UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

IRMA LÚCIA DA SILVEIRA SILVA

FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CUIDADOR DE IDOSOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Natal/RN
2015

IRMA LÚCIA DA SILVEIRA SILVA

FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CUIDADOR DE IDOSOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, área de concentração em Saúde Coletiva, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maísa Paulino Rodrigues

Natal/RN

2015

Catalogação na Fonte. UFRN/ Departamento de Odontologia
Biblioteca Setorial de Odontologia "Profº Alberto Moreira Campos".

Silva, Irma Lúcia da Silveira.
Formação profissional do cuidador de idosos em instituições de longa permanência / Irma Lúcia da Silveira Silva. – Natal, RN, 2015.
114 f. : il.

Orientador: Profª. Drª. Maísa Paulino Rodrigues. .

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

1. Envelhecimento – Dissertação. 2. Profissional da saúde – Dissertação. 3. Cuidador – Dissertação. 4. Idoso – Dissertação. 5. Instituição de Longa Permanência para Idosos – Dissertação. I. Rodrigues, Maísa Paulino. II. Título.

RN/UF/BSO Black D56

IRMA LÚCIA DA SILVEIRA SILVA

FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CUIDADOR DE IDOSOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, área de concentração em Saúde Coletiva, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: _____/_____/_____

Banca Examinadora:

_____

Profa. Dra. Maísa Paulino Rodrigues
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
(Orientadora)

_____

Profa. Dra. Maria Ângela Fernandes Ferreira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Examinador Interno

_____

Profa. Dra. Altamira Pereira da Silva Reichert
Universidade Federal da Paraíba
Examinador Externo

A minha mãe (*in memoriam*).
Meu pai (*in memoriam*).
Meu esposo e meus filhos.
Meus irmãos, sobrinhos e cunhados.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte maior de inspiração e conforto nos momentos difíceis.

A Maísa Paulino Rodrigues, exemplo de ser humano e mestre.

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte, especialmente ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e ao Departamento de Odontologia, pela oportunidade.

Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte pelo apoio constante e irrestrito.

Aos responsáveis por cada Instituição de Longa Permanência para Idosos, que aceitaram a realização do estudo em suas instalações e foram receptivos e acolhedores.

Aos cuidadores de idosos que participaram do estudo, pela disponibilidade em contribuir com informações preciosas.

Aos companheiros da pós-graduação, que se transformaram em amigos de caminhada.

Aos colegas de trabalho, pela ajuda em momentos importantes.

Aos meus sogros, pelo incentivo constante.

A Telma Lúcia da Costa Bezerra, pela disponibilidade de ajuda incondicional, tendo-se tornado uma grande amiga.

A Flávia Christiane de Azevedo Machado e Angélica Tereza Nascimento de Medeiros, pelos ensinamentos e pela ajuda na construção desse trabalho.

A minha querida irmã Íris Fátima da Silva, pela torcida pelo meu crescimento profissional e pela companhia em discussões sobre o tema abordado.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente colaboraram com essa conquista.

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um *ato*; é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (Leonardo Boff, ***Saber Cuidar***, 1999. pág. 12)

RESUMO

O trabalho do cuidador de idoso busca minimizar o sofrimento e as morbidades decorrentes das limitações físicas, cognitivas e emocionais destes indivíduos, constituindo-se em uma *práxis* permeada pela singularidade dos sujeitos envolvidos, portanto, um processo em constante construção. Nesse sentido, o papel do cuidador é fundamental para auxiliar o idoso no cotidiano, vislumbrando a melhoria da sua qualidade de vida. Este estudo possui caráter descritivo e analítico com abordagem quantitativa e qualitativa cujo objetivo foi investigar a formação profissional dos cuidadores atuantes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) em Natal/RN no ano de 2014. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturada com 63 cuidadores empregados em nove ILPIs, representando 75% do total desses profissionais exercendo atividades nessas instituições. As entrevistas captaram dados relativos ao perfil socioeconômico, à percepção sobre a profissão e à formação profissional do cuidador. Os dados foram analisados mediante observação das frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central das variáveis numéricas. Identificou-se que a maioria dos cuidadores possuía condição socioeconômica precária e não apresentava curso de formação específica para exercer a função de cuidador. Contudo, entre aqueles que realizaram cursos, grande parte relatou que os conteúdos abordados durante a formação deram segurança para o exercício da prática, embora tenham evidenciado uma contradição quando se referiram à necessidade de se capacitarem. A percepção sobre o cuidado está preponderantemente relacionada ao amar e ao cuidar do outro enquanto que a escolha da profissão está associada à prática do cuidar em si. Os resultados apontam, também, a presença de um baixo nível de capacitação formal para o exercício da ocupação, revelando também as fragilidades que vão desde a ausência de um currículo básico que possa nortear a formação, agravadas pela baixa escolaridade dos profissionais em foco.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento. Profissional da saúde. Cuidador. Idoso. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

