimentos, a ponto de nomear corretamente as suas emoções, é o primeiro passo fundamental para desenvolver a Inteligência Emocional. Ou seja, é preciso conhecer as emoções para poder gerenciá-las. Por isso, conhecer as próprias emoções é a chave da Inteligência Emocional. No entanto, também é preciso estar ciente do processo gradual que implica esse conhecimento e como ele varia de pessoa para pessoa. A fim de facilitar o processo de descoberta, um exercício simples e benéfico é anotar, ao fim de cada dia, os sentimentos que você percebeu e como lidou com eles.

2 - Controlar as emoções - O gerenciamento das emoções é feito a partir do conhecimento delas. Logo, após entender as suas emoções, é o momento de trabalhá-las. Ao finalizar uma semana, anotando os seus sentimentos e a forma como lidou, faça um balanço. Quais foram os sentimentos mais frequentes? Quais as formas como você lidaram com esses sentimentos? Segundo Daniel Goleman, a consciência das emoções é fator essencial para o desenvolvimento da inteligência do indivíduo. Ao controlar as emoções é importante entender a diferença existente entre dois conceitos: autopercepção e heteropercepção. A autopercepção se refere ao que entendemos e percebemos. A heteropercepção diz respeito ao modo como os outros enxergam a mesma situação. Muitas vezes, através da primeira, achamos que nosso modo de agir é assertivo.

No entanto, pessoas ao nosso redor podem interpretar nossas ações como as de uma pessoa ríspida. O que as pessoas enxergam não é, necessariamente, o que você pensa. Sendo assim, conhecer as possíveis percepções alheias também é fundamental para trabalhar sua Inteligência Emocional. É por meio deste controle que se domina a melhor forma de emitir mensagens e, assim, evitar entendimentos distorcidos.

3 – Automotivação - O domínio sobre a percepção lançada quando emitimos uma mensagem tem relação com o gerenciamento das nossas emoções. Aprender a gerenciar as emoções e racionalizar antes de tomar qualquer decisão traz grandes benefícios. É esse gerenciamento que possibilita a diminuição de conflitos interpessoais ou mesmo conflitos internos. Você, no controle e gerenciamento das suas emoções, tem um caminho muito mais tranquilo e equilibrado em direção aos seus objetivos. Isto implica, principalmente, na mudança de antigos padrões de comportamento. É preciso acreditar que dá para mudar. Não existe o “eu sou assim mesmo”. É neste momento que a automotivação mostra sua importância como um dos pilares fundamentais da Inteligência Emocional. Portanto, a automotivação é fundamental para investir em uma mudança que possibilitará maior crescimento no trabalho, nos relacionamentos, na vida. Lembre-se do investimento na sua mudança e nos benefícios pessoais e profissionais que o domínio da inteligência emocional trará.

4 – Empatia - Colocar-se no lugar do outro. Isto é empatia. Tal qual a inteligência emocional, a empatia é um conceito que tem ganhado grande destaque, não sem razão. Como, no entanto, colocar-se no lugar do outro, de maneira realmente sensível e aberta, desprovida de julgamentos? A empatia envolve muito mais do que validar e respeitar o sentimento do outro. A empatia diz respeito a se inserir no contexto em que o outro está. É entender por que, para o outro, aquele sentimento despertou determinada emoção. Importante ter consciência do fato de que a empatia é uma escolha. É um processo que requer dedicação. Ser empático é fundamental no desenvolvimento da Inteligência Emocional. A empatia é importante porque melhora as relações humanas e possibilita ver as coisas pelo ângulo das outras pessoas. Ter empatia, tornar-se mais habilidoso nas relações com outros, entender os desejos e motivações do outro, é fundamental para a vida em sociedade.

5 - Relacionar-se interpessoalmente - Sempre precisaremos do outro. Somos parte de um organismo maior. O organismo social. Para se relacionar bem, socialmente, é fundamental o equilíbrio entre a empatia, o autocontrole a autoconsciência. Conhecer e se relacionar com pessoas é conhecer

possibilidades. Quanto mais você domina a sua empatia, mais você constrói relações positivas e saudáveis. Tanto no âmbito familiar quanto profissional, é importante saber se relacionar interpessoalmente. E conseguir transitar entre os grupos, relacionando-se bem com eles, é um dos pilares da inteligência emocional. Relacionamentos baseados no respeito são, sem dúvida, uma das formas mais eficientes de criar um ambiente positivo ao seu redor. E conseguir transitar entre os grupos, relacionando-se bem com eles, é um dos pilares da inteligência emocional. Relacionamentos baseados no respeito são, sem dúvida, uma das formas mais eficientes de criar um ambiente positivo ao seu redor. A mudança depende de você.

A maneira como lidamos com nossas questões pessoais e nos relacionamos com o outro e o mundo é determinante para obtermos qualidade de vida. O autoconhecimento é a base da Inteligência Emocional. Em resumo, praticar a Inteligência Emocional é algo realmente transformador quando você consegue dominar suas emoções e usá-las a favor de si mesmo.

MÓDULO 03 – DOENÇAS

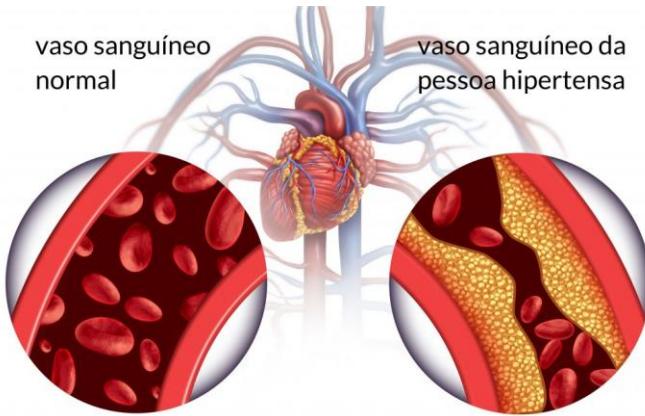
As alterações que ocorrem no processo de envelhecimento favorecem o surgimento de diversas doenças. É importante que o cuidador conheça um pouco sobre as doenças mais frequentes no idoso para saber como cuidar promovendo a saúde e prevenindo complicações que podem levar a piora do quadro clínico.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÓLICA - HAS

Aproximadamente 50 % das pessoas com mais de 60 anos têm hipertensão arterial ou pressão alta, que é uma doença que ataca os vasos sanguíneos, coração,

cérebro, olhos e pode causar paralisção dos rins. Ocorre quando a medida da pressão se mantém frequentemente acima de 140 por 90 mmHg.

Fatores que favorecem o aparecimento da HAS:



- Herdamos dos pais em 90% dos casos
- Fumo,
- Consumo de bebidas alcoólicas,
- Obesidade,
- Estresse,
- Consumo de sal em excesso
- Colesterol alto
- Falta de atividade física;
- Raça negra
- Idade acima de 50 anos
- Diabéticos.

Sintomas: Muitas pessoas que têm HAS não apresentam nenhuma queixa. Os sintomas da hipertensão costumam aparecer somente quando a pressão sobe muito: podem ocorrer dores no peito, dor de cabeça, dor na nuca, tonturas, zumbido no ouvido, fraqueza, visão embaçada e sangramento nasal.

Diagnóstico: Medir a pressão regularmente é a única maneira de diagnosticar a hipertensão.



Clasificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤120	≤80
Pré-Hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110

Pessoas com Hipertensão devem aferir a pressão periodicamente e registrar os resultados e outras informações relevantes para que o médico avalie se o tratamento precisa de ajustes.

Prevenção e controle:

A pressão alta não tem cura, mas tem tratamento e pode ser controlada. Somente o médico poderá determinar o melhor método para cada paciente, mas além dos medicamentos disponíveis atualmente, é imprescindível adotar um estilo de vida saudável:

- Manter o peso adequado, se necessário, mudando hábitos alimentares;
- Não abusar do sal, utilizando outros temperos que ressaltam o sabor dos alimentos;
- Praticar atividade física regular;
- Aproveitar momentos de lazer;
- Abandonar o fumo;
- Moderar o consumo de álcool;
- Evitar alimentos gordurosos;
- Controlar o diabetes.

Tratamento:

- Alimentação com pouco sal
- Exercícios físicos

- Controle de estresse
- Medicamentos anti-hipertensivos (diuréticos que eliminam o sal pelo xixi, vasodilatadores e outros).
- Avaliações são periódicas poia a conduta, entretanto, depende de cada caso.
- Um estilo de vida balanceado sempre vai ajudar, não importa a gravidade.

DIABETES - DM

Diabetes Mellitus é uma doença caracterizada pela diminuição da produção de insulina pelo pâncreas. A insulina é um hormônio que tira o açúcar (glicose) que comemos no nosso sangue e leva para as células do nosso corpo desempenhar as suas funções. No diabetes existe uma elevação da glicose no sangue (hiperglicemia) que pode provocar muitas complicações como a cegueira, amputações, problemas nos rins e em outros órgãos.

Fatores que favorecem o aparecimento do diabetes:

- Obesidade
- Vida sedentária
- Infecção
- Trauma emocional
- Alguns Medicamentos
- Cirurgia
- Algumas viroses

Classificação do Diabetes:

- **Diabetes Tipo 1 (DM 1)** – Essa forma de diabetes ocorre por um processo imunológico, ou seja, o próprio sistema de defesa do nosso organismo destrói as células do pâncreas que produzem a insulina. Esse tipo acontece mais em crianças e adultos jovens, mas pode ser desencadeado em qualquer faixa etária.
- **Diabetes Tipo 2 (DM 2)** – Nesta forma de diabetes está incluída a grande maioria dos casos (cerca de 90% dos pacientes diabéticos). Nesses pacientes, as células que produzem a insulina têm sua ação dificultada, caracterizando um quadro de resistência insulínica que leva ao aumento da produção de insulina

para tentar manter a glicose em níveis normais. Esse tipo acontece principalmente em adultos a partir dos 50 anos.

Sintomas:

- Urina frequente, inclusive durante a noite,
- Sede excessiva
- Fome exagerada
- Cansaço, fadiga e tontura
- Presença de glicose na urina
- Perda de peso inexplicável
- Demora para cicatrizar feridas e machucados
- Alterações na visão, visão borrada
- Frequência de infecções mais alta do que a normal
- Dormência ou formigamento nas mãos e pés

A Importância do Acompanhamento da equipe de saúde:

É importante que o paciente seja acompanhado pela equipe de saúde para receber orientações de promoção da saúde, prevenção de complicações e informações sobre o tratamento, orientação nutricional adequada, como usar insulina ou outros medicamentos e fornecer orientações sobre atividade física. Esse aprendizado é fundamental não só para o bom controle do diabetes como também para garantir autonomia e independência ao paciente. É muito importante que ele realize suas atividades de rotina, viajar ou praticar esportes com muito mais segurança. É importante o envolvimento dos familiares com o tratamento do paciente diabético, visto que, muitas vezes, há uma mudança de hábitos, requerendo a adaptação de todo núcleo familiar.

Possíveis complicações

- Hipoglicemia ou hiperglicemia
- Infarto do coração
- Aumento da pressão arterial
- AVC - Derrame ou isquemia cerebral.
- Insuficiência dos vasos sanguíneos – feridas (pé diabético) – amputações.

- Lesões nos rins – insuficiência renal
- Lesões nos nervos – neuropatia – dor ou dormência – paralises e ferimentos.
- Lesões nos olhos – retinopatia – cegueira

Tratamento do diabetes:

Alimentação - Uma série de mudanças físicas ocorre no idoso e muitas delas exigem um olhar especial quando o assunto é Nutrição. É comum, por exemplo, o paladar ficar menos apurado, sentir menos sede e muitas vezes, surgir alguma dificuldade no processo de mastigação e/ou deglutição de certos alimentos.

- O apoio familiar e do cuidador para promover a autonomia na compra e preparação das refeições, podem favorecer uma alimentação e envelhecimento saudável.
- Para combater a monotonia alimentar, uma rotina alimentar variada, colorida e balanceada ajuda a prevenir e tratar doenças como obesidade, pressão alta, colesterol elevado e claro, o diabetes.
- Os açúcares e doces em geral são alimentos que devem ser evitados, assim como as frituras, busque sempre opções mais saudáveis como os queijos brancos ao invés de queijos amarelos, que contém mais gordura.
- Reduza o uso de sal dos produtos industrializados, em especial os que contém sódio em excesso – ex. temperos e molhos prontos, sopas de pacotinho, macarrão instantâneo, entre outros. Abuse das ervas e temperos, como salsinha, orégano, manjericão, cominho, hortelã, entre outros;
- Busque ter seis refeições por dia em pequenas quantidades, evite ficar longos períodos em jejum e consuma algo de 3 em 3 horas, aproximadamente. Esse fracionamento auxilia no controle do apetite, do peso e principalmente, na prevenção de quadros de hipoglicemia;
- Hidrate-se! A boa hidratação facilita o funcionamento do intestino e dos rins, entre muitas outras vantagens.

- O consumo equilibrado de todos os grupos alimentares faz a diferença, a pirâmide alimentar ilustra os grupos alimentares essenciais para uma alimentação adequada no controle do diabetes:



Atividade física – Favorece a queima do açúcar do sangue e melhora a circulação do sangue. O nosso corpo é como uma máquina e deve ser estimulado com exercícios. Escolha uma atividade prazerosa e aos poucos sinta os benefícios de manter-se ativo.

Monitore a glicemia - Controlar os níveis de açúcar do sangue auxilia na prevenção de complicações. A glicemia capilar é medida por meio de uma pequena quantidade de sangue que é retirada da ponta do dedo e que é analisada pelo glicosímetro, que é o nome dado ao equipamento. De forma geral, a medição deve ser feita da seguinte forma:

- Lavar as mãos e secar corretamente;
- Inserir uma fita de teste no aparelho de glicemia;
- Espetar o dedo com a agulha do aparelho;
- Encostar a fita de teste à gota de sangue até preencher o depósito da fita de teste;

- Esperar alguns segundos até que o valor de glicemia apareça no monitor do aparelho.

Para evitar espetar sempre o mesmo local, deve-se trocar de dedo a cada nova medição da glicemia capilar. Os aparelhos de glicemia mais recentes também conseguem medir o açúcar de sangue retirado do braço ou coxa, por exemplo. Alguns aparelhos de glicemia podem funcionar de forma diferente, sendo, por isso, importante ler as instruções de utilização do fabricante, antes de usar o aparelho.

Para evitar leituras incorretas, é importante que a limpeza do equipamento seja feita de forma regular e de acordo com a recomendação do fabricante, que as fitas estejam dentro do prazo de validade, que o glicosímetro esteja calibrado e que a quantidade de sangue seja suficiente para a análise.

A glicemia também pode ser medida por meio de um pequeno sensor que é acoplado no braço e que realiza medições constantemente durante o dia e a noite. Esse sensor indica a glicemia em tempo real, nas 8 horas anteriores e qual a tendência da curva glicêmica para os próximos momentos, sendo esse sensor muito eficaz no que diz respeito ao controle da diabetes e prevenção de hipoglicemia e hiperglicemia.

Valores de referência da glicemia

Após medir a glicemia capilar, é importante comparar o resultado com os valores de referência:

	GLICEMIA NORMAL	GLICEMIA ALTERADA	DIABETES
EM JEJUM	Inferior a 99 mg/dl	Entre 100 e 125 mg/dl	Superior a 126 mg/dl
2 HORAS APÓS O INICIO DA ULTIMA REFEIÇÃO	Inferior a 130 mg/dl		Superior a 200 mg/dl

Algumas observações importantes:

- Registrar os resultados e outras informações relevantes para que o médico avalie se o tratamento precisa de ajustes.
- Alguns aparelhos precisam da troca de chip a cada nova caixa de tira para calibração.
- Alterne os dedos para a realização dos testes.
- Se não for realizar mais de um teste diariamente é importante alternar os horários para ver como a glicemia se comporta ao longo do dia.
- Nunca reutilize as fitas reagentes ou lancetas. Elas têm potencial risco de infecção.
- Em caso de dúvida procure o médico ou enfermeiro.

Medicações:

- Comprimidos
- Insulina – cuidado na aplicação, dosagem e controle da alimentação para evitar hipoglicemia.



Conhecimento para evitar complicações

- **HIPOGLICEMIA:** é a queda rápida do açúcar do sangue que pode levar ao desmaio e até o coma. O desmaio por hipoglicemia é a complicaçāo mais grave e frequente do diabético pela queda da quantidade de açúcar no sangue.

Esta ocorre habitualmente depois da realização de exercício físico, por jejum prolongado ou por exagero da dose de insulina.

SINAIS E SINTOMAS:

- Sudorese (suor em excesso)
- Tremores
- Visão turva
- Dor de cabeça
- Fala arrastados, bocejos repetidos e expressão apática,
- Irritabilidade ou alterações no humor
- Palidez
- Tremores das mãos;
- Fome intensa
- Enjoo e vômitos;
- Confusão mental,
- Palpitações, pulso rápido;
- Perda da fala e dos movimentos ativos;
- Desmaio, convulsão, coma.

O QUE FAZER:

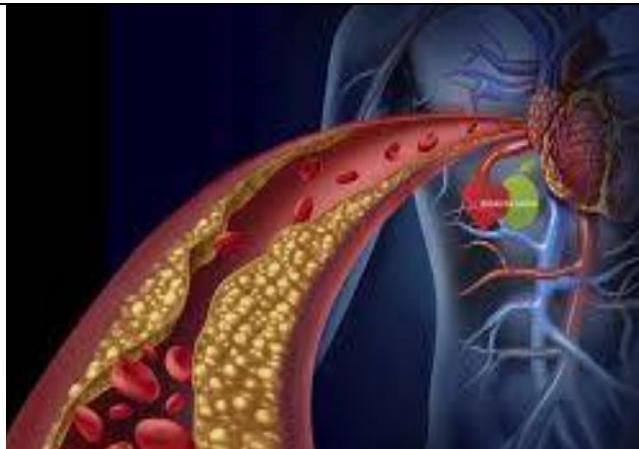
- Arejar o ambiente
- Desapertar as roupas se a vítima estiver consciente:
- Dar açúcar misturado em algumas gotas de água ou outro líquido açucarado.
- Diminuir os intervalos de jejum e conversar com a equipe médica e a família para avaliar necessidade de adaptação dos medicamentos em uso.
- Em caso de desmaio, fazê-la sentar-se com a cabeça entre os joelhos quando possível ou colocar o idoso em posição horizontal, com as pernas levantadas (pode usar uma cadeira)
- CUIDADOS COM O PÉ DIABÉTICO:



- Lave os **pés** diariamente com água e sabão neutro.
- Seque bem entre os dedos.
- Mantenha os **pés** limpos
- Mantenha a pele hidratada (evitar entre os dedos).
- Faça massagens ascendentes para melhorar a circulação.
- Evite ficar na mesma posição por muito tempo.
- Utilize meias sem costura.
- Não ande descalço.
- Tenha **cuidado** na hora de cortar as unhas.
- Utilize calçados confortáveis e adequados.
- Verifique os calcados antes de usar.
- Pratique um exercício físico.

DISLIPIDEMIA E ATROSCLEROSE

A **doença cardiovascular aterosclerótica** é responsável pela metade das doenças e morte em todo o mundo.



Dislipidemia – Caracterizada pelo excesso de gorduras (lipídeos/colesterol) no sangue. Colesterol total, HDL, LDL e triglicírides. Quando estes níveis ficam elevados, é possível que placas de gordura se formem e se acumulem nas artérias, o que pode levar à obstrução parcial ou total do fluxo sanguíneo que chega ao coração e ao cérebro.

Aterosclerose – É uma inflamação, com a formação de placas de gordura, cálcio e outros elementos na parede das artérias do coração e de outras localidades do corpo humano, como por exemplo, cérebro, membros inferiores.

A aterosclerose se inicia desde a infância e as manifestações clínicas ocorrem mais tarde, na vida adulta e quanto maior o número de fatores de risco, maior o grau e gravidade da doença.

FATORES DE RISCO:

- **Dislipidemia**
- **Hipertensão arterial**,
- **Diabetes**,
- **Tabagismo**
- **Sedentarismo**.
- Idade e gênero: homem com mais de 45 anos / mulher com mais de 55 anos

- História familiar precoce de aterosclerose (parentes de primeiro grau com menos de 55 anos para homens e menos de 65 anos para mulheres)

TRATAMENTO:

- **Alimentação saudável** para reduzir os níveis de gordura do sangue (Colesterol total, LDL e triglicérides)
- LDL (Colesterol ruim): Quanto MAIOR a quantidade de colesterol LDL, **MAIOR** a chance de doenças;
- HDL(Colesterol bom): Quanto MAIOR a quantidade de colesterol HDL, **MENOR** o risco, ou seja, níveis de colesterol HDL maiores do que 60 mg/dL protege contra doenças.
- Níveis de triglicérides maiores que 150 mg/dL aumentam o risco de doença aterosclerótica coronariana.
- **Perda de peso**
- **Atividade física regular**
- **Medicamentos** para pessoas que geneticamente produzem muita gordura pelo organismo.
- **Cirurgia para desobstrução das artérias.**

OSTEOPOROSE

Osteoporose é uma doença provocada pela perda progressiva de massa óssea, tornando os ossos fracos e predispostos a fraturas.

Prevenção ou no controle da osteoporose:

- Alimento rico em cálcio é fundamental para o fortalecimento dos ossos (leite e derivados, como iogurtes e queijos).
- Os médicos indicam dois copos de leite desnatado e uma fatia de queijo branco por dia;
- Consumir verduras de folhas escuras, como brócolis, espinafre e couve;
- Evitar carne vermelha, refrigerante, café e sal;
- Banho de sol de forma moderada para estimular a produção de vitamina D e a absorção do cálcio pelo organismo.

- Basta de 20 a 30 minutos de sol por dia, entre 6h e 11h;
- Não fumar e evite o consumo excessivo de álcool;
- Exercício físico, independentemente da idade inicie um programa de exercícios (pode ser caminhada ou atividade na cama para fortalecer os músculos, melhorar o equilíbrio e os reflexos, evitando as quedas);
- Obstáculos como móveis, tapetes soltos e pouca iluminação, podem facilitar quedas e fraturas em pessoas com osteoporose.

Como deixar a casa segura para evitar quedas:

- Na cama, antes de levantar-se, é importante se sentar e apoiar os pés no chão para evitar a hipotensão postural (tonturas);
- A mesa de cabeceira deve ser 10 cm mais alta do que a cama e com bordas arredondadas.
- Se possível, fixe os móveis no chão ou na parede para evitar o deslocamento caso a pessoa precise apoiar
- Sempre que possível, instale os interruptores de luz próximos à cama, ou adote um abajur;
- Prefira pisos antiderrapantes para áreas molhadas (como box e corredores);
- Evite tapetes soltos e prefira os de borracha e antiderrapantes;
- O corrimão das escadas deve ter altura média de 80 cm e os degraus das escadas devem ser marcados com fitas antiderrapantes.

CÂNCER

AGENTE CARCINOGENICO: São os fatores que podem interagir de diversas formas para causar o surgimento do câncer. Os fatores de risco ambientais de câncer são denominados cancerígenos ou carcinógenos. Esses fatores alteram a estrutura genética (DNA) das células.

CAUSAS EXTERNAS (presentes no meio ambiente):

- 80% e 90% dos casos de câncer estão associados a causas externas, os comportamentos que causam o câncer.
- Ambiente (água, terra e ar),
- Trabalho (indústrias químicas e afins),

- Consumo (alimentos, medicamentos),
- Social e cultural (formas de agir e de se comportar).

CAUSAS INTERNAS (como hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas):

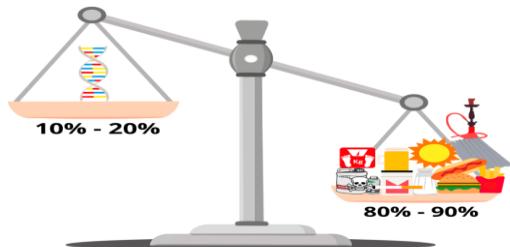
- O envelhecimento natural do ser humano traz mudanças nas células, que as tornam mais vulneráveis ao processo cancerígeno. Isso, somado ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, explica, em parte, o porquê de o câncer ser mais frequente nessa fase da vida.
- As causas internas estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas.
- Apesar de o fator genético exercer um importante papel na formação dos tumores (oncogênese), são raros os casos de câncer que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos.
- Existem ainda alguns fatores genéticos que tornam determinadas pessoas mais suscetíveis à ação dos agentes cancerígenos ambientais.

PREVENÇÃO DO CÂNCER: A prevenção do câncer engloba ações realizadas para reduzir os riscos de ter a doença.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA é impedir que o câncer se desenvolva. Evitar a exposição aos fatores de risco de câncer e a adoção de um modo de vida saudável.

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA é detectar e tratar doenças pré-malignas (por exemplo, lesão causada pelo vírus HPV ou pólipos nas paredes do intestino) ou cânceres assintomáticos iniciais.

Não fume
Alimentação saudável protege
contra o câncer.
Mantenha o peso corporal
adequado.



Pratique atividades físicas.

Evite a ingestão de bebidas alcoólicas.

Evite a exposição ao sol entre 10h e 16h e use protetor solar

CONVIVENDO COM O CÂNCER – Orientações para pacientes, familiares e cuidadores:

O INCA distribui gratuitamente uma série de cartilhas com informações sobre seus serviços, direitos oferecidos e orientações sobre o tratamento no hospital ou em domicílio.

TRATAMENTO DO CÂNCER – O tratamento do câncer pode ser feito através de cirurgia, quimioterapia, radioterapia, ou transplante de medula óssea. Em muitos casos, é necessário combinar mais de uma modalidade.

QUIMIOTERAPIA: É um tipo de tratamento em que se utilizam medicamentos para combater o câncer. Estes medicamentos se misturam com o sangue e são levados a todas as partes do corpo, destruindo as células doentes que estão formando o tumor e impedindo, também, que se espalhem. Algumas vezes, certos remédios podem causar uma sensação de desconforto, ardência, queimação, placas avermelhadas na pele e coceira. Avise imediatamente ao profissional que estiver acompanhando em qualquer um desses sintomas.

RADIOTERAPIA: A radioterapia é um tratamento no qual se utilizam radiações ionizantes (raio-x, por exemplo), que são um tipo de energia para destruir ou impedir que as células do tumor aumentem. Essas radiações não são vistas e durante a aplicação você não sentirá nada. Podem acontecer efeitos colaterais. Por isso, é importante consultas de revisão periodicamente.

EFEITOS COLATERAIS DA QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA: Falta de apetite, diminuição da saliva, enjoos, vômito, alteração no paladar, diarreia e outros.

CÂNCER TERMINAL

O cuidador, a equipe de saúde e a família devem buscar promover o conforto e a qualidade de vida para o portador de uma doença sem possibilidade de cura. A dor é uma das mais frequentes razões de incapacidade e sofrimento para pacientes com câncer em progressão. Em algum momento da evolução da doença, 80% dos pacientes experimentarão dor. É importante o cuidador atentar para sintomas

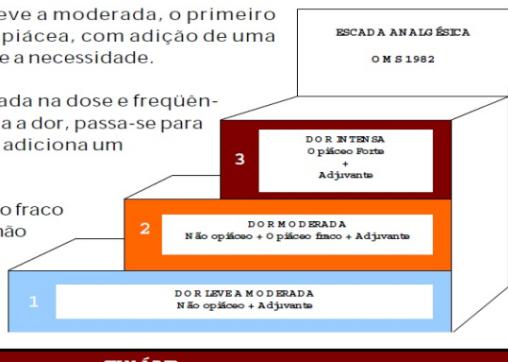
PRINCÍPIOS GERAIS DE CONTROLE DA DOR

Os princípios do controle da dor em pacientes com câncer têm sido sumariados pela *World Health Organization (WHO)* por meio de um método eficaz, podendo-se aliviar a dor do câncer em 80% dos casos.

Para pacientes com dor leve a moderada, o primeiro degrau é usar droga não opiócea, com adição de uma droga adjuvante, conforme a necessidade.

Se a droga não opiócea, dada na dose e freqüência recomendada não alivia a dor, passa-se para o segundo degrau, onde se adiciona um opiódeo fraco.

Se a combinação de opiódeo fraco com o não opiódeo também não for efetiva no alívio da dor, substitui-se o opiódeo fraco por um forte.



SUMÁRIO			
DEGRAU	CATEGORIA	PROTÓTIPO	SUSTITUTOS
1	Não opióideo	Aspirina®	Acetaminofeno / Paracetamol
2	Opídeo Fraco	Codeína	Tramadol
3	Opídeo Forte	Morfina	Metadona / Fentanil / Oxicodona

Instituto Nacional de Câncer

de dor e informar a equipe de saúde ou a família para adequar a medicação para que ele fique confortável.

DEMÊNCIAS

Demência é o termo utilizado para descrever os sintomas de um grupo de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa, que pode ser pela perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e alterações das reações emocionais normais. O principal fator de risco para a demência é o envelhecimento.

Tipos de demências:

- **Alzheimer** - Cerca de 60 a 80% dos idosos com demência tem a doença de Alzheimer
- Demência vascular - é o segundo tipo de demência mais frequente, ficando atrás apenas do Alzheimer, e acontece quando o suprimento sanguíneo do cérebro é prejudicado devido a problemas cardiovasculares, resultando em alterações cerebrais e, consequentemente, na demência. A principal causa deste tipo de demência é o AVC.
- **Parkinson** - É uma doença neurológica que pode provocar a demência tardiamente na sua evolução.
- Demência senil – Ocorrem progressivamente após os 65 anos.
- **Doença de Huntington** - É uma doença neurológica não muito frequente que também pode provocar a demência na sua evolução.

- **Outras.**

Alzheimer é uma doença degenerativa do cérebro que acomete pessoas com mais idade. Funções cerebrais como memória, linguagem, cálculo, comportamento são comprometidas de forma lentamente e progressiva levando o paciente a uma dependência para executar suas atividades de vida diária.

Importante:

- O tratamento medicamentoso do Alzheimer e de outras demências costuma ser realizado pelo neurologista
- Toda equipe de saúde deve ser envolvida para minimizar o impacto desta condição no doente, família e comunidade.
- Manter acompanhamento clínico de pacientes para prover manejo para sintomas quando indicado.
- Orientações básicas aos cuidadores:
 - Manter, ao máximo, a rotina diária.
 - Não modificar bruscamente o ambiente em que a pessoa vive.
 - Expor-se à luz solar no período da manhã por pelo menos 60 minutos (até 10h da manhã com protetor solar).
 - Praticar caminhadas e atividade física.
 - Evitar luminosidade e barulho à noite.
 - Tomar banhos com água em temperatura de 35 a 40 °C.
 - Ser estimulado cognitiva e emotivamente com linguagem verbal e não verbal.
 - Estimular participação em grupos de apoio como terapia do toque ou musicoterapia.
 - Promover atividades de lazer para a qualidade de vida de acordo com as preferencias do idoso.

1. Remédios para o Alzheimer

O paciente com Alzheimer precisa tomar remédios para a demência diariamente, que ajudam a retardar o avanço da doença e controlam os comportamentos, como a agitação e a agressividade.

2. Treino para o cérebro

O treinamento das funções cerebrais deve ser feito diariamente para estimular a memória, a linguagem, a orientação e atenção do paciente, podendo ser feitas atividades individuais ou em grupo. O objetivo das atividades, como completar quebra-cabeça, ver fotografias antigas ou ler o jornal por exemplo, é estimular o cérebro para que funcione adequadamente, durante o máximo de tempo, ajudando a recordar momentos, a manter a fala, a fazer pequenas tarefas e a reconhecer outras pessoas e a si mesmo.

É fundamental promover a orientação do paciente, tendo um calendário na parede de casa atualizado, por exemplo, ou informando-o várias vezes ao dia sobre qual o seu nome, a data ou a estação do ano.

3. Atividade física

O Alzheimer leva à diminuição da mobilidade da pessoa, aumentando a dificuldade para andar e manter o equilíbrio, que impossibilita a realização de forma autônoma das atividades do dia a dia, como andar ou deitar-se, por exemplo. Desta forma, a atividade física tem várias vantagens para o paciente com Alzheimer, como:

- Evitar dor nos músculos e articulações;
- Prevenir quedas e fraturas;
- Aumentar os movimentos peristálticos do intestino, facilitando a eliminação das fezes;

Se possível, fazer atividade física todos os dias como caminhadas ou hidroginástica. Com a gravidade da doença, pode ser preciso fazer sessões de fisioterapia para manter qualidade de vida.

4. Contato social

O paciente com Alzheimer deve manter contato e interagir com amigos e familiares para evitar o isolamento e a solidão que leva ao aumento da perda de capacidades cognitivas. No entanto, é importante estar em locais calmos, já que o barulho pode aumentar o nível de confusão, deixando a pessoa mais agitada ou agressiva.

5. Adaptação da casa

O paciente com Alzheimer tem maior risco de cair, devido ao uso de remédios e à perda de equilíbrio e, por isso, sua casa deve ser ampla e não deve ter objetos nos locais de passagem. Além disso, o paciente deve usar sapatos fechados e roupa confortável para não cair. Veja todas as dicas importantes sobre como deve adequar a casa para prevenir quedas

6. Como falar:

O paciente com Alzheimer pode não encontrar as palavras para se expressar ou mesmo não compreender o que lhe é dito, não cumprindo ordens, e, por isso, é importante ter calma enquanto comunica com ele. Para isso, é preciso:

- **Estar próximo** e olhar nos olhos o paciente, para o paciente perceber que estão falando consigo;
- **Segurar a mão** do paciente, para demonstrar carinho e compreensão;
- **Falar calmamente** e dizer frases curtas;
- **Fazer gestos** para explicar o que está dizendo, exemplificando caso seja necessário;
- **Usar sinônimos** para dizer a mesma coisa para o paciente compreender;
- **Ouvir** o que o paciente quer dizer, mesmo que seja algo que já disse várias vezes, pois é normal ele repetir as ideias.

Além da doença de Alzheimer o paciente pode ouvir e ver mal e, por isso, pode ser necessário falar mais alto e de frente para o paciente para que este ouça corretamente. No entanto, a capacidade cognitiva do paciente com Alzheimer está muito alterada e mesmo se siga as indicações ao falar é possível que mesmo assim este não compreenda.

7. Segurança:

Geralmente, o doente com Alzheimer não identifica os perigos e, pode por em risco sua vida e dos outros e para minimizar os perigos, deve-se:

- **Colocar uma pulseira de identificação** com o nome, morada e telefone de um familiar no braço do paciente;
- **Informar os vizinhos do estado do paciente**, para caso necessário, ajudá-lo;
- **Manter as portas e janelas fechadas** para evitar que fuja;

- **Esconder chaves**, principalmente de casa e do carro porque o paciente poderá ter vontade de conduzir ou sair de casa;
- **Não ter objetos perigosos visíveis**, como copos ou facas, por exemplo.

Além disso, é fundamental o paciente não andar sozinho, devendo sair de casa sempre acompanhado, porque o risco de se perder é muito elevado.

8. Como cuidar da higiene

Com o avançar da doença, é comum o doente precisar de ajuda para fazer sua higiene, como tomar banho, vestir-se, ou pentear-se por exemplo, pois, além de se esquecer de o fazer, deixa de reconhecer a função dos objetos e como se faz cada tarefa. Assim, para o paciente se manter limpo e confortável, é importante ajudá-lo na sua realização, mostrando como se faz para que este consiga repetir. Além disso, é importante envolvê-lo nas tarefas, para que este momento não lhe cause confusão e gere agressividade.

9. Como deve ser a alimentação

O doente com o mal de Alzheimer perde a capacidade de cozinhar e, aos poucos, vai perdendo a capacidade de comer pela própria mão, além de poder ter dificuldade em engolir. Desta forma, o cuidador deve:

- **Preparar refeições que agradem o paciente** e não dar alimentos novos a experimentar;
- **Usar um guardanapo grande**, como um babador,
- **Evitar falar durante a refeição** para não distrair o doente;
- **Explicar o que está a comer** e para que servem os objetos, garfo, copo, faca, caso o paciente rejeite alimentar-se;
- **Não contrariar o paciente** se ele não quiser comer ou se quiser comer com a mão, para evitar momentos de agressividade.

Além disso, pode ser necessário, fazer uma alimentação indicada por um nutricionista, de modo a evitar desnutrição e, no caso de problemas de deglutição pode ser necessário fazer uma dieta mole. Leia mais em: O que comer quando não posso mastigar.

10. O que fazer quando o paciente está agressivo

A agressividade é uma característica da doença de Alzheimer, manifestando-se através de ameaças verbais, violência física e destruição de objetos.

Normalmente, a agressividade surge porque o paciente não comprehende as ordens, não reconhece pessoas e, por vezes, por sentir frustração ao aperceber-se da perda de suas capacidades e, nesses momentos, o cuidador deve manter a calma, procurando:

- **Não discutir nem criticar o paciente**, desvalorizando a situação e falando com calma;
- **Não tocar na pessoa** quando está agressiva;
- **Não mostrar medo nem ansiedade** quando o paciente está agressivo;
- **Evitar dar ordens**, mesmo que simples durante esse momento;
- **Retirar objetos que possam ser atirados** da proximidade do paciente;
- **Mudar de assunto e incentivar o paciente a fazer algo que gosta**, como ler o jornal, por exemplo, de modo a esquecer-se do que provocou a agressividade.

Geralmente, os momentos de agressividade são rápidos e passageiros e, normalmente o doente com o Mal de Alzheimer não se recorda do acontecimento.

DEPRESSÃO

A depressão é um problema médico grave e muito comum na população em geral. No Brasil, cerca de **15,5% da população tem depressão**. Segundo a OMS – Organização Mundial da Saúde, a depressão ocupa o 1º lugar quando considerado o tempo vivido com incapacitação ao longo da vida (11,9%).

Causas da depressão:

- **Genética** - Estima-se que esse componente represente 40% da suscetibilidade para desenvolver depressão;
- **Bioquímica cerebral** - Deficiência de substâncias cerebrais, chamadas neurotransmissores (Noradrenalina, Serotonina e Dopamina) que estão envolvidos na regulação da atividade motora, do apetite, do sono e do humor;

- **Eventos vitais** - Eventos estressantes podem desencadear episódios depressivos naqueles que tem uma predisposição genética a desenvolver a doença.

Fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento da depressão:

- Histórico familiar;
- Transtornos psiquiátricos correlatos;
- Estresse crônico;
- Ansiedade crônica;
- Disfunções hormonais;
- Dependência de álcool e drogas ilícitas;
- Traumas psicológicos;
- Doenças cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, neoplasias entre outras;
- Conflitos conjugais;
- Mudança brusca de condições financeiras e desemprego.

Sintomas da depressão

- Humor depressivo: sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa. Acreditam que perderam, de forma irreversível, a capacidade de sentir prazer ou alegria. Tudo parece vazio, o mundo é visto sem cores, sem matizes de alegria. Muitos se mostram mais apáticos do que tristes, referindo “sentimento de falta de sentimento”. Julgam-se um peso para os familiares e amigos, invocam a morte como forma de alívio para si e familiares. Fazem avaliação negativa acerca de si mesmo, do mundo e do futuro percebem as dificuldades como intransponíveis, tendo o desejo de pôr fim a um estado penoso. Os pensamentos suicidas variam desde o desejo de estar morto até planos detalhados de se matar. Esses pensamentos devem ser sistematicamente investigados;
- Retardo motor, falta de energia, preguiça ou cansaço excessivo, lentificação do pensamento, falta de concentração, queixas de falta de memória, de vontade e de iniciativa;

- Insônia ou sonolência. A insônia geralmente é intermediária ou terminal. A sonolência está mais associada à depressão chamada Atípica;
- Apetite: geralmente diminuído, podendo ocorrer em algumas formas de depressão aumento do apetite, com maior interesse por carboidratos e doces;
- Redução do interesse sexual;
- Dores e sintomas físicos difusos como mal-estar, cansaço, queixas digestivas, dor no peito, taquicardia, sudorese.

Diagnóstico

O diagnóstico da depressão é clínico, feito pelo médico após coleta completa da história do paciente e realização de um exame do estado mental. Não existe exames laboratoriais específicos para diagnosticar depressão.

Tratamento

A Depressão é uma doença mental de elevada prevalência e é a mais associada ao suicídio, tende a ser crônica e recorrente, principalmente quando não é tratada. O tratamento é medicamentoso e psicoterápico. A escolha do antidepressivo é feita com base no subtipo da Depressão, nos antecedentes pessoais e familiares, na boa resposta a uma determinada classe de antidepressivos já utilizada, na presença de doenças clínicas e nas características dos antidepressivos.

90-95% dos pacientes apresentam remissão total com o tratamento antidepressivo.

É de fundamental importância a adesão ao tratamento, uma vez interrompido por conta próprio ou uso inadequado da medicação, pode aumentar significativamente o risco de cronificação.

O tratamento pode ser realizado na Atenção Primária, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos ambulatórios especializados.

Prevenção

- Manter um estilo **de vida saudável**;
- Ter uma dieta equilibrada;
- Praticar atividade física regularmente;

- **Combater o estresse** concedendo tempo na agenda para atividades prazerosas;
- Evitar o consumo de álcool;
- Não usar drogas ilícitas;
- Diminuir as doses diárias de cafeína;
- Rotina de sono regular;
- Não interromper tratamento sem orientação médica.

Suicídio no idoso

Questões: O que leva uma pessoa a cometer suicídio e quanto sofrimento conseguimos suportar?

Avaliação do risco de suicídio - A OMS aponta três características comuns no estado mental dos suicidas:

- **AMBIVALÊNCIA:** há urgência em sair da dor e do sofrimento com a morte;
- **IMPULSIVIDADE:** o impulso é transitório e tem duração de alguns minutos ou horas;
- **RIGIDEZ:** incapacidade de perceber outras formas de enfrentamento dos problemas.

SENTIMENTOS:

- Não suportar o sofrimento;
- Não encontra saída para os problemas
- Sofrimento Interminável (sem fim).

Surge assim a ideia e a tentativa de suicídio, que pode culminar com o ato suicida. Os cuidadores e a família devem fazer uso da escuta para perceber a intenção de cometer o suicídio e buscar ajuda psicológica.

MÓDULO 04 – CUIDADOS COM A SAÚDE DOS IDOSOS

HIGIENE PESSOAL DO IDOSO

Antes de falar sobre a higiene pessoal do idoso, é importante falar de alguns conceitos relacionados à microbiologia, infecções e esterilização.

MICRÓBIOS: são seres que causam doenças e infecções e não conseguimos ver por serem muito pequenos, são os fungos, bactérias e vírus.

INFECÇÃO: É a multiplicação de micróbios que causam doenças no organismo.

ESTERILIZAÇÃO: É a destruição de **100%** dos micróbios em autoclave ou estufa por exemplo. Usado em postos de saúde e hospitais.

DESINFECÇÃO: É a destruição de **98%** dos micróbios usando produtos DESINFETANTES.

DESINFETANTE: Produtos como o cloro, álcool 70%, hipoclorito de sódio, clorexidina e outros.

LIMPEZA: É a destruição de **95%** dos micróbios usando água, sabão e detergente.

DESCONTAMINAÇÃO: É o procedimento realizado para eliminar os micróbios de objetos contaminados por vírus, bactérias e secreções orgânicas, antes de iniciar o processo de limpeza, para evitar a transmissão de doenças.

TÉCNICA DE DESINFECÇÃO: (derramamento de matéria orgânica ou secreções do corpo)

- **Para superfícies solidas:** Usando luvas, retire a matéria orgânica com papel ou pano descartável e depois higienize com água sabão, depois aplique álcool a 70% também com um pano ou papel descartável.
- **Para roupas, tapetes ou roupa de cama:** Recolha usando luvas, aplique desinfetante na área suja por 15 minutos e higienize com água e sabão.

HIGIENE

HIGIENE ORAL – limpar dentes e/ou prótese dentaria, língua e bochecha após cada refeição.

- **OBJETIVO:** Retirar os restos de alimentos e os microrganismos que causam infecções, cárries e mau hálito.
- **PROCEDIMENTO:**
 - Informar ao idoso sobre o procedimento e finalidade.
 - Se posicionar atrás da cabeça do idoso
 - Iniciar a escovação do fundo da boca para a frente
 - Escovar bem os dentes que mastiga com movimentos circulares e suaves para não machucar a gengiva
 - Escovar a parte interna dos dentes com movimentos de baixo para cima, da gengiva para a ponta dos dentes.
 - Escovar a língua suavemente, evitando tosse ou náuseas.
 - Enxague a boca com água limpa
 - Use fio dental quando possível
 - Mantenha os lábios e boca hidratados para evitar fissuras durante o procedimento.
 - Usar o fio dental para retirar resíduos entre os dentes, com cuidado para não ferir a gengiva.
- **OBSERVAÇÃO:** Observe a boca e dentes durante a escovação, se encontrar alguma alteração, avisar a família.
- **PRÓTESE:** As próteses devem ser higienizadas após cada refeição.

HIGIENE CORPORAL – Muitos idosos tem medo de queda, sente muito frio ou não consideram necessário tomar banho. Alguns alegam estar com dores ou cansados. A frequência dos banhos depende da necessidade apresentada por cada um, podendo ser indicado de duas a três vezes por semana ou em dias alternados, mas, o ideal, são os banhos diários. Devemos avaliar as condições do idoso durante o banho, verificar sinais de cansaço e dificuldades. Relatar a família as dificuldades observadas.

- **OBJETIVO:** Remover bactérias e outros microrganismos para evitar infecções e odores desagradáveis. Promover a circulação sanguínea e a movimentação das articulações, prevenir úlceras de pressão e promover o conforto. Muito cuidado com o risco de queda durante o banho.
- **PROCEDIMENTO:**
 - Informar ao idoso sobre o procedimento e a finalidade.
 - Zelar pela privacidade do idoso. Manter portas fechadas e somente o cuidador deve ficar no local, se precisar de ajuda, buscar alguém em que o idoso consiga se sentir confortável durante o procedimento.
 - Para evitar o frio e o constrangimento, expor somente as áreas do corpo que forem necessárias, evitando a exposição total antes da imersão na água.
 - Sempre começar o banho pelas áreas mais limpas para evitar que as áreas com mais sujidades se espalhem.
 - Quando possível, incentive-o a fazer a sua higiene pessoal e íntima.
 - Usar a água morna e sabonete neutro ou sabonete hidratante. A água muito quente e o uso de sabonetes inadequados podem ressecar a pele e favorecer a formação de feridas.
 - Na hora de secar, use tecidos macios para evitar lesões na pele fina ou muito ressecada.
 - Após o banho, hidratar a pele realizando massagem de conforto. Não usar talco ou outros produtos que ressecam a pele.
 - Usar colônias e desodorantes com fragrâncias suaves da preferência do idoso.
- **OBSERVAÇÃO:** a segurança é muito importante. Em caso de risco de quedas, informe a família e solicite piso antiderrapante, barras de segurança os outros itens quando necessário. Observe durante o banho sinais de lesões, feridas, inchaço, manchas roxas, arranhões ou dor durante o toque. Se encontrar alguma alteração, avisar a família.

TIPOS DE BANHO: São três tipos, banho de aspersão, banho parcial e banho de leito.

- **BANHO DE ASPERSÃO (CHUVEIRO)** – Pode ser em pé ou sentado. O idoso pode ter condições de tomar o seu banho sozinho ou precisar de ajuda do cuidador de acordo com a sua condição física. A autonomia da pessoa idosa deve ser encorajada, porém sempre pensando nas questões de segurança. Manter a porta destrancada e estar por perto quando necessário.
- **BANHO PARCIAL** – Neste tipo de banho são higienizadas as mãos, axilas, pescoço e as partes íntimas.
- **BANHO DE LEITO (NA CAMA)** – Indicado para pessoas com incapacidade física, mental (inconsciente) ou muito enfraquecido para o banho de chuveiro. É importante realizar o procedimento rapidamente para evitar a exposição desnecessária. Conversar naturalmente durante o banho pode evitar o constrangimento.

MATERIAL PARA O BANHO DE LEITO:

- ✓ Colcha ou cobertor
- ✓ Lençol de cima
- ✓ Lençol móvel
- ✓ Lençol impermeável (de plástico)
- ✓ Lençol de baixo
- ✓ Fronha
- ✓ Toalha de rosto
- ✓ Toalha de banho
- ✓ Travesseiro
- ✓ 02 luvas de banho ou compressas de algodão
- ✓ 02 bacias ou balde de banho
- ✓ Jarro com água quente
- ✓ Sabonete hidratante ou neutro
- ✓ Xampu
- ✓ Hidratante corporal
- ✓ Kit para higiene oral (escova, fio dental e creme dental e copo para enxague da boca)

- ✓ Luva de procedimento
- ✓ Comadre ou papagaio se houver
- ✓ Biombo se houver

PROCEDIMENTO DO BANHO DE LEITO:

- ✓ Feche portas e janelas para evitar constrangimento e proteger o idoso do frio.
- ✓ Coloquei o biombo se houver para promover a privacidade
- ✓ Coloque todo material na mesa de cabeceira
- ✓ Ofereça a comadre ou papagaio antes de iniciar o procedimento, em caso de incontinência urinária ou fecal, realizar o procedimento após evacuações.
- ✓ Remova toda roupa e roupa de cama, deixando o idoso protegido com o lençol.
- ✓ Abaixe a cabeceira da cama se possível
- ✓ Tampe o ouvido do idoso
- ✓ Cubra o travesseiro com plástico impermeável e apoie a cabeça do idoso.
- ✓ Coloque embaixo da cadeira do idoso uma bacia ou balde para receber a água
- ✓ Molhe a cabeça do idoso e passe um pouco de xampu, massageie o couro cabeludo e jogue água aos poucos na lavagem e no enxague para retirar toda a espuma.
- ✓ Seque os cabelos
- ✓ Faça a higiene oral
- ✓ Coloque as luvas de procedimento
- ✓ Molhe as luvas ou compressas para o banho, retirando o excesso de água.
- ✓ Lave os olhos do idoso usando apenas a esponja ou compressa de banho com água limpa.
- ✓ Ensaboe a face e seque com uma toalha de rosto macia.
- ✓ Cubra sempre a região a ser lavada com uma toalha.
- ✓ Lave os braços no sentido do punho para as axilas em movimentos longos, enxague e seque com toalha.

- ✓ Lave o tórax e abdome do idoso no sentido do pescoço para a região pública (abaixo do umbigo). Com uma das mãos suspenda a toalha e com a outra lave o tórax e o abdome. Enxague, seque e cubra o idoso com um lençol.
- ✓ Se possível, flexione os joelhos do idoso e lave os pés, secando bem entre os dedos.
- ✓ Coloque o idoso deitado de lado, com as costas voltadas para você, lave, enxague e seque, sempre protegendo com uma toalha.
- ✓ Faça uma massagem de conforto usando hidratante
- ✓ Para fazer a higiene íntima, coloque o idoso em posição dorsal (Barriga para cima). Cubra com uma toalha de banho. Se disponível e possível, use uma comadre ou papagaio abaixo do idoso. Ofereça a luva ou esponja de banho para o idoso fazer a sua higiene íntima. Se ele tiver dificuldade, calcar as luvas e fazer a higiene por ele.
- ✓ Lave as mãos
- ✓ Vista as roupas pessoais
- ✓ Troque a roupa de cama, recoloque o travesseiro e o deixe em uma posição confortável.
- ✓ Lave as pernas, enxague e seque fazendo movimentos suaves para movimentar as articulações, massageando as proeminências ósseas e as panturrilhas em movimentos no sentido dos pés para a região da bacia.
- ✓ Hidrate a pele massageando para favorecer a circulação e o conforto.

PREVENÇÃO DE RISCOS

INSÔNIA – A insônia no idoso é considerado um processo natural do envelhecimento, porém o cuidador deve estar atento ao aparecimento de problemas clínicos ou psicológicos decorrente pela insatisfação na qualidade e quantidade do sono. Pode ser necessário o uso de medicamentos se houver prescrição médica. O excesso de medicamentos pode trazer riscos para o idoso. Segue algumas medidas para prevenção da insônia no idoso:

- Restringir os cochilos durante o dia
- Ter uma hora certa de ir para cama a noite

- Evitar cafeína e álcool á noite.
- Diminuir a quantidade de alimentos e líquidos á noite.
- Sair da cama se houver dificuldade de dormir e só retornar quando o sono chegar.
- Banho quente e massagem com música relaxante antes de dormir.
- Manter o ambiente escuro ou com pouca iluminação.

ASSADURAS – São lesões dolorosas na pele provocadas por umidade, calor e contato com fezes e urina. Ocorre principalmente com o uso de fraldas geriátricas e pode evoluir para infecções. Cuidados para evitar assaduras:

- Informar ao idoso sobre todo o procedimento
- Lavar as mãos antes de tocar no idoso
- Aparar os pelos pubianos com tesoura para facilitar a limpeza.
- Manter a pele sempre seca, principalmente em regiões de dobras.
- Fazer a higiene íntima toda vez que o idoso evacuar ou urinar
- Limpar bem as nádegas, principalmente em casos de diarreia.
- Não desconectar a sonda quando o idoso estiver em movimento
- Não usar produtos com álcool para não ressecar a pele
- Fechar as janelas sempre que for trocar o idoso para proteger decorrentes de ar.
- Usar toalhas macias para não lesar a pele
- Descartar as fraldas em saco plástico de forma higiênica
- Usar cremes de tratamento ou cremes preventivos de assadura após cada troca.

DESIDRATAÇÃO – A desidratação é provocada pela diminuição da quantidade de água no sangue, que leva a diminuição do oxigênio e nutrientes nos nossos vasos sanguíneos. O cuidador deve estar sempre atento para a quantidade de água que o idoso bebe por dia. O idoso não sente sede, então devemos oferecer líquidos periodicamente. A desidratação pode evoluir para sonolência excessiva, confusão mental e morte.

Sinais de desidratação no idoso:

- Fraqueza

- Gemedreira
- Aumento da agitação
- Indisponibilidade para as atividades do dia
- Dor de cabeça
- Boca seca
- Choro sem lágrimas
- Pouca urina ou urina muito amarelada
- Diminuição da pressão arterial
- Aumento da frequência cardíaca
- Sonolência e lentidão
- Ao pinçar a pele, demora em voltar ao normal.

Tratamento/ hidratação:

- Oferecer 1 litro de água por dia, em pequenas quantidades.
- Pode substituir a água por chá de frutas (chá de ervas não pode por interagir com alguns medicamentos)
- Oferecer frutas ricas em líquidos ou sucos
- Oferecer leite puro ou com um pouco de café
- Se o idoso apresentar disfagia (dificuldade de engolir), oferecer frutas amassadas ou vitaminas cremosas.

Diarreia:

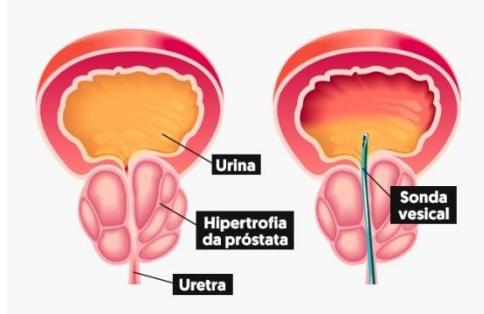
- Além da hidratação recomendada acima, oferecer soro caseiro após cada evacuação.
- SORO CASEIRO:
 - ❖ 1 litro de água fervida ou filtrada
 - ❖ 2 colheres de sopa cheias de açúcar
 - ❖ 1 colher de café de sal

Vômito:

- Além da hidratação recomendada, lateralizar a cabeça, em caso de acamados ou pessoa inconsciente, para evitar aspirar o vômito para os pulmões.

SONDA VESICAL - A sonda vesical é um tubo fino e flexível que é inserido desde a uretra até à bexiga, para permitir a saída de urina para um saco coletor. Este tipo

de sonda é geralmente utilizado em que não conseguem controlar o ato de urinar, devido a obstruções como hipertrofia da próstata, dilatação uretral ou mesmo em casos em que se pretende realizar exames em urina estéril ou preparar a pessoa para uma cirurgia, por exemplo.



Tipos:

- Sonda vesical de demora (uso por até 30 dias)
- Sonda de alívio (para esvaziar a bexiga).

Quando está indicado colocar sonda

- Alívio da retenção urinária aguda ou crônica;
- Controle da produção de urina pelo rim;
- Insuficiência renal pós-renal, por obstrução infra-vesical;
- Perda de sangue pela urina;
- Recolha de urina estéril para exames;
- Medição do volume residual;
- Controle de incontinência urinária;
- Dilatação ureteral;
- Avaliação da dinâmica do aparelho urinário inferior;
- Esvaziamento da bexiga antes, durante e após cirurgias e exames;

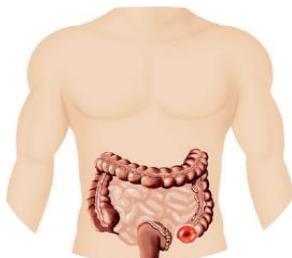
Possíveis riscos do uso da sonda - O cateterismo vesical só deve ser realizado se for mesmo necessário, porque apresenta um elevado risco de infecção do trato urinário, especialmente quando a sonda não é corretamente cuidada. Além disso, outros riscos incluem hemorragia, formação de cálculos na bexiga e vários tipos de lesões no aparelho urinário, principalmente devido a aplicação de força excessiva na utilização da sonda.

OSTOMIAS - é uma cirurgia realizada com objetivo de construir um caminho alternativo de comunicação com o meio exterior, para eliminar a urina ou as fezes, assim como auxiliar na respiração ou na alimentação. O processo de adaptação é complicado, mas, a pessoa pode seguir com a rotina.

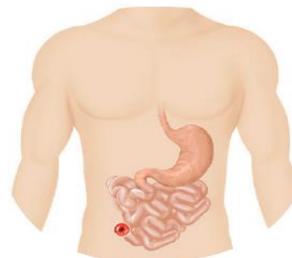
➤ **Tipos:**

- **Colostomia**: abertura no intestino grosso para saída de fezes ou urina e fezes.
- **Ileostomia**: abertura no intestino delgado (fino) para saída de fezes.
- **Urostomia**: um pedaço do intestino delgado é conectado ao ureter para saída de urina;
- **Gastrostomia**: comunicação do estômago com o meio exterior;
- **Traqueostomia**: procedimento cirúrgico da traqueia com o propósito de facilitar a respiração, pode ser definitivo ou temporário. É a abertura da traqueia (pescoço), fazendo uma comunicação dela com o meio externo.

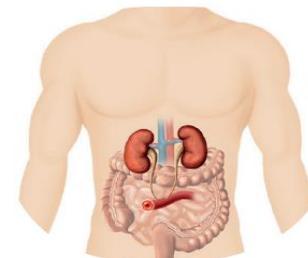
COLOSTOMIA

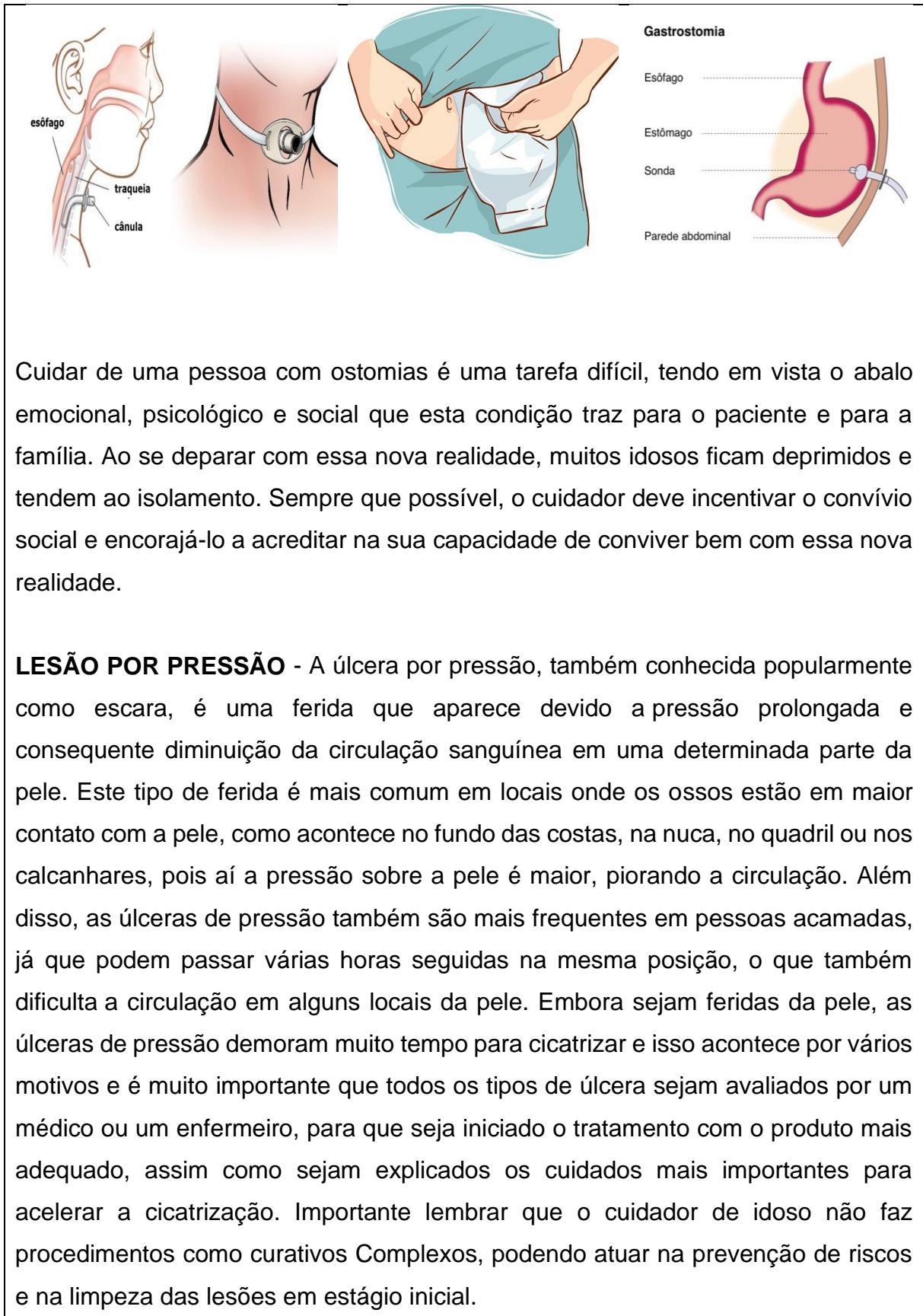


ILEOSTOMIA

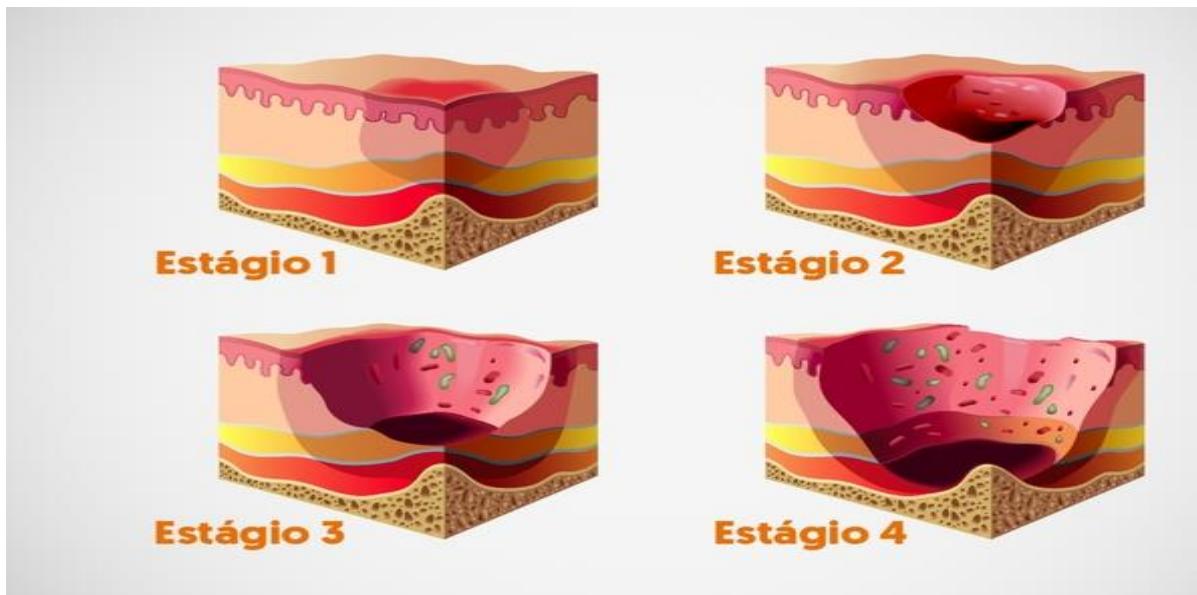


UROSTOMIA





ESTÁGIOS DA ÚLCERA POR PRESSÃO – A lesão aparece na pele apenas como uma mancha vermelha, mas com o tempo esse local pode apresentar uma pequena ferida que não cicatriza e que vai aumentando de tamanho. Dependendo do momento de evolução da úlcera, é possível identificar 4 estágios:



Estágio 1 - Na primeira fase da úlcera por pressão, a úlcera se apresenta como uma mancha avermelhada que quando é pressionada muda de cor para branco ou fica mais pálida, e que mantém essa coloração durante alguns segundos ou minutos, mesmo depois de a pressão ter sido retirada. No caso de pele negra ou mais escura, essa mancha pode também apresentar uma coloração escura ou arroxeadas, em vez de vermelha. O local da lesão pode se apresentar mais dura, mais quente ou mais fria que o resto da pele. A pessoa pode ainda referir a sensação de formigamento ou queimação naquele local.

- **O que fazer:** neste estágio, a úlcera de pressão ainda pode ser evitada e, por isso, o ideal é manter a pele intacta e melhorar a circulação sanguínea. Para isso, deve-se tentar manter a pele o mais seca possível, aplicar um creme hidratante e fazer massagem suave para ativar a circulação, e principalmente evitar posições que possam fazer pressão sobre o local por mais do que 40 minutos seguidos.

Estágio 2 - Neste estágio surge a primeira ferida, que pode ser pequena, mas que aparece como uma abertura da pele na região da mancha do eritema branqueável. Além da ferida, a pele na região da mancha parece mais fina e pode estar com aspecto de seca ou, então, estar mais brilhante que o normal.

- **O que fazer:** embora a ferida já tenha surgido, nesta fase é mais fácil estimular a cicatrização e evitar uma infecção. Para isso é importante a avaliação de um profissional da saúde, para iniciar o tratamento com os produtos e curativos mais adequados. Além disso, deve-se continuar aliviando a pressão do local, assim como beber muita água e aumentar a ingestão de alimentos ricos em proteína e vitaminas, como o ovo, carnes para facilitar a cicatrização.

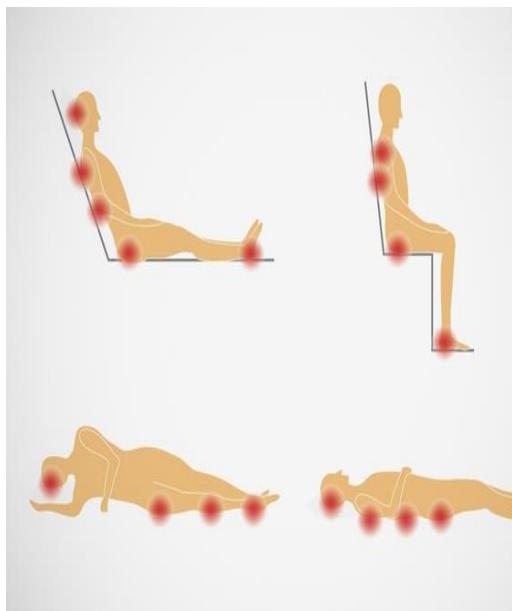
Estágio 3 - No estágio 3 a úlcera continua se desenvolvendo e aumentando de tamanho, começando a afetar camadas mais profundas da pele, entre as quais a camada subcutânea, onde se encontram os depósitos de gordura. É por isso, que nesta fase, no interior da ferida é possível observar um tipo de tecido irregular e com coloração amarelada, que é formado pelas células de gordura. Nesta fase, a profundidade da úlcera variar de acordo com o local afetado e, por isso, é normal que no nariz, nas orelhas ou nos tornozelos não seja possível observar a camada subcutânea, já que não está presente.

- **O que fazer:** deve-se manter o tratamento adequado com orientação de um enfermeiro ou médico, sendo necessário fazer um curativo fechado todos os dias. É importante beber bastante água durante o dia e apostar na alimentação mais rica em proteínas. Além disso, também se deve continuar aliviando a pressão dos locais afetados, podendo até ser recomendada pelo médico a compra de um colchão que varie a pressão ao longo do corpo, especialmente em pessoas acamadas por muito tempo.

Estágio 4 - Esta é a última fase de desenvolvimento da úlcera de pressão e é caracterizada pela destruição das camadas mais profundas, onde se encontram os músculos, os tendões e, até os ossos. Neste tipo de úlceras existe um elevado risco de infecção e, por isso, a pessoa pode precisar ficar internada para fazer curativos mais regulares e receber antibióticos diretamente na veia. Outra característica muito comum é a presença de um cheiro muito fétido, devido à morte dos tecidos e à produção de secreções que podem infeccionar.

- **O que fazer:** estas úlceras devem ser tratadas no hospital e pode até ser necessário ficar internado para fazer antibióticos e prevenir uma possível infecção. Pode ainda ser necessário retirar camadas de tecidos mortos, podendo ser recomendada cirurgia.

LOCAIS MAIS COMUNS PARA A ÚLCERA DE PRESSÃO:



O QUE ENSINAR PARA A PESSOA COM ÚLCERA DE PRESSÃO:

- Explicar para a pessoa a importância de não ficar mais do que 2 horas na mesma posição;
- Ensinar a pessoa a posicionar de forma a não aplicar pressão sobre a úlcera;
- Mostrar como utilizar almofadas para aliviar a pressão sobre locais com ossos;
- Ensinar sobre os malefícios de fumar para a circulação sanguínea e incentivar que a pessoa deixe de fumar;
- Explicar sobre os sinais de possíveis complicações, especialmente infecção.

QUEDAS - A queda é um evento bastante comum e devastador em idosos. Embora não seja uma consequência inevitável do envelhecimento, pode sinalizar o início de fragilidade ou indicar doença aguda. Além dos problemas médicos, as quedas apresentam custo social, econômico e psicológico enormes, aumentando a dependência e a institucionalização. Estima-se que há uma queda para um em cada três indivíduos com mais de 65 anos e que um em vinte daqueles que sofreram uma queda sofram uma fratura ou necessitem de internação. Dentre os mais idosos, com 80 anos ou mais, 40% caem a cada ano. Dos que moram em asilos e casas de repouso, a frequência de quedas é de 50%. A prevenção de quedas é tarefa difícil devido à variedade de fatores que as predispõem.

FATORES DE RISCO: Idade avançada (80 anos ou mais); gênero feminino; história prévia de quedas; imobilidade; baixa aptidão física; fraqueza muscular de membros inferiores; fraqueza do aperto de mão; equilíbrio diminuído; marcha lenta com passos curtos; dano cognitivo; doença de Parkinson; sedativos, hipnóticos, ansiolíticos e polifarmácia. Atividades e comportamentos de risco e ambientes inseguros aumentam a probabilidade de cair, pois levam as pessoas a escorregarem, tropeçar, errar o passo, pisar em falso, trombar, criando, assim, desafios ao equilíbrio. Os riscos dependem da frequência de exposição ao ambiente inseguro e do estado funcional do idoso. Idosos que usam escada regularmente têm menor risco de cair que idosos que a usam esporadicamente. Por outro lado, quanto mais vulnerável e mais frágil o idoso, mais suscetível aos riscos ambientais, mesmo mínimos. O grau de risco, aqui, depende muito da capacidade funcional. Como exemplo, pequenas dobras de tapete ou fios no chão de um ambiente são um problema importante para idosos com andar arrastado. Manobras posturais e ambientais, facilmente realizadas e superadas por idosos saudáveis, associam-se

fortemente a quedas naqueles portadores de alterações do equilíbrio e da marcha. Idosos fragilizados caem durante atividades rotineiras, aparentemente sem risco (deambulação, transferência), geralmente dentro de casa, num ambiente familiar e bem conhecido.

FATORES PESSOAIS:

- Diminuição da força muscular;
- Osteoporose;
- Anormalidades para caminhar;
- Arritmia cardíaca (batimento cardíaco irregular);
- Alteração da pressão arterial;
- Depressão;
- Senilidade;
- Artrose, fragilidade de quadril ou alteração do equilíbrio;
- Alterações neurológicas (derrame cerebral, doença de Parkinson, esclerose múltipla e mal de Alzheimer);
- Disfunção urinária e da bexiga.
- Uso controlado de determinadas drogas;
- Diminuição da visão;
- Diminuição da audição;
- Câncer que afeta os ossos;
- Deformidades nos pés (unhas grandes, joanetes dolorosos,).

FATORES EXTERNOS:

- Iluminação: ambientes mal iluminados favorecem a ocorrência de quedas;
- Arquitetura: casas mal planejadas aumentam o risco de quedas;
- Móveis: disposição inadequada atrapalha a locomoção e, quando instáveis, não servem como apoio;
- Espaço: oferecem risco os objetos escorregadios espalhados pela casa.
- Cores: ambientes muito escuros aumentam a chance de quedas.

ORIENTAÇÕES PARA PREVENIR QUEDAS:

- Exercícios com duração de 10 semanas a 09 meses mostraram que reduz o risco de queda.

- O tratamento da osteoporose pode reduzir o risco de uma lesão grave pós-queda.
- Suplementos orais de vitamina D e cálcio podem reduzir o risco de fraturas naquelas que caem.
- Faça exames oftalmológicos e físicos anualmente, em específico para detectar a existência de problemas cardíacos e de pressão arterial;
- Mantenha em sua dieta uma ingestão adequada de Cálcio e vitamina D;
- Tome banhos de sol diariamente;
- Participe de programas de atividade física que vise ao desenvolvimento de agilidade, força, equilíbrio, coordenação e ganho de força do quadríceps e mobilidade do tornozelo;
- Elimine de sua casa tudo aquilo que possa provocar escorregões e instale suportes, corrimão e outros acessórios de segurança;
- Use sapatos com sola antiderrapante;
- Amarre o cadarço do seu calçado;
- Substitua os chinelos que estão deformados ou estão muito frouxos;
- Use uma calçadeira ou sente-se para colocar seu sapato;
- Evite sapatos altos e com sola lisa;
- Evite ingestão excessiva de bebidas alcoólicas;
- Mantenha uma lista atualizada de todos os medicamentos que está tomando, ou que costuma tomar, e as dê para os médicos com quem faz consulta;
- Informe-se com o seu médico sobre os efeitos colaterais dos remédios que você está tomando e de seu consumo em excesso;
- Certifique-se de que todos os medicamentos estejam claramente rotulados e guardados em um local adequado (que respeite as instruções de armazenamento);
- Tome os medicamentos nos horários corretos e da forma que foi receitada pelo médico, na maioria dos casos acompanhados com um copo d'água;
- Nunca ande só de meias;
- Fadiga muscular e confusão mental aumentam o risco de quedas;

- Mulheres que não conseguem encontrar sapatos esportivos suficientemente largos para o formato do seu pé devem comprar na seção masculina, pois estes sapatos têm fôrmas maiores;

CASA SEGURA: Estatísticas indicam que 60% das quedas em idosos acontecem dentro de casa ao subir escadas, escorregões em superfícies muito lisas e tropeços, entre outras situações. Cuidados e adaptações poderão diminuir o risco de quedas. Basta verificar abaixo algumas orientações quanto a modificações na organização dos móveis, da casa e iluminação.

Quarto:

- Coloque uma lâmpada, um telefone e uma lanterna perto de sua cama;
- Durma em uma cama na qual você consiga subir e descer facilmente (cerca de 55 a 65 cm);
- Dentro do seu armário, arrume as roupas em lugares de fácil acesso, de preferência evitando os locais mais altos;
- Substitua os lençóis e o acolchoado por produtos feitos por materiais não escorregadios, como algodão e lã.
- Instale algum tipo de iluminação ao longo do caminho da sua cama ao banheiro;
- Não deixe o chão do seu quarto bagunçado.

Sala e corredor:

- Organize os móveis de maneira que você tenha um caminho livre para passar sem ter que ficar desviando muito;
- Mantenha as mesas de centro, porta revistas, descansos de pé e plantas fora da zona de tráfego;
- Instale interruptores de luz na entrada das dependências de maneira que você não tenha que andar no escuro até que consiga ligar a luz. Interruptores que brilham no escuro podem servir de auxílio;
- Ande somente em corredores, escadas e salas bem iluminadas;
- Não acumule ou deixe caixas próximas do caminho da porta ou do corredor;
- Deixe sempre o caminho livre de obstáculos;
- Mantenha fios de telefone, elétricos e de ampliação fora das áreas de trânsito, mas nunca debaixo de tapetes;

- Não deixe extensões cruzarem o caminho; reorganize a distribuição dos móveis.
- Coloque nas áreas livres tapetes com as duas faces adesivas ou com a parte de baixo não deslizante;
- Não sente em uma cadeira ou sofá muito baixo, porque o grau de dificuldade exigido para se levantar é maior;
- Conserte imediatamente as áreas em que o carpete está desgastado;
- Remova peitoril de porta maior que 1,3 m.

Cozinha:

- Remova os tapetes que promovem escorregões;
- Limpe imediatamente qualquer líquido, gordura ou comida que tenham sido derrubados no chão;
- Armazene a comida, a louça e demais acessórios culinários em locais de fácil alcance;
- As estantes devem estar bem presas à parede e ao chão para permitir o apoio do idoso quando necessário;
- Não suba em cadeiras ou caixas para alcançar os armários que estão no alto;
- No piso, utilize ceras que após a aplicação não deixem seu piso escorregadio;
- A bancada da pia deve ter de 80 a 90 cm do chão para permitir uma posição mais confortável ao se trabalhar.

Escada:

- Não deixe malas, caixas ou qualquer tipo de bagunça nos degraus;
- Interruptores de luz devem estar instalados, tanto na parte inferior quanto na parte superior da escada. Uma outra opção é instalar detectores de movimento que fornecerão iluminação automaticamente;
- A iluminação deverá permitir a visualização desde o princípio da escada até o seu fim, assim como as áreas de desembarque;
- Mantenha uma lanterna guardada em algum lugar próximo em caso de apagão;
- Remova os tapetes que estejam no início ou fim da escada;

- Carpete fixo na escada: selecione um carpete que tenha uma cor sólida (sem desenhos ou muitas formas) através do qual seja possível visualizar claramente as bordas dos degraus;
- Coloque tiras adesivas antiderrapantes em cada borda dos degraus;
- Instale corrimãos por toda a extensão da escala e em ambos os lados. Eles devem estar em uma altura de 76 cm acima da escala;
- Repare imediatamente as áreas em que o carpete esteja desgastado (principalmente as bordas dos degraus).

Banheiro:

- Coloque um tapete antiderrapante ao lado da banheira ou do box para sua segurança na entrada e saída;
- Instale na parede da banheira ou do box um suporte para sabonete líquido;
- Instale barras de apoio nas paredes do seu banheiro;
- Duchas móveis são mais adequadas;
- Mantenha algum tipo de iluminação durante as noites;
- Use dentro da banheira ou no chão do box tiras antiderrapantes;
- Substitua as paredes de vidro do box por um material não deslizante;
- Ao tomar banho, utilize uma cadeira de plástico firme com cerca de 40 cm. Caso não consiga se abaixar até o chão ou se sinta instável

VACINAÇÃO – Nunca se falou tanto em vacina quanto no último ano. No entanto, os imunizantes estão presentes na rotina de pessoas em todas as faixas etárias e são fundamentais para combater doenças, salvando milhões de vidas anualmente. No caso dos idosos, é importante manter a imunização em dia para garantir um envelhecimento ativo e saudável. Com o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência das doenças crônicas e degenerativas, é importante que o idoso esteja atento às vacinas indicadas de acordo com a sua faixa etária.

- Segue anexo Calendário vacinal 2021-2022 indicado pela sociedade brasileira de Geriatria e pela Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm).

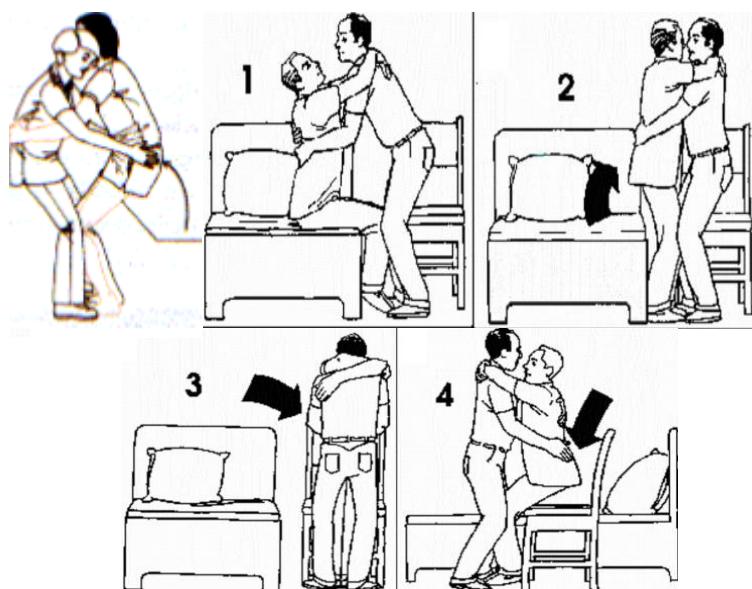
MOBILIDADE

A orientação adequada e a prevenção de riscos deve ser um fator prioritário no cuidado ao portador de alguma alteração na mobilidade.

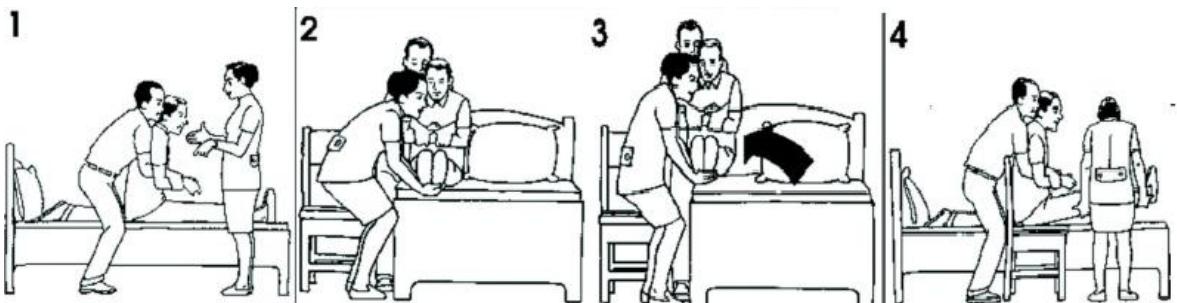
MOVIMENTANDO-SE COM AUTONOMIA – Para o idoso conseguir andar sozinho, apesar de algumas limitações, existem equipamentos que podem ajudar, como bengala, andador ou cadeira de rodas.

MOVIMENTANDO-SE COM AJUDA DE TERCEIROS – Sempre que possível, é importante estimular o idoso a fazer pequenas caminhadas com uma pessoa ao seu lado para proporcionar segurança e evitar o risco de queda em situações de mal-estar. Para caminhar, o cuidador deve colocar a mão embaixo do braço ou na axila do idoso e segurar a mão do idoso com a sua outra mão. Outra possibilidade é se colocar na frente do idoso e o amparar com as duas mãos. A melhor maneira de auxiliar o paciente a passar de sentado para em pé é apoiá-lo pela cintura e colocar o joelho do paciente entre os joelhos do cuidador, independente da doença do paciente, pode ser por uma simples fraqueza muscular decorrente do envelhecimento. Se for possível para o paciente, peça que incline o tronco para frente, no momento de se levantar. O pé do cuidador apoia os pés do paciente, dando suporte e impedindo que deslize.

Da cama para a cadeira de rodas ou cadeira de banho ou vice-versa com uma pessoa.



Da cama para a cadeira de rodas ou cadeira de banho ou vice-versa com duas pessoas.



MOVIMENTAÇÃO DE CLIENTES NO LEITO – Lembrar que o paciente deve ser estimulado a movimentar-se de uma forma independente, sempre que não existir contraindicações nesse sentido. Outro ponto que não pode ser esquecido é procurar ter à disposição camas e colchões apropriados, dependendo das condições e necessidades do cliente. O ideal são camas com altura regulável, que possam ser ajustadas, dependendo do procedimento que será realizado. Durante a movimentação pode usar, sempre que possível, elementos auxiliares, tais como barra tipo trapézio no leito, plástico antiderrapante para os pés, plástico facilitador de movimentos, entre outros.

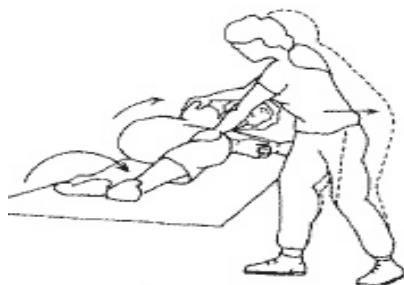
Colocar ou retirar comadres – Quando o paciente pode auxiliar, solicitar que eleve o quadril. Caso o idoso não consiga, você precisará erguê-lo, com cuidado, para colocar e retirar o equipamento.

Trazer o cliente para um dos lados da cama – Lembrar que a movimentação no leito pode ser realizada por uma ou preferencialmente por duas pessoas. Se for necessário mover o paciente sem ajuda, deve-se fazê-lo em etapas, utilizando-se o peso do corpo como um contrapeso e plásticos facilitadores de movimentos. Procedimento:

- As duas pessoas devem ficar do mesmo lado da cama, de frente para o paciente.
- Permanecer com uma das pernas em frente da outra, com os joelhos e quadris fletidos, trazendo os braços ao nível da cama:
- a primeira pessoa coloca um dos braços sob a cabeça e, o outro, na região lombar

- a segunda pessoa coloca um dos braços também sob a região lombar e, o outro, na região posterior da coxa
- Trazer o paciente, de um modo coordenado, para este lado da cama

Colocar o cliente em decúbito lateral – Quando o paciente não é obeso, podem-se seguir as seguintes fases:



- Permanecer do lado para o qual você vai virar a pessoa
- Cruzar seu braço e sua perna no sentido em que ele vai ser virado, flexionando o joelho. Observar o posicionamento do outro braço
- Fazer o paciente virar a cabeça em sua direção
- Rolar a pessoa gentilmente, utilizando seu ombro e joelho como alavancas

Outra forma de realizar esse procedimento é usando-se plásticos deslizantes e resistentes, da seguinte forma:



- Virar o paciente e colocar o plástico sob seu corpo. Voltar o paciente e puxar o plástico
- Ficar no lado oposto ao que o paciente será virado
- Puxar o plástico, movendo o paciente em sua direção e para a beira da cama. Manter as costas eretas e utilizar o peso do seu corpo
- Elevar o plástico, fazendo o paciente virar cuidadosamente. Manter, no lado oposto da cama, uma grade de proteção.

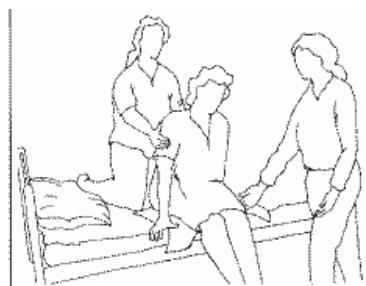
Outra maneira de movimentação independente é colocar um plástico deslizante sob o corpo do paciente e pedir que ele realize o mesmo impulso com os pés. Quando o paciente não pode colaborar seguir os passos abaixo:

- Deixar a cama em posição horizontal
- Colocar um travesseiro na cabeceira da cama
- Colocar um lençol ou plástico deslizante sob o corpo do paciente
- Permanecer duas pessoas, uma de cada lado do leito, e olhando em direção dos pés da cama.
- Segurar firmemente no lençol ou plástico e, num movimento ritmado, movimentar o paciente.
- Se a altura da cama for regulável, abaixar a altura da cama de tal forma que os trabalhadores de enfermagem possam colocar um joelho na cama e manter a outra perna firmemente no chão
- Segurar o plástico e, de forma coordenada, sentar-se sobre seus calcanhares, movendo ao mesmo tempo o cliente.

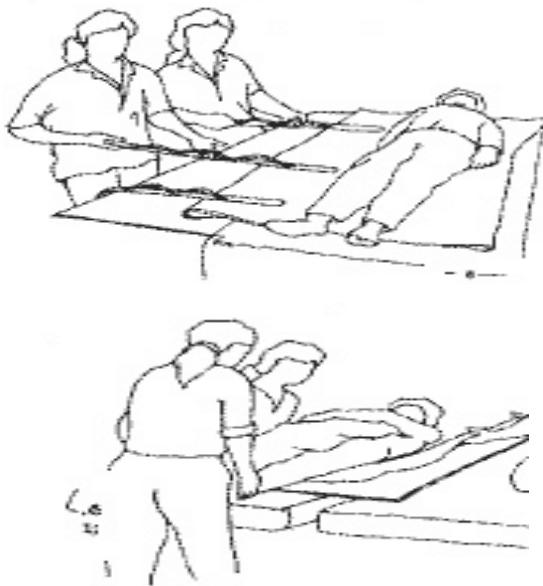


Sentar o paciente na beira da cama – No caso de o cliente estar deitado, seguir os seguintes passos:

- Colocar o paciente em decúbito lateral, sobre um plástico deslizante, e de frente para o lado em que vai se sentar.
- Elevar a cabeceira da cama
- Uma pessoa apoiará a região dorsal e o ombro do paciente e a outra segura os membros inferiores
- De uma forma coordenada, elevar e girar o paciente até ele ficar sentado paciente e sentando-se sobre seu próprio tornozelo ou levantar o paciente, apoiando no cotovelo, estando o cliente sobre um plástico deslizante para mover seus membros inferiores para fora do leito.



Transferir o paciente do leito para uma maca – não existe maneira segura para realizar uma transferência manual do leito para uma maca. Existem equipamentos que devem ser utilizados, como as pranchas e os plásticos resistentes de transferências nesse caso, o paciente deve ser virado para que se acomode o material sob ele. . Volta-se o paciente para a posição supina, puxando-o para a maca com a ajuda do material ou do lençol. Devem participar desse procedimento quantas pessoas forem necessárias, dependendo das condições e do peso do cliente. Nunca esquecer de travar as rodas da cama e do leito e de ajustar sua altura.



Segue alguns cuidados na transferência do idoso:

- ✓ Informar ao idoso sobre o procedimento
- ✓ Conferir sempre as travas das camas e cadeiras antes de mover o idoso
- ✓ Movimente e segura o idoso com segurança para evitar quedas e cuidado para evitar lesões
- ✓ Solicite que o idoso se apoie em você, sempre que possível.
- ✓ Mova o idoso de forma lenta, caso necessário ficar de pé, passar alguns minutos sentados para evitar mal-estar, sempre que possível.
- ✓ Use roupas confortáveis e sapatos antiderrapantes que possibilite o movimento para trabalhar com segurança e calma.

- ✓ Sempre que necessário, solicite ajuda.

MÓDULO 05 – PRIMEIROS SOCORROS EM IDOSOS

Em qualquer emergência o primeiro passo é chamar o serviço especializado e depois evitar o agravamento ou a morte através dos procedimentos de primeiros socorros até chegar à ajuda. **Quando acionar o SAMU (192):**

- Parada cardiorrespiratória;
- Dor bem forte no peito (infarto);
- Dificuldade de respirar/engasgo;
- Suspeita de acidente vascular cerebral (derrame);
- Intoxicação (envenenamento);
- Queimadura grave;
- Choque elétrico;
- Acidente de trânsito com vítima;
- Queda grave e fratura;
- Convulsão
- Afogamento;
- Surto psiquiátrico;
- Ferimento causado por arma de fogo ou material cortante;
- Hemorragias

Procedimentos:



1. Chamar socorro – SAMU 192
2. Observar riscos no ambiente.
3. Avaliar se você consegue ajudar
4. Avaliar o estado geral e o estado de consciência do idoso
5. Evitar mexer nZo idoso sem necessidade para evitar lesões
6. Converse e balance levemente o ombro para saber se o idoso está consciente e orientado.
7. Se o idoso não responder, veja se está respirando (ver o movimento do tórax e usar um espelho ou vidro do celular, ouvir e sentir).
8. Frequência Respiratória média:

- Homens – de 16 a 18 movimentos por minuto
 - Mulheres – de 18 a 20 movimentos por minuto
9. Avalie a circulação do sangue pela pulsação no pescoço.
 10. Avaliar se está perdendo sangue
 11. Após um acidente com o idoso, ouvir sobre dor ou desconforto.
 12. Identificar se tem ferimentos fraturas ou edema (inchaço)
 13. Verificar se usou algum alimento ou medicação antes do acidente

Quando a respiração e o coração param, o nosso corpo tenta direcionar a circulação do sangue para proteger o cérebro e o coração, por isso é importante verificar a pulsação no pescoço. É comum a ausência de circulação na articulação das mãos (pulso) em caso de hemorragia ou parada. O cérebro “desliga” alguns sistemas do corpo e se o socorro demorar pode evoluir com a morte.

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Ocorre quando o coração para de bater e a pessoa para de respirar. Nessa situação, a ajuda precisa ser acionada imediatamente, e enquanto o serviço especializado não chega, a massagem cardíaca deve ser iniciada para promover a circulação do sangue. É pelo sangue que as nossas células recebem de oxigênio da respiração e a glicose para desempenhar suas funções para a vida e eliminam o gás carbônico e outras impurezas que não servem para o nosso corpo.



A **massagem cardíaca** ou ressuscitação cardiopulmonar (RCP) é uma manobra para promover a compressão mecânica do coração e a circulação do sangue para a oxigenação dos órgãos quando o coração não faz o bombeamento natural.

Evita a falta de circulação do sangue que leva a necrose do cérebro e o coração, que pode levar a morte ou sequelas. Quanto mais rápida a intervenção, maior a chance de a pessoa continuar viva, estudos indicam que essa massagem triplica a chance de sobrevivência e de sequelas, principalmente se for feita nos primeiros minutos.

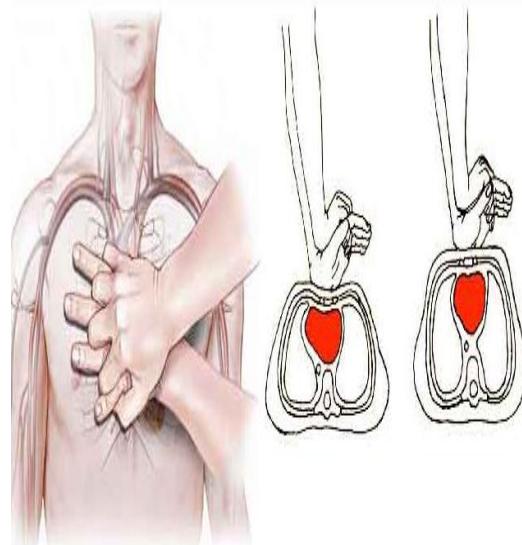
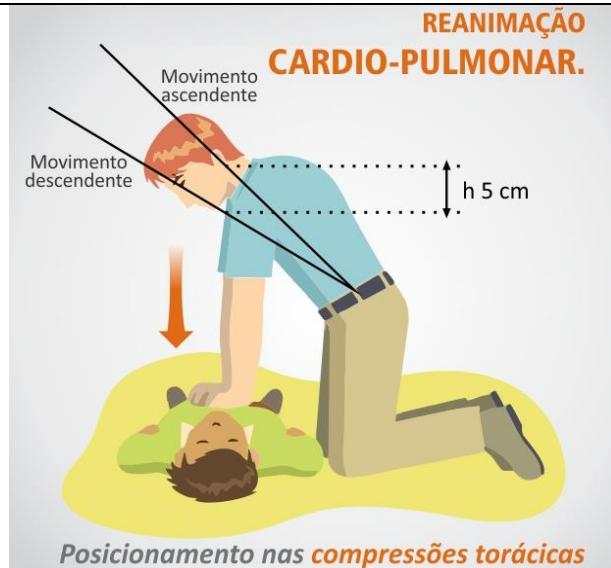
RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)



- Solicitar ajuda especializadas – SAMU – 192
- Verificar a segurança no local
- Verificar se a vítima está consciente e respondendo ao chamar por ele ou sacudir levemente o ombro.
- CHECAR o pulso (no pescoço) e a respiração por 10 segundos.
- Fazer **30 Compressões** no tórax rápido e com profundidade e frequência adequada.
- Abrir as vias aéreas (Passagem de ar para os pulmões) reclinando a cabeça para trás e fazer **02 ventilações** boca a boca.
- Repetir **30 compressões (circulação)** e **02 respirações** para manter a circulação do sangue e a oxigenação do corpo.

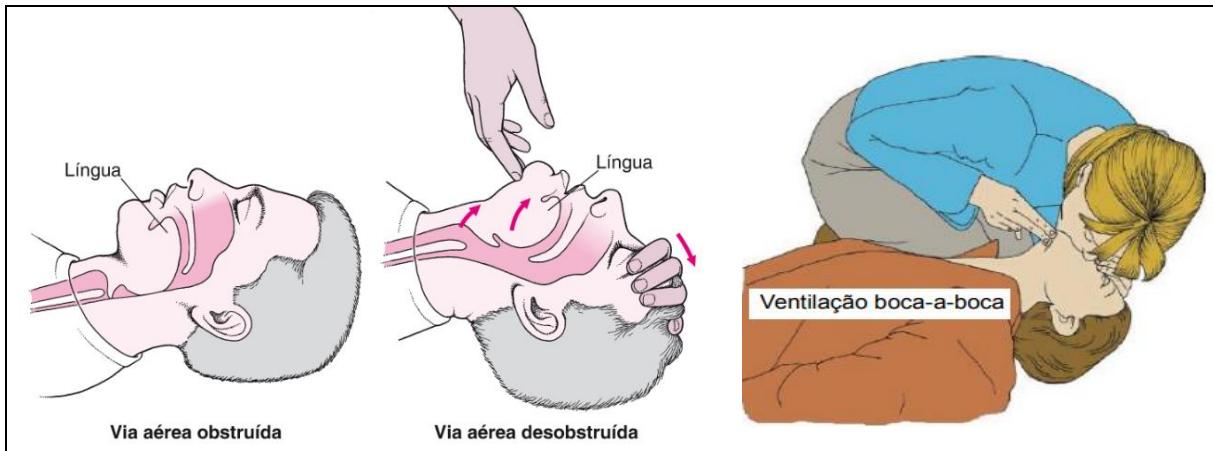
CIRCULAÇÃO: Restabelecer circulação sanguínea através de compressões torácicas

- Coloque a vítima deitada de costas em uma superfície firme.
- Fique de joelhos ao lado do tórax, pescoço e ombros cerca de 90 graus acima da pessoa.
- As palmas das mãos devem ser colocadas no meio do peito da pessoa no espaço entre os mamilos, os cotovelos devem permanecer retos e os ombros acima das mãos.
- Empurre o peito para baixo fazendo a compressão sem dobrar a articulação dos cotovelos, empurre com força com uma frequência de 100 compressões por minuto. Ou seja, manter uma frequência de 30 compressões em 18 segundos.



RESPIRAÇÃO: Promover a oxigenação das células do corpo

- Após fazer as 30 compressões torácicas, abra a via respiratória, levantando o queixo da pessoa. Coloque a palma da sua mão na testa da pessoa e delicadamente incline a cabeça da pessoa para trás. Com a outra mão, levante o queixo da pessoa para frente, de uma forma a abrir as vias respiratórias.
- Verifique se a respiração está normal, se a movimentação torácica está normal, e se sente respiração na bochecha e na orelha. Se a vítima não estiver respirando normalmente e se você estiver formação em RCP, inicie a respiração boca-a-boca na vítima.



ENGASGOS

É a obstrução da passagem de ar para os pulmões por um objeto estranho (dentadura e outros), vômito, sangue, alimentos e líquidos. Para desengasgar o idoso é importante fazer a **MANOBRA DE HEIMLICH**. Tapas na costa de baixo para cima pode ajudar.

01

Envolva seus braços entre a caixa torácica e o umbigo da pessoa engasgada;

02

Feche bem uma das mãos, mantendo o polegar de fora;



03

Segure o punho com a outra mão, pressionando com firmeza para cima;



04

Avalie se a desobstrução foi concluída e se a vítima voltou a respirar;



05

Repita até o objeto ser expulso.



DAR TAPA NAS COSTAS AJUDA A DESENGASGAR?

Na maior parte das vezes, por meio da tosse a pessoa consegue expelir o agente irritante e, nesse contexto, dar tapa nas costas pode ajudar a desengasgar. Entretanto, casos mais graves exigem fazer a manobra de Heimlich.

DESMAIO - É a perda da consciência e da força muscular pela diminuição da oxigenação no cérebro.

CAUSAS:

- Cansaço
- Excesso de sol
- Dores de cabeça
- Convulsões
- Choques elétricos
- Nervosismo intenso
- Angústia, emoções fortes
- Hipotensão - pressão baixa – menor que 120X80 mmhg => observar medicamentos hipotensores.
- Fome – hipoglicemia – muito frequente no paciente diabético.

SINTOMAS:

- Palidez
- Mãos e pés frios
- Suor
- Sensação de fraqueza e mal-estar
- Tontura
- Escurecimento da visão
- Perda momentânea da consciência

DESMAIO POR HIPOGLICEMIA:

- Palidez, suores e tremores das mãos;
- Fome intensa ou enjojo e vômitos;
- Confusão mental, raciocínio lento, bocejos repetidos, expressão apática, “apalermada”;
- Alterações de humor;
- Palpitações, pulso rápido;
- Perda da fala e dos movimentos ativos;
- Desmaio, convulsão, coma

O QUE FAZER:

- Arejar o ambiente
- Desapertar as roupas se a vítima estiver consciente:
- Fazê-la sentar-se com os joelhos pouco afastados e a cabeça entre eles quando possível ou colocar o idoso em posição horizontal, com as pernas levantadas (pode usar uma cadeira):



- Dar açúcar misturado em algumas gotas de água se o desmaio for por hipoglicemia;
 - Se estiver inconsciente colocá-la com a cabeça em nível mais baixo, virada para o lado durante o tempo necessário.
- Posição lateral de segurança



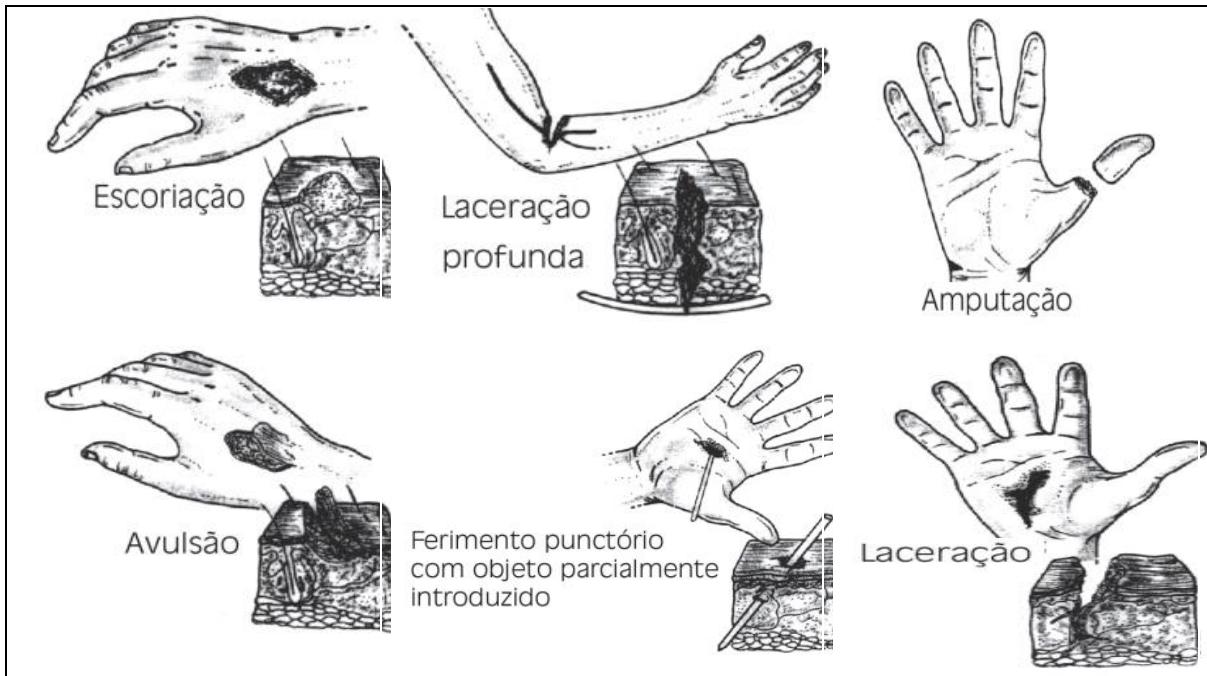
- Evita que a língua bloqueie respiração
- Evita que sangue ou vômito sejam aspirados para o pulmão;

Essa posição deve ser evitada em caso de suspeita de fratura da coluna ou pescoço.

Em casos de fratura de braços ou de pernas, ou se por qualquer razão um desses membros não puder ser movido, coloque um cobertor enrolado debaixo do lado não afetado, o que elevará o corpo desse lado e deixará as vias respiratórias desobstruídas.

FERIDAS

Ferimento é toda lesão da pele (corte, perfuração, dilaceração) produzida por traumatismo em qualquer tipo de acidente.



As lesões contusas podem ser tratadas de maneira simples, desde que não apresentem gravidade. Normalmente, bolsa de gelo ou compressa de água gelada nas primeiras 24 horas e repouso da parte lesada são suficientes. Se persistirem sintomas de dor, edema, hiperemia, pode-se aplicar compressas de calor úmido. Deve ser procurado auxílio especializado. As contusões simples, de um modo geral, não apresentam complicações, nem necessitam de cuidados especiais. Todavia, deve-se ficar alerta para contusões internas abdominais, mesmo que não apresentem nenhum sintoma ou sinal, pois poderá ter havido complicações por hemorragias internas mais graves.

O QUE FAZER: Limpeza de Ferimentos Superficiais

1. Lavar bem as mãos com água e sabão.
2. Lavar abundantemente a ferida com água limpa e sabão. Se possível lavar com água morna.
3. Se preciso realizar tricotomia (corte dos cabelos e pêlos).
4. Cuidado ao retirar sujeira. Não esfregar os ferimentos para não piorar a solução de continuidade da pele, e não remover possíveis coágulos existentes.
5. Cobrir com gaze estéril para secar, limpando a ferida no sentido de dentro para fora, para não levar microrganismos para dentro.
6. Colocar compressas de gaze sobre a ferida. Não usar algodão, que se desmancha e prejudica a cicatrização.

7. Não tentar retirar corpos estranhos, tais como: farras ou pedaços de vidro ou metal, a não ser que saiam facilmente.
8. Cobrir o local da lesão com gaze, atadura ou um pano limpo, fazendo leve pressão sobre o local, mas sem prender a circulação.

O que NÃO fazer:

1. Lavar o local do ferimento se houver suspeita de fratura.
2. Colocar café, sal, plantas ou pano sujo em ferimentos profundos ou com exposição de vísceras (Deve cobrir com pano limpo e úmido, não trocar ou repor a cobertura do local e encaminhar para assistência qualificada).
3. Remover objeto em ferimento provocados por pregos, facas ou arma de fogo. (Deve fazer compressão no local da lesão com pano limpo ou gaze, envolver com ataduras e encaminhar para assistência qualificada).

HEMORRAGIAS

Hemorragia é a perda súbita de sangue, originada pelo rompimento de um ou mais vasos sanguíneos, *alterando o funcionamento da circulação*.

No adulto – o volume sanguíneo corresponde a 7% do peso corporal A Hemorragia abundante e não controlada pode causar a morte em 3 a 5 minutos.

As hemorragias podem ser:

1. **INTERNA** – produzida dentro dos tecidos ou no interior de uma cavidade natural. A perda de sangue não é visível e pode ser devido a lesões traumáticas de vísceras internas. Importante atentar para os sinais:
 - a. Pulso fraco e acelerado
 - b. Pele fria, pálida e as mucosas dos olhos e boca estão brancas
 - c. Extremidades – mãos e dedos ficam arroxeados pela diminuição da irrigação sanguínea

O QUE FAZER:

- Deitar a vítima imediatamente com a cabeça mais baixa que o corpo

- Colocar uma bolsa de gelo ou compressas frias
- Tranquilizar o acidentado se ele estiver consciente
- Suspender a ingestão de líquidos
- Observar rigorosamente a vítima para detectar parada cardíaca e respiratória e fazer a reanimação, caso necessário.

2. **EXTERNA** – Perda de sangue para o exterior do organismo, podendo ser observada visualmente.

O QUE FAZER:

- Ferimentos superficiais - Deve ser prontamente controlada pela pressão direta (protegendo-se com um pano limpo ou luvas) sobre o local do sangramento.
- Ferimento profundo com hemorragia:
 - Deve deitar a vítima imediatamente,
 - Cobrir o ferimento com compressa improvisada e comprimi-la com firmeza
 - Elevar o segmento ferido a nível mais alto que o coração
 - Caso não haja controle, pressionar diretamente as artérias que nutrem o local afetado.

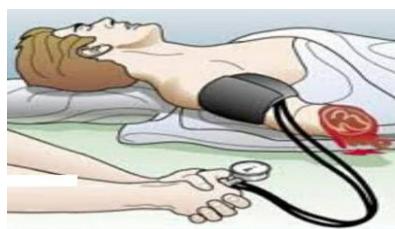
AMPUTAÇÕES TRAUMÁTICAS

Lesões onde ocorre a separação de um membro e/ou seu segmento. Podem ser causadas por objetos cortantes, por esmagamentos ou por forças de tração.

O QUE FAZER:

- Abrir vias aéreas e prestar assistência ventilatória, se necessário.
- Observar e controlar enquanto a vítima esteja sendo encaminhada para assistência qualificada com o segmento amputado.
- Lavar a parte amputada o mais rapidamente possível com sabão líquido, protegendo a face interna (cruenta) e em seguida irrigá-la com soro fisiológico em grande quantidade.

- Envolver o segmento numa compressa de gaze estéril ou tecido de algodão bem limpo, embebido com soro fisiológico (nunca mergulhar a peça em soro diretamente).
- Envolver o material dentro de um saco plástico duplo bem limpo e fechá-lo.
- Acondicionar o saco plástico num recipiente de isopor ou similar com gelo, de forma que seja mantida uma temperatura interna aproximada de 4° C, porém sem contato direto com o gelo.
- Em caso de hemorragia intensa controlar a hemorragia com TORNIQUETE



Torniquete só deve ser usado em casos extremos e como último recurso.

Procedimento:

- Amarre um pano limpo acima do ferimento, enrolando-o firmemente duas vezes. Faça um nó simples.
- Em seguida, amarre um bastão sobre o nó do tecido. Torça o bastão até estancar o sangramento. Firme o bastão com as pontas livres da tira do tecido.
- Marque o horário em que foi aplicado o torniquete.
- Desaperte-o a cada 10 ou 15 minutos, para manter a circulação do membro afetado.

FRATURAS

É a quebra ou rachadura em qualquer osso do corpo, frequentemente é necessário à imobilização

Tipos de fratura:

FRATURA FECHADA OU COBERTA – ocorre internamente, quando não acontece a exposição do osso pelo rompimento da pele.

O QUE FAZER: Evitar danos pelo deslocamento das partes quebradas.

- Buscar ajuda especializada.
- Mover a vítima o mínimo possível
- Colocar talas ultrapassando a articulação para imobilizar o local fraturado
- Fixar as talas com pano, fitas, atadura ou esparadrapo aproximadamente 3 a 4 dedos acima e abaixo da articulação.
- Acalmar a vítima enquanto aguarda a ajuda especializada.

FRATURA ABERTA OU EXPOSTA – quando o osso ao quebrar é exposto após o rompimento dos músculos e pele.

O QUE FAZER: além de evitar movimentar para evitar danos, é importante também cuidar da ferida para evitar hemorragias e infecções pela contaminação por microrganismos.

- Buscar ajuda especializada
- Proteger o ferimento com gaze ou um pano limpo
- Colocar talas ultrapassando a articulação para imobilizar o local fraturado
- Fixar as talas com pano, fitas, atadura ou esparadrapo aproximadamente 3 a 4 dedos acima e abaixo da articulação.
- Acalmar a vítima enquanto aguarda a ajuda especializada.

ENTORSE: Caracterizada por dor intensa e dificuldade de movimentação da articulação. Pode acontecer hematomas por sangramentos internos.

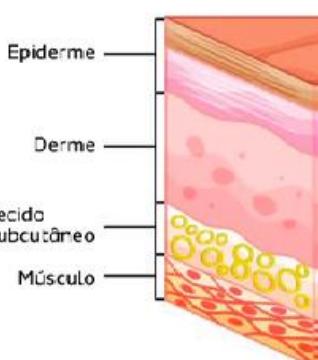
LUXAÇÃO: é o deslocamento do osso da articulação. Pode ser total ou parcial.

QUEIMADURAS

QUEIMADURAS são lesões provocadas pela temperatura, que podem atingir graves proporções de perigo para a vida ou para a integridade da pessoa, dependendo de sua localização, extensão e grau de profundidade.

Pessoas com idades avançadas e os indivíduos que sofrem de doenças crônicas são mais suscetíveis a transtornos provocados pelo calor pela falência do mecanismo de suor. As principais desordens devidas à exposição ao calor ambiental de gravidade são as queimaduras por contato e a insolação.

Grau	Causa	Profundidade		Sensação da dor
1º grau	Luz solar ou chamação pouco intensa	epiderme	Epiderme	Dolorosa
2º grau	Chamação ou líquidos ferventes	epiderme e derme	Derme	Dolorosa
3º grau	Chama direta	todas as camadas	Tecido subcutâneo	Pouca dor, anestesiada



É absolutamente proibida a aplicação sobre a queimadura de qualquer substância que não seja água na temperatura ambiente ou pano úmido muito limpo.

ENVENENAMENTO

O envenenamento ou intoxicação aguda ocorre quando uma pessoa inala, entra em contato direto com a pele ou ingere alguma substância tóxica. A maior parte dos casos de envenenamento ocorre dentro de casa, envolvendo crianças. O mais seguro é guardar inseticidas, remédios, produtos de limpeza e outros produtos tóxicos dentro de armários trancados.

Substâncias comuns nas intoxicações

- Produtos químicos utilizados em limpeza doméstica e de laboratório.
- Venenos utilizados no lar (como raticidas, por exemplo).
- Entorpecentes e medicamentos em geral.

- Alimentos deteriorados.
- Gases tóxicos.

Vias de penetração

Boca - Ingestão de qualquer tipo de substância tóxica (química ou natural).

Pele - Contato direto com plantas ou substâncias químicas tóxicas.

Vias respiratórias - Aspiração de vapores ou gases emanados de substâncias tóxicas.

Sinais e sintomas - Envenenamento por ingestão

- Queimaduras, lesões ou manchas ao redor da boca.
- Odores incomuns da respiração, no corpo, nas roupas da vítima ou do ambiente.
- Hálito com odor estranho.
- Transpiração abundante.
- Queixa de dor ao engolir.
- Queixa de dor abdominal.
- Náuseas, vômito, diarreia.
- Alterações no nível de consciência, sonolência.
- Convulsões.
- Aumento ou diminuição do diâmetro das pupilas.
- Alterações no pulso, na respiração e da temperatura corporal.

Envenenamento por contato

- Manchas na pele.
- Coceira.
- Irritação nos olhos.
- Dor de cabeça.
- Temperatura da pele aumentada.

Envenenamento por inalação

- Respiração rápida.
- Tosse.
- Frequentemente os olhos da vítima aparecerão irritados.

- Obs.: estes são os sintomas gerais, podem variar de acordo com o veneno inalado

Orientações gerais

Cuidados com a segurança do socorrista, evitando que este entre em contato com o produto intoxicante.

- Remover a vítima para local arejado.
- Afrouxar as vestes e, caso estejam contaminadas, retirá-las, cortando-as.
- NUNCA deixar a vítima sozinha.
- Deixar a vítima falar, deixando-a o mais confortável possível.
- Transportar a vítima em posição lateral, a fim de evitar aspiração de vômito, se ocorrer.
- Transportar junto, restos da substância, recipientes, embalagens e aplicadores.

O que fazer

Nos casos de intoxicação por contato (pele):

- Lavar abundantemente o local afetado com água corrente.
- Se os olhos forem afetados: lavar com água corrente durante 15 minutos e cobri-los, sem pressão, com pano limpo ou gaze;
- Encaminhar ao serviço médico (pronto socorro ou hospital).

Nos casos de intoxicação por inalação:

- Remover a vítima para local arejado.
- Encaminhar ao serviço médico (pronto socorro ou hospital).

Nos casos de intoxicação por ingestão:

- Não provocar vômito.
- Não oferecer água, leite ou qualquer outro líquido.
- Encaminhar, com urgência, para serviço médico (pronto socorro ou hospital).

CRISES CONVULSIVAS

As **crises convulsivas** são desencadeadas por alterações eletroquímica no córtex cerebral, e se apresentam como tremores repetitivos, ou seja, espasmos musculares involuntários, geralmente de curta duração.

Como identificar

Na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (MS), a convulsão é definida desta forma: “(...) contratura involuntária da musculatura, que provoca movimentos desordenados. Geralmente é acompanhada pela perda da consciência. As convulsões acontecem quando há a excitação da camada externa do cérebro”. Os sintomas mais característicos são espasmos incontroláveis, olhos virados para cima, inconsciência, salivação abundante e lábios azulados.

As crises convulsivas podem ter diversas origens, desde hemorragia, intoxicação por produtos químicos, falta de oxigenação no cérebro ou efeitos colaterais de remédios. Também podem ser causadas por doenças como epilepsia, tétano, meningite e tumores cerebrais.

O QUE FAZER:

1) Manter a calma - “Muitas pessoas acabam travando e não fazendo nada”, alerta o cabo Aguiar. “Se a pessoa conseguir manter a calma, ela vai conseguir fazer o básico, resguardar a vítima e não agravar a situação.”

2) Afastar objetos da vítima - Para evitar que a vítima se machuque ainda mais, afaste de perto dela objetos duros ou pesados, como cadeiras, luminárias, camas, móveis, etc.

3) Proteger a cabeça da vítima - Devido aos espasmos, a vítima pode lesionar seriamente a cabeça. Para evitar danos secundários, o cabo Aguiar orienta: “Proteja a cabeça da pessoa com uma almofada, travesseiro, lençol ou pano, sem travar a cabeça”.

4) Durante a crise, nunca coloque nada na boca da vítima - O socorrista adverte:

“Não coloque nada na boca da pessoa, porque a língua não enrola. Isso é mito! Apenas proteja e lateralize a cabeça.”

5) Após a crise, se possível, lateralize a vítima - Em alguns casos, pode ocorrer uma salivação excessiva da pessoa em convulsão. Para evitar uma situação de broncoaspiração (entrada de saliva ou secreções no pulmão) e uma possível asfixia, é importante lateralizar completamente a vítima – colocar a pessoa sobre o lado esquerdo do corpo, configuração conhecida como posição lateral de segurança. A técnica para lateralizar a vítima consiste em esticar ou dobrar o braço esquerdo no chão, levantar a perna direita e apoiar o pé no chão, pegar a palma da mão direita da vítima e pousar no dorso da face esquerda e, apoiando no joelho e no ombro da vítima, virá-la suavemente para o lado esquerdo.

6) Ligar para os serviços de emergência - Se houver mais de uma pessoa para acudir a vítima da crise convulsiva, uma delas executa os procedimentos de primeiros socorros enquanto a outra liga para o 192. Se só houver uma pessoa para socorrer, o recomendado é primeiro atender a vítima com os passos acima, aguardar a crise passar e depois ligar para os serviços de emergência.

MÓDULO 06 – MEDICAÇÕES

- ENVELHECIMENTO E USO DE MEDICAMENTOS

Pacientes idosos usam, em média, 3 a 4 tipos diferentes de medicamentos ao dia, em horários variados. Quanto maior o número de medicamentos usados, maior a chance de erro de dose, de horário e de troca de medicação, tanto por parte do idoso, como por parte do cuidador.

- PROBLEMAS NO USO DE MEDICAMENTOS

O uso de vários tipos de medicamentos por um longo período, favorece a ocorrência de diversos erros, tais como, a troca da medicação, erro de dosagem, esquecimento de administração, uso de substâncias fora da validade e outros.

- UTILIZAÇÃO CORRETA DE MEDICAMENTOS



- Coloque os medicamentos em uma caixa plástica ou de vidro com tampa, usar caixas diferentes para medicamentos dados pela boca, medicação para inalação e substâncias e materiais para curativo. Este cuidado é importante para não confundir os medicamentos e dar pela boca um medicamento usado em nebulização por exemplo.
- Se o idoso usa muitas medicações, uma dica importante é comprar caixas para medicamentos ou caixa organizadora vendidas em lojas de material hospitalar para medicação oral. Existem várias opções e formatos.
- converse com o médico, enfermeira ou responsável sobre a possibilidade de dividir as medicações em horários, exemplo café da manhã, almoço e jantar. Para facilitar você pode dividir a caixa em compartimentos, e colocar os respectivos medicamentos nos respectivos horários. Evite sempre que possível medicação durante a madrugada;

	Amanhecer	Café	Intervalo 1	Almoço	Intervalo 2	Jantar	Dormir
Horário							
Medicamento							

➤ Mantenha os medicamentos em local seco, arejado, longe do sol e principalmente das crianças.

➤ Mantenha os medicamentos nas embalagens originais para evitar misturas e realizar o controle da data de validade;

➤ Deixe somente a última receita junto à caixa de medicamentos para facilitar a consulta em caso de dúvidas

➤ Não acrescente, substitua ou retire medicamentos sem antes consultar um profissional de saúde;

➤ Medicamentos prescritos para outras pessoas podem não ter o mesmo efeito, ou não serem indicados para o paciente;

➤ Evite o uso de chás e plantas medicinais, pois eles podem ter efeitos indesejáveis;

➤ Caso o paciente utilize vários medicamentos por dia, utilize um calendário ou um caderno onde você possa colocar a data, o horário, e colocar um visto nas medicações já dadas. Isto evita a dúvida ou esquecimento se deu a medicação do horário.

➤ Evite dar medicações no escuro, para não correr o risco de trocas.

➤ Se o idoso apresentar dificuldades para engolir comprimidos, converse com a família ou com a equipe de saúde.

- Não use como referência a cor do comprimido, pois esta pode mudar de acordo com o laboratório fabricante.
 - Não substituir medicamentos sem a autorização do médico;
 - Avisar a família e equipe de saúde de o idoso se recusar a usar o medicamento prescrito.
 - Informar ao médico sobre todos os medicamentos que o idoso usa
 - Informar a família e a equipe de saúde sobre problemas e reações apresentados durante o uso do medicamento
 - Perguntar sobre dúvidas referente à dosagem e forma de administração. Nunca dar o remédio se tiver dúvidas.
 - Pergunte a equipe de saúde o que fazer em caso de esquecimento ou excesso de dosagem do medicamento que foi prescrito.
- **VIAS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

A **via de administração** compreende a forma como o medicamento entrará em contato com o organismo, para exercer sua atividade. É permitido ao cuidador de idoso, administrar as medicações por via ocular (colírio), nasal, auricular (ouvido), respiratória (nebulização), tópicas (pele - pomadas), oral, sublingual e a retal.

Do grupo das medicações por via parenteral (injetáveis) o cuidador só pode fazer a administração de insulina por via subcutânea. Cabem aos profissionais de enfermagem as outras vias parenterais (intravenosa, intramuscular e outras medicações subcutâneas).

Via Enteral

- **Oral** - É a via mais utilizada, por apresentar características como a segurança, economia, além da facilidade de administração e não causar dor. Contudo, são contraindicadas para pacientes que apresentam náuseas, vômitos, desacordados ou com dificuldade de deglutição, como crianças menores. Possuem também a capacidade de identificação pelo paciente, por apresentar diferentes formas e cores. Comprimidos, drágeas, cápsulas, xaropes, suspensões e elixires são algumas das formas farmacêuticas empregadas nesta via de administração. Sofrem absorção intestinal e estomacal, principalmente.
- **Via sublingual** - Esses medicamentos são geralmente administrados em emergências, que requer rápida ação, pois são rapidamente absorvidos através da mucosa sublingual. Apresentam-se em comprimidos ou gotas, sendo colocados sob a língua, devendo permanecer no local até a sua completa absorção. Exemplos de sua aplicação são casos de hipertensão ou infarto cardíaco.
- **Via retal** - São utilizados quando há contraindicação da administração pela via oral. Compreende as formas de supositórios, podendo exercer efeito local ou sistêmico, dependendo da formulação. Também são utilizados por esta via os edemas.

Via Parenteral - Os medicamentos administrados por esta via necessitam de dispositivos auxiliares, como agulhas e seringas, sendo esses métodos considerados invasivos. São indicados quando a administração pela via oral não é recomendada e/ou quando requer rápida ação.

Via Intradérmica (ID) - Medicamentos administrados na derme, utilizada para reações de hipersensibilidade, como nos casos de teste de alergia. Via restrita, devido à capacidade de administração de pequenos volumes (0,1 a 0,5 ml).

Via Subcutânea (SC) -Administração de medicamentos sob a pele, no tecido subcutâneo. Os locais de administração incluem as regiões superiores externas dos braços, abdome, região anterior das coxas e superior do dorso. A fim de evitar iatrogenias, os locais de administração devem ser variados. Os medicamentos mais utilizados são a heparina e insulina, assim como algumas vacinas.

Via Intramuscular (IM) - Administração feita diretamente no músculo, utilizada para determinados tipos de formulações, como soluções oleosas ou suspensões, que requerem uma absorção a longo prazo. O volume deve ser avaliado, pois irá depender da massa muscular do indivíduo, evitando complicações. Os músculos mais utilizados são o vasto lateral da coxa, o glúteo e o músculo deltoide.

Via Endovenosa - Também chamada de via intravenosa, consiste na administração diretamente na corrente sanguínea, através da veia. Pode incluir uma única dose, ou administração por infusão contínua, no soro fisiológico ou glicosado. Medicamentos com características incompatíveis a administração pela via oral, como os passíveis de degradação pelo suco gástrico, ou de difícil absorção também deve ser utilizados por esta via.

Desvantagens incluem a dor e possibilidade de infecções.

Outras Vias

Via Respiratória - Administração na forma de nebulização ou pó inalatório. Empregada para pacientes com problemas respiratórios. Apresenta efeito local (descongestionante nasal ou medicamentos antiasmáticos) ou sistêmico (anestesia inalatória), sendo que a administração é feita através da boca. Os medicamentos se apresentam na forma de gás ou pó, percorrendo a via respiratória e desenvolvendo a sua ação.

Via ocular, intracanal e auricular - Medicamentos aplicados localmente. Na via ocular, os medicamentos se apresentam nas formas de colírio ou pomadas. As formulações para via nasal, incluindo os descongestionantes nasais, estão

na forma de solução, enquanto para a via auricular se encontram na forma de solução otológica.

Outra via inclui a vaginal, utilizada para a administração de medicamentos que induzem o trabalho de parto.

INSULINA

- **ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO DE INSULINA**
 - ✓ Os frascos lacrados de insulina devem permanecer armazenados entre 2°C e 8°C, nunca na porta da geladeira, nem próximos ao congelador.
 - ✓ Quando o frasco, caneta ou refil estiver em uso (aberto), pode ser mantido em temperatura ambiente, desde que em temperaturas que não ultrapassem 30°C e que não fique exposto diretamente à luz solar. Também pode permanecer na parte de baixo da geladeira (gaveta de legumes) protegido em uma pequena vasilha plástica, manter a embalagem e o produto sempre limpos.
 - ✓ Quando conservada na geladeira, a insulina ou a caneta de aplicação deverá ser retirada da geladeira entre 15 a 30 minutos antes da aplicação, para prevenir dor e irritação no local de aplicação.
 - ✓ Abaixo de 2°C, a insulina congela e perde seu efeito.
 - ✓ Também não deve ser conservada na porta da geladeira, pois há maior variação da temperatura e excessiva mobilidade do frasco a cada abertura de porta, o que poderá modificar as características das insulininas.

- **TRANSPORTE DA INSULINA**

O transporte doméstico da insulina poderá ser realizado em embalagem comum, mantendo a temperatura adequada, evitando o calor e a luz solar direta. Caso seja necessário, utilize caixa de isopor ou bolsa térmica, em dias muito quentes, pode ser necessário o uso de gelo para o transporte, lembrando que o frasco não deve entrar em contato direto com o gelo. Podemos separar com um papelão limpo entre

o gelo e a embalagem contendo a insulina. Caso utilize pedras de gelo, coloque em um saco plástico para evitar que o gelo derretido danifique a insulina.

- **ADMINISTRAÇÃO DA INSULINA**

A insulina pode ser aplicada de muitas formas, no entanto, a seringa continua sendo o método mais comum e mais barato. Outra forma de administração muito utilizada é através de caneta. A insulina também pode ser introduzida no organismo por uma bomba de insulina, que é um aparelho eletrônico pequeno e portátil que libera insulina durante 24 horas. Em qualquer um dos casos, a insulina deve ser injetada na camada de gordura que fica debaixo da pele, onde será absorvida lentamente, imitando a produção da substância pelo pâncreas. Normalmente, a aplicação de insulina não causa dor nem causa alterações na pele, no entanto, logo após a aplicação da insulina, pode sair uma pequenina gota de sangue, não sendo preocupante, podendo ser limpo com uma compressa.

LOCAIS PARA APLICAÇÃO DA INSULINA - A insulina pode ser aplicada na **região da barriga, interior da coxa, posterior do braço e bumbum** e, normalmente é feita antes de comer, como café da manhã, almoço ou jantar.

A aplicação na barriga e coxa permite que seja feita uma prega cutânea, porém no braço, a aplicação pode ser feita sem prega quando é realizada pela própria pessoa, pois o movimento é mais complicado.

A sua aplicação deve ser sempre realizada em locais diferentes, em cada vez, para evitar o acúmulo de gordura ou pele flácida na região, chamada cientificamente de lipodistrofia.

➤ **INSULINA COM SERINGA:** Existem vários tamanhos de seringas de insulina, podendo variar entre 0,3 a 2 ml, dependendo do intervalo de unidades de insulina que a pessoa precisa fazer. Geralmente, cada ml pode ser dividido em 100 unidades, mas existem insulinas que possuem 500 unidades em cada ml e, por isso, o cálculo das unidades necessárias deve ser sempre explicado pelo médico, de acordo com o tipo de insulina e os valores de glicemia. Após saber o valor a injetar, deve-se:

- **Lavar as mãos**, para evitar sujar o frasco de insulina ou transportar bactérias para a seringa;
- **Colocar uma agulha esterilizada em uma seringa** de insulina também esterilizada;
- **Desinfetar a borracha do frasco de insulina**, passando um pedaço de algodão umedecido em álcool;
- **Inserir a agulha da seringa na borracha do frasco de insulina** e virar o frasco ao contrário, para que a agulha fique mergulhada em líquido e não aspire ar;
- **Puxar o êmbolo da seringa até encher com o número correto de unidades.** Normalmente, a seringa está dividida com vários riscos que significam 1 unidade e está marcada a cada 10 unidades, para facilitar a tarefa;
- **Remover a agulha e a seringa**, voltando a tampar o frasco, se possível;
- **Fazer uma prega na pele**, utilizando o polegar e o indicador;
- **Inserir a agulha na prega**, num ângulo de 90°, com um movimento rápido e firme;
- **Empurrar o êmbolo** da seringa até liberar todo o conteúdo;
- **Esperar cerca de 10 segundos e retirar a agulha** de pele, soltando a prega da pele depois de remover a agulha.



INSULINA COM CANETA: A caneta é uma opção mais prática do que a seringa, no entanto é mais cara e, por isso, pode não ser utilizada em todos os casos. Existem canetas de insulina que são descartáveis, o que significa que após terminar de usar, deve ser jogada no lixo e não precisam de ser preparadas antes do uso, sendo apenas necessário rodar o botão da caneta até à quantidade de insulina desejada.

No entanto, a maioria das canetas precisam ser preparadas assim que termina um cartucho de insulina, pois podem ser usadas ao longo de vários anos e, desta forma, é necessário:

- **Lavar as mãos e ter o local da injeção limpo**, com uma compressa ou gaze embebida em álcool;
- **Desmontar a caneta**, rodando;
- **Retirar o depósito vazio** de insulina e inserir um novo frasco no seu interior;
- **Unir as duas partes da caneta**;
- **Encaixar uma agulha** na extremidade da caneta;
- **Testar o funcionamento** e ver se sai uma pequena gota de insulina e retirar todas as bolhas de ar que possam estar no interior do frasco.
- **Juntar todo o material necessário**, que inclui caneta preparada com o cartucho de insulina e agulha e compressa;
- **Preparar a quantidade de insulina que deve aplicar**, rodando a caneta e observando o número no visor. Por exemplo se seu médico indicou que deve tomar 4 unidades ao jantar, deve rodar a caneta até aparecer o número 4;
- **Fazer uma prega na pele** utilizando apenas os dedos polegar e indicador, principalmente na barriga e coxa;
- **Inserir a agulha, entre 45º a 90º**, com um movimento rápido e firme. Como a agulha é muito pequena e apenas é inserida na pele causa a sensação de uma picada de um mosquito, não sendo doloroso e, deve-se fazer um ângulo maior (90º) quanto mais gordura corporal a pessoa tiver;

- **Empurrar o êmbolo**, ou botão até o fim para injetar a insulina;
- **Esperar até 10 segundos** antes de retirar a agulha da pele, para que o líquido entre na totalidade no organismo;
- **Soltar a pequena prega da pele.**

Após a caneta estar montada, o paciente pode usá-la até o produto terminar, no entanto, é aconselhado trocar a agulha diariamente, para não machucar a pele nem causar infecções.

Quando for necessário misturar 02 tipos de insulina na mesma seringa, deve-se colocar a insulina de ação rápida na seringa e só depois adicionar a de ação lenta, não sendo preciso trocar de agulha.

Classificação das insulinas				
TIPO	INÍCIO DA AÇÃO	PICO	DURAÇÃO	
AÇÃO ULTRA-RÁPIDA	0-15 MIN.	1-2 HORAS	3-5 HORAS	• Lispro • Aspart
AÇÃO RÁPIDA	30-60 MIN.	2-4 HORAS	6-8 HORAS	• Humana regular
AÇÃO INTERMÉDIÁRIA	1-3 HORAS	5-8 HORAS	10-16 HORAS	• Humana NPH
PROLONGADA	1-2 HORAS	PLENA	24 HORAS	• Glargina • Detemir

Normalmente, a insulina rápida é transparente e a lenta é esbranquiçada, semelhante a leite.

Ambas as insulinas devem ser misturadas antes de aspirar para a seringa, sendo recomendado rolar os frascos entre as duas mãos em vez de abanar.

Depois da aplicação, a agulha e a seringa devem ser jogadas no lixo ou guardadas em um recipiente próprio para que depois sejam entregues na farmácia e recicladas.

Sempre que possível, a agulha deve ser protegida com a tampa após aspirar à insulina.

Não colocar a tampa na agulha após a aplicação para evitar acidentes.

Nenhuma seringa ou agulha deve ser utilizada em mais do que uma aplicação, uma vez que pode aumentar o risco de infecção ou reduzir a ação do medicamento.

A administração de insulina deve ser realizada com muita responsabilidade para evitar complicações.

MÓDULO 07 – ALIMENTAÇÃO



O alimento é a fonte da vida. Para que nosso corpo e nossa mente se mantenham ativos é fundamental uma alimentação saudável. Para manter uma alimentação saudável é importante ter como foco que comemos para viver bem e não vivemos exclusivamente para comer. Quando pensamos na importância da alimentação, passamos a prestar mais atenção no que comemos e entendemos que é através da alimentação que conseguimos os nutrientes e a energia para o bom funcionamento do nosso organismo. Também entendemos que muitas doenças poderiam ser evitadas ou controladas

pela alimentação. Os nutrientes que você precisa para manter a saúde física e mental estão nos alimentos, não nas farmácias.

“Que o seu alimento seja o seu medicamento e que o seu medicamento seja o seu alimento”

É importante cuidar das refeições prestando atenção na higiene, qualidade e quantidade, consumindo na medida certa todos os tipos de alimentos. Lembrando sempre que o idoso tem algumas limitações, então as refeições devem ser de fácil digestão e sempre levando em consideração as preferências, a autonomia, independência e individualidade.

É importante incentivar a se alimentar sozinho, ter paciência e ajudar caso demore mais de 30 minutos, incentivando a voltar a mastigar ou deglutar. Alguns idosos apresentam dificuldade de deglutição, devemos redobrar a atenção para evitar a aspiração de alimentos que pode provocar a pneumonia. Não deixar de comer nada por não conseguir mastigar: pique, moa, corte ou rale os alimentos para facilitar a ingestão.

ESTADO NUTRICIONAL

OBESIDADE: Paciente acima do peso sendo necessária restrição de alimentos.

DESNUTRIÇÃO: Paciente abaixo do peso sendo necessária a suplementação alimentar.

**QUANTIDADE /
FRACIONAMENTO**



Nº de refeições: De 4 a 6 refeições/dia.

Volume das refeições: Oferecer refeições pequenas para evitar intolerância gástrica.

TIPOS DE ALIMENTOS:

CARBOIDRATOS - ALIMENTOS QUE FORNECE ENERGIA - Estes alimentos formam a base da alimentação e dão energia (glicose) para as atividades diárias. Os carboidratos devem ser evitados para pessoas que tem diabetes. Exemplos: Arroz, massas, cereais, pães, milho, batata, mandioca (aipim, macaxeira), inhame e outros.

LIPÍDIOS - ALIMENTOS ENERGÉTICOS EXTRAS – As gorduras e óleos são importantes por terem vitaminas A, D, E K, porém, devem ser consumidos com moderação por ter um alto teor de energia que se transforma em colesterol.

AÇÚCARES – ALIMENTOS ENERGÉTICOS ADICIONAIS – Esses alimentos devem ser evitados e usados com muita moderação, são os doces, chocolates industrializados e açúcares em geral.

PROTEÍNAS - ALIMENTOS CONSTRUTORES – As proteínas formam e renovam as células e tecidos do corpo como músculos, órgãos, sangue, pele e outros. Alimentos ricos em ferro, como a carne vermelha, previne a anemia e o cálcio do leite e derivados são essenciais para prevenir a osteoporose. Exemplo: Peixes, carnes, aves, ovos, leite, queijo e leguminosas secas (feijão, lentilha, soja, grão de bico etc.).

VITAMINAS E MINERAIS - ALIMENTOS REGULADORES – São as verduras, legumes e frutas. Facilitam a digestão e são ricos em sais minerais, vitaminas e fibras. Aumentam a resistência contra infecções e ajudam no bom funcionamento

do intestino. Importante comer pelo menos duas frutas por dia. Alimentos ricos em fibras evitam prisão de ventre. Usar frutas, verduras e legumes, sempre que possível, cruas e com casca.

HIGIENIZAÇÃO/ REGRAS DE OURO DA OMS:

- Lavar as mãos constantemente. Sempre lave as mãos antes de lidar com os alimentos.
- Cuidado com a higiene dos produtos. Verduras, frutas e legumes devem ser bem lavados antes do consumo. Lave também as embalagens dos alimentos antes de abri-los.
- Cozinhar bem os alimentos.
- Armazenar cuidadosamente os alimentos cozidos,
- Evitar o contato entre os alimentos crus e os cozidos.
- Manter muito bem limpa a cozinha.
- Manter os alimentos fora do alcance de insetos e animais
- Utilizar água pura e tratada.

PREPARO DAS REFEIÇÕES:

- **USO DAS GORDURAS:** Evitar as gorduras das carnes, margarina, queijo amarelo, banha de porco. Utilizar as gorduras boas (azeite cru).
- **USO DOS CONDIMENTOS:** Use temperos e ervas aromáticas (alho, cebola, salsa, manjericão, coentro, hortelã, cheiro verde, cravo, canela).
- **TIPOS DE PREPARO** - Assados, Cozidos e Grelhados. Evite frituras.
- **EVITE:** Sal em excesso e temperos industrializados, substituindo por limão. Observação: O consumo de sal/dia: 6g - 1g de sal = 1 tampa de caneta BIC
- **USE À VONTADE** - Temperos naturais (etc.).

FATORES QUE INTERFEREM NA ALIMENTAÇÃO

MASTIGAÇÃO / DEGLUTIÇÃO: Modificar a consistência dos alimentos, de acordo com o grau de dificuldade de mastigar e engolir. Deixar deglutar uma segunda vez, se alguns alimentos ainda ficarem na boca.

DIGESTÃO: Secreções gástricas e enzimáticas diminuídas.

AUTONOMIA: Dar tempo para comer tranquilamente. Se ele quiser comer à mão, não o contrarie.

AMBIENTE: Deixar o ambiente agradável e tranquilo na hora das refeições.

APARÊNCIA DOS PRATOS: Preparar os pratos com carinho, colorindo e variando as refeições.

ESTADO FEBRIL: Temperatura a partir de 37°C. Usar bastante líquidos e incentivar o consumo de alimentos.

DIARRÉIA: Eliminação de fezes mais de 3X ao dia. Retirar a lactose. Aumentar hidratação.

CONSTIPAÇÃO: Uma evacuação a cada 3 dias na semana. Usar fibras e bastante líquidos.

COQUETEL LAXANTE

- Suco de laranja (com bagaço)
- Ameixa seca
- Mamão
- Mix de fibras
- Creme de leite ou iogurte natural ou azeite de oliva

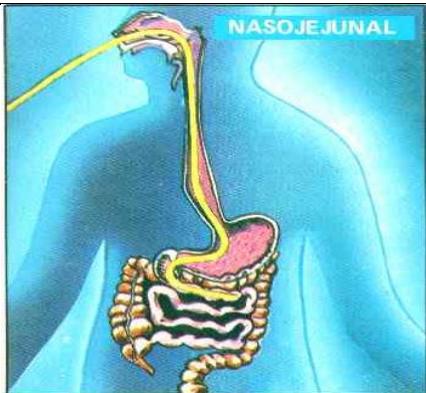
MIX DE FIBRAS

- Aveia em flocos
- Semente de linhaça
- Farelo de trigo ou gérmen de trigo

HIDRATAÇÃO - IMPORTÂNCIA DOS LÍQUIDOS

- Hidratação: chás, sucos, água e água de coco.
- Restrição de líquidos – Pessoas com problemas nos rins.
- Em casos de disfagia, oferecer gelatinas, vitaminas ou líquidos com espessaste.
- Não oferecer líquidos com o paciente deitado
- Evitar líquidos nas grandes refeições.

NUTRIÇÃO ENTERAL



CUIDADOS NO PREPARO

- Higienização das mãos.
- Higienização dos utensílios
- Higienização da área

SOLUÇÃO CLORADA:

1L de água + 01 colher de sopa de água sanitária.

ADMINISTRAÇÃO DA DIETA

- Temperatura
- Velocidade
- Posição do paciente
- Volume / Intervalo

IMPORTANTE:

- Não deve aproveitar as sobras de dietas não administradas ou fora do prazo.
- Não aquecer a dieta diretamente no fogo, tirar da geladeira para atingir a temperatura ambiente.
- Evitar banhos e/ou sessões de fisioterapia imediatamente após a administração da dieta.

ATENÇÃO PARA ALGUMAS COMPLICAÇÕES

- **DIARRÉIA:** checar os cuidados com higiene, velocidade e administração da dieta; observar frequência, consistência, coloração e odor das dejeções.
- **DISTENSÃO E DORES ABDOMINAIS:** checar se volume e velocidade de administração estão corretas.
- **REGURGITAÇÃO:** checar a posição do paciente durante a administração da dieta; observar frequência e duração.

10 PASSOS ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL – MS

1º passo: Aumente e varie o consumo de frutas, legumes e verduras. Coma-os 5 vezes por dia.

2º passo: Coma feijão pelo menos 1 vez por dia, no mínimo 4 vezes por semana.

3º passo: Reduza o consumo de alimentos gordurosos, como carne com gordura aparente, salsicha, mortadela, frituras e salgadinhos, para no máximo 1 vez por semana.

4º passo: Reduza o consumo de sal. Tire o saleiro da mesa.

5º passo: Faça pelo menos 3 refeições e 1 lanche por dia. Não pule as refeições.

6º passo: Reduza o consumo de doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar para no máximo 2 vezes por semana.

7º passo: Reduza o consumo de álcool e refrigerantes. Evite o consumo diário. A melhor bebida é a água.

8º passo: Aprecie a sua refeição. Coma devagar.

9º passo: mantenha o seu peso dentro de limites saudáveis.

10º passo: Seja ativo. Faça 30 minutos de atividade física todos os dias. Caminhe pelo seu bairro. Não passe muitas horas na TV.

MÓDULO 08 – QUALIDADE DE VIDA

- SEXUALIDADE
- SAÚDE E BELEZA
- ATIVIDADES DE LAZER
- IDOSO ACAMADO OU COM LIMITAÇÕES
- CUIDANDO DA MEMÓRIA
- ATIVIDADES EM GRUPO
- ATIVIDADE FÍSICA
- SAÚDE HOLÍSTICA
 - TERAPIAS
 - MASSAGEM
 - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES – PICS

Fonte: Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – CNPIC

MÓDULO 09 – CUIDADOS PALIATIVOS

CUIDANDO DE PESSOAS COM DOENÇAS SEM POSSIBILIDADE DE CURA.

Definição

São os cuidados de saúde ativos e integrais prestados à pessoa com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida.

Objetivo

Promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas, da avaliação cuidadosa e minuciosa e do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Quando iniciar: O mais precoce, sempre que possível. Podem vir associados ao tratamento com objetivo de cura da doença a fim de auxiliar no manejo dos sintomas de difícil controle e melhorar as condições clínicas do paciente. À medida que a doença avança, mesmo em vigência do tratamento com intenção curativa, a abordagem paliativa deve ser ampliada visando também cuidar dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais. Na fase terminal, em que o paciente tem pouco tempo de vida, o tratamento paliativo se torna prioritário para garantir qualidade de vida, conforto e dignidade. A transição do cuidado com objetivo de cura para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo, e sua dinâmica difere para cada paciente.

O INCA tem em seu complexo o Hospital do Câncer IV (HC IV), que é a unidade de cuidados paliativos do Instituto. Para os pacientes com melhor capacidade funcional e de deslocamento até o hospital são disponibilizadas as consultas no Ambulatório, o que é ideal para a manutenção de sua autonomia e mobilidade. Aos que já apresentam uma capacidade funcional comprometida e que por isso são impedidos de comparecer ao hospital, é oferecida a Assistência Domiciliar. Para os pacientes que não têm indicação de Assistência Domiciliar após avaliação e não têm condições de se deslocar até o hospital, é oferecido o Ambulatório a Distância, que estabelece parceria com a unidade de saúde próxima do paciente. Em situações agudas, o paciente tem à sua disposição o serviço de Emergência para atendimento

presencial e orientações por telefone. Nos casos em que são necessários o monitoramento dos sintomas, com a intervenção imediata dos profissionais e os cuidados ao fim de vida, o HC IV está preparado para receber o paciente na Internação Hospitalar.

Equipe de cuidados paliativos: A abordagem ao paciente e à família é feita por equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos e farmacêuticos, em atividades diretamente ligadas às necessidades biopsicossociais. Entretanto, administrativos, motoristas, capelães, voluntários e cuidadores também acompanham e apoiam os membros da família e da equipe em prol do bem-estar do paciente.

MÓDULO 10 - MORTE

A morte sempre foi considerada um *tabu*. Na contemporaneidade e, no Brasil, não é diferente. Há pouco debate, com exceção do que é feito de forma incipiente e superficial nos meios acadêmicos. Às vezes é abordada apenas por meio de institutos benficiais, associações ou na internet de maneira muito louvável, porém insuficiente e, como cediço, nem sempre integralmente confiável.

Por sua vez, é inegável o envelhecimento da população e a proliferação de doenças terminais, como o mal de Alzheimer, o mal de Parkinson e o câncer, dentre outras, o que está umbilicalmente ligado à morte digna.

Dentro desse quadro, observa-se que nem a normatização, nem a jurisprudência brasileira contribuem muito para o fornecimento de subsídios, posto que muito parcias. Apenas a doutrina e algumas ciências, especialmente nas áreas da saúde e filosofia ofertam algum direcionamento ao jurista sobre ponderações éticas, filosóficas, médicas, políticas e sociais.

Destarte, a ortotanásia e os cuidados paliativos constituem o caminho mais equilibrado para o enfrentamento dos problemas ligados ao fim da vida. Estão na linha da preponderância do princípio da dignidade da vida humana, constituindo o ponto de equilíbrio fundamental para a quebra de preconceitos.

E o médico, ao praticá-la, de acordo com as balizas propostas pela doutrina, não comete ilícito civil ou criminal.

Porém, essa discussão é apenas o início, quiçá, permitindo a construção de sólidas balizas éticas e jurídicas para uma ampla reflexão e novos estudos (incluindo de direito comparado) sobre a situação dos pacientes terminais, o que, sem dúvida, propiciará uma correta aplicação do direito e do princípio da dignidade da pessoa humana aos casos concretos pelos juízes imbuídos, dentre outras atitudes, da ótica descrita no tópico anterior.

- COMO AJUDAR QUEM ESTÁ MORRENDO
- CUIDADOS NO FINAL DA VIDA
- AS 05 FASES DIANTE DO LUTO
- RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Se fosse um paciente em fase terminal da doença... Refletindo sobre o material aprendido sobre as fases da morte e o papel dos profissionais de saúde, discorra com seus colegas sua opinião sobre as atitudes tanto do paciente como da equipe em solicitar a alta médica por indisciplina.

“alta médica por indisciplina”.

Exercemos Direção clínica em hospital que é referência estadual no tratamento de tuberculose. Aqui temos pacientes que ficam sob nossos cuidados por longos períodos, entre seis e dezoito meses. Tratamos pessoas dos mais diferentes estratos sociais, com predominância dos mais carentes, muitos com história de alcoolismo e drogadição, além de ex-presidiários, entre outros.

Já houve flagrantes de drogas ilícitas e bebidas alcoólicas no recinto hospitalar, obrigando a equipe a reações imediatas para exercer o controle da situação.

Negação

Ajuda a aliviar o impacto da notícia, servindo como uma defesa necessária ao equilíbrio psíquico. Ocorre, geralmente, em pacientes informados sobre a morte, abrupta e prematuramente. O médico deve respeitar, mas também ter o cuidado de não estimular, compactuar ou reforçar a negação.

Raiva

A raiva pode ser projetada em si próprio, nas pessoas à sua volta ou em Deus. Ela é tão mais intensa quanto mais projetos a doença interrompe. Para a família e para a equipe fica muito difícil cuidar nesta fase; é preciso, no entanto, compreender que os ataques, a hostilidade e a indiferença não são pessoais.

Barganha

Apelo ao adiamento da perda, súplica pelo afastamento da ameaça. Esta é a hora das promessas.

Depressão

Com a certeza de que a doença é incurável e que a perda da vida é iminente, o paciente fica recluso em sua vivência. Há um rebaixamento da energia psíquica que pode ser temporário, apenas para a elaboração. Cabe aos que o acompanham respeitar, acolher, acompanhar, mas a intensidade deve ser observada e, muitas vezes, a medicação antidepressiva é necessária.

Aceitação

Observa-se que as pessoas que se realizaram, que viveram intensamente a vida, aproximam-se mais facilmente deste estágio, pois os sentimentos de fracasso e frustração não são tão avassaladores. É o momento do recolhimento, do desinvestimento, do desapego, não por falta de amor, mas sim porque a presença dos amados traz a memória e a dor da separação.

longa a vida e promover a cura. Face ao paciente terminal, ele se confronta com seus limites, impotências e incapacidades, gerando muita raiva e culpa que podem resultar em negação e evasão, abandonando o paciente na hora em que ele mais precisa. Nesta etapa de evolução da doença cabe ao médico não mais a cura, mas o assistir, servir, ajudar e cuidar.

A pessoa que está morrendo sabe quando o fim está próximo ao se observar e observar as pessoas que estão à sua volta, e talvez, também por algum instinto especial. Como escreveu o médico Hans Sincero sobre sua própria morte, quando uma pessoa chega a uma conclusão sobre sua morte iminente, ela entra numa fase de “fortes emoções e extrema coerência”. A iminência da morte parece trazer com

ela mudanças internas sutis que aguçam a sensibilidade do paciente terminal. Este, não raras vezes, desenvolve um forte senso de vida e uma necessidade quase sufocante de calor humano e de comunicação. A pessoa que está morrendo precisa sentir que não deixou de ser importante para seus entes mais próximos, nem tampouco para seu médico, que tem se empenhado tanto em curá-lo.

Com o óbito iminente o doente, às vezes, quer expressar sua experiência e suas fantasias sobre a morte. A presença do médico nesta última fase da vida pode ser crucial para uma morte tranquila, pois permite que o paciente morra não só com dignidade, mas também de forma menos solitária. O médico pode não estar preparado para lidar com essas situações, nem como profissional nem como espectador. Talvez como resultado de sua educação e condicionamento, este tenha medo de se sentir vulnerável ou de projetar uma certa desesperança em seus pacientes. Uma vez que a iminência da morte é conhecida, o médico que se dispõe a ser uma presença recuperadora para seus pacientes, precisa aprender a superar a frustração que possa sentir em relação à limitação de sua competência como médico. Nessa fase, o que deve ser oferecido é a continuidade de relação – consequência do tratamento clínico que se concluiu.

Alguns fatores dificultam a aceitação do processo de morte.

O estudo no death and dying (Sobre a morte e o morrer), realizado pela psiquiatra norte-americana Kübler-Ross, causou grande impacto na área dos cuidados de saúde ao apresentar uma reflexão sobre os processos que o paciente passa diante da notícia de uma doença terminal. Neste título a autora aponta 5 fases diante do luto.

Após a leitura do artigo: A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n102/a09n102.pdf>, além do vídeo: sobre a morte e o morrer, livro de Elisabeth Kübler-Ross, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=MYGdliaySxM&list=PlbG6zTOdNVUesaPeqsC5WPt7iK2hFs8nF&index=23>, respondam:

Quais as 5 fases apontadas pela autora diante da notícia da doença terminal? Como você, como membro da equipe multidisciplinar, pode atuar em cada uma dessas fases, com intuito de contribuir com o paciente?

5 fases do luto, doença terminal, como ajudar

Segundo a psiquiatra suíço-americana Elisabeth Kübler-Ross, pioneira em estudos de proximidade da morte com pacientes terminais e mais respeitada autoridade no assunto, o luto passa por 5 estágios descritos em seu livro “Sobre a Morte e o Morrer”, de 1969. Seu método de pesquisa era baseado em entrevistas com pacientes terminais e família, buscando a consciência e a aceitação da iminência da morte, sempre respeitando os limites emocionais dos envolvidos. Ao contrário da crença popular, os cinco estágios do luto não ocorrem necessariamente em uma ordem específica. Passamos pelos estágios antes de alcançar uma aceitação da morte, mas cada indivíduo tem sua própria trajetória. A chave para esse processo, é entender que não há regra, nem todos vão passar pelos estágios na respectiva ordem. É importante encará-los como guias no processo de luto. Os estágios podem ajudar a entender e contextualizar o momento pelo qual está passando.

1- Negação e isolamento - É o primeiro estágio do luto é um sentimento diante da notícia de doença terminal para um paciente ou de morte para um enlutado. Independentemente de como tomou conhecimento do fato, funciona como um par-choque para que o paciente ou o enlutado se acostume com tal situação. É preciso aguardar o momento oportuno para aproximar-se dele, observando os sinais demonstrados. A aceitação parcial é a fase que segue prontamente aos que não se utilizam da negação por muito tempo e consiste em um estado temporário do qual a pessoa se recupera gradativamente até acostumar-se à realidade e começar a reagir.

2 - Raiva- O segundo estágio do luto surge quando não é mais possível negar o fato e há o sentimento de revolta, inveja e ressentimento. O paciente ou o enlutado se pergunta: “por que eu e não outra pessoa?”. A raiva é expressa por emoções projetadas no ambiente externo e pelo sentimento de inconformismo. Para a família e os amigos é uma fase difícil de lidar. As atitudes da pessoa não têm justificativa plausível. A raiva só se torna patológica quando se torna crônica.

3 - Barganha - O paciente começa a ter esperança de uma cura divina ou de um prolongamento da vida em troca de méritos que acredita ter ou ações que promete empreender.

4 – Depressão - Inclui sentimentos de debilitação e tristeza acompanhados de solidão e saudade. Funciona para o paciente e seu entorno, como uma preparação para suas perdas. Essa fase requer muita conversa e intervenções ativas por parte dos que estão à sua volta, de modo a evitar uma depressão silenciosa. Isso porque só os que conseguem superar as angústias e as ansiedades são capazes de alcançar o próximo a aceitação.

5 - Aceitação - Após externar sentimentos e angústias, inveja pelos vivos e sadios, raiva pelos que não são obrigados a enfrentar a morte, lamento pela perda iminente de pessoas e de lugares queridos, a tendência é que o paciente terminal aceite sua condição e contemple seu fim próximo com mais tranquilidade e menos expectativa. O enlutado que já conseguiu vencer os estágios anteriores. Chega agora ao momento em que a saudade se torna mais sossegada, com mais paz, e começa a ter condições de se reorganizar na vida.

A esperança é o sentimento mais comum a todos os estágios do luto. Até os mais conformados esperam por uma possibilidade de cura. Nesse momento, é fundamental o papel do médico, conservando no paciente a esperança e tentando salvá-lo para que ninguém se entregue. Afinal, a ausência de esperança é o prenúncio do fim.

Hoje, é mais frequente percebermos os hospitais, a medicina e a própria sociedade dando passos para a tão necessária humanização da morte, que não deixa de ser uma maneira de encontrar um sentido para a vida. De qualquer maneira, é importante perceber a dimensão emocional da perda, pois há lágrimas que têm de ser choradas e gritos que precisam ser gritados. Nossa condição humana pede e nossa saúde mental exige. Entender a morte com mais naturalidade, entretanto, é tão necessário quanto valorizar a vida.

ANEXO A – Ata de defesa assinada

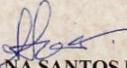


Universidade Federal da Bahia

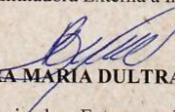
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E GESTÃO SOCIAL (PPGDGS)

ATA N° 55

Ata da sessão pública do Colegiado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E GESTÃO SOCIAL (PPGDGS), realizada em 30/08/2024 para procedimento de defesa da Dissertação de MESTRADO PROFISSIONAL EM DESENVOLVIMENTO E GESTÃO SOCIAL no. 55, área de concentração Desenvolvimento e Gestão Social, do(a) candidato(a) TATIANA CARLA BEZERRA DE OLIVEIRA, de matrícula 2022119302, intitulada A ECONOMIA DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA: CONFIGURAÇÃO IDEOLÓGICA E SOCIOECONÔMICA DO TRABALHO DOS CUIDADORES FAMILIARES ACOMPANHADOS PELA HUMANIZA HOME PARA CORRESPONSABILIZAÇÃO E APOIO INTERINSTITUCIONAL. Às 10:00 do citado dia, Escola de Administração, foi aberta a sessão pelo(a) presidente da banca examinadora Prof. Dr. FLORIANO BARBOZA SILVA que apresentou os outros membros da banca: Profº. Dra. MARIA ELISABETE PEREIRA DOS SANTOS, Profº. Dra. BARBARA MARIA DULTRA PEREIRA e Profº. Dra. LELIANA SANTOS DE SOUSA. Em seguida foram esclarecidos os procedimentos pelo(a) presidente que passou a palavra ao(a) examinado(a) para apresentação do trabalho de Mestrado. Ao final da apresentação, passou-se à arguição por parte da banca, a qual, em seguida, reuniu-se para a elaboração do parecer. No seu retorno, foi lido o parecer final a respeito do trabalho apresentado pelo(a) candidato(a), tendo a banca examinadora aprovado o trabalho apresentado, sendo esta aprovação um requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre. Em seguida, nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão pelo(a) presidente da banca, tendo sido, logo a seguir, lavrada a presente ata, abaixo assinada por todos os membros da banca.


Dra. LELIANA SANTOS DE SOUSA

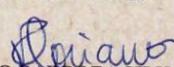
Examinadora Externa à Instituição


Dra. BARBARA MARIA DULTRA PEREIRA, UFBA

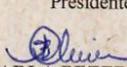
Examinadora Externa ao Programa


Dra. MARIA ELISABETE PEREIRA DOS SANTOS, UFBA

Examinadora Interna


Dr. FLORIANO BARBOZA SILVA, UFBA

Presidente


TATIANA CARLA BEZERRA DE OLIVEIRA

Mestrando(a)