ABSTRACT

The old caretaker's work seeks to minimize suffering and morbidity resulting from physical, cognitive and emotional limitations of these individuals, being a practice permeated by the uniqueness of the subjects involved, therefore, a process in constant construction. In this notion, the caregiver's role is crucial to assist the elderly in everyday life, aiming at improving their quality of life. This study has descriptive and analytical character with quantitative and qualitative approach aimed to investigate the professional training of active caregivers in long-term stay institutions for the Elderly (ILPIs) in Natal/RN in the year 2014. For this, semi-structured interviews were conducted with 63 caregivers employed in nine ILPIs, representing 75% of the professionals performing activities in these institutions. The interviews captured data on the socioeconomic profile, the perception about the profession and training of caregivers. Data were analyzed by observation of absolute and relative measures of central tendency of the numeric variables frequencies. It was found that most caregivers had poor socioeconomic status and had no specific training course to practice caregiver role. However, among those who carried out courses, most reported that the content covered during the training gave security to perform the practice, although they have shown a contradiction when referred to the need to build capacity. The perception of care is mainly related to love and care for the other while the choice of profession is associated with care practice itself. The results also indicate the presence of a low level of formal training for the exercise of the occupation, also revealing the weaknesses ranging from the absence of a core curriculum that can guide the formation, compounded by the low educational professionals in focus.

KEY WORDS: Aging. Health care. Caregiver. Elderly. Institution for the Aged.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

COVISA - Coordenadoria de Vigilância Sanitária

CSSF - Comissão de Seguridade Social e Família

EC - Educação Continuada

EP - Educação Permanente

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES – Instituições de Ensino Superior

ILPIs - Instituições de Longa Permanência para Idosos

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PL - Projeto de Lei

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PNI - Política Nacional do Idoso

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

RN - Rio Grande do Norte

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SPSS - Software Statistical Package for Social Science

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Quantidade de cuidadores segundo o porte da ILPI, Natal, RN, Brasil, 2014..... 33

Tabela 02 - Principais diferenças entre EC e EP, segundo aspectos-chave, Natal, RN, Brasil, 2014..... 46

Tabela 03 - Relação das ILPIs regulamentadas em Natal, segundo o tipo e a região administrativa..... 50

Tabela 04 - ILPIs selecionadas para realização do estudo segundo a região administrativa, o porte e o tipo, Natal, RN, Brasil, 2014..... 51

Tabela 05 - Quantidade de cuidadores entrevistados por ILPI visitada, Natal, RN, Brasil, 2014..... 52

Tabela 06 - Perfil socioeconômico do cuidador de idosos das ILPIs, Natal, RN, Brasil, 2014..... 57

Tabela 07 - Formação profissional do cuidador de idosos das ILPIs, Natal, RN, Brasil, 2014..... 60

Tabela 08 - Relação entre os conteúdos abordados em cursos de formação profissional pelo cuidador de idosos e as atribuições inerentes à ocupação (PL 4702/12), Natal, RN, Brasil, 2014..... 62

Tabela 09 - Relação entre os conteúdos abordados na formação e a segurança técnica para ser cuidador de idosos, Natal, RN, Brasil, 2014..... 64

Tabela 10 - Tempo de ocupação na profissão e tempo de formação do cuidador de idosos das ILPIs, Natal, RN, Brasil, 2014..... 66

Tabela 11 - Educação continuada do cuidador de idosos das ILPIs, Natal, RN, Brasil, 2014..... 67

LISTA DAS FIGURAS

Figura 01 -	Desenho da pesquisa quantitativa, Natal, RN, Brasil, 2014.....	48
Figura 02 -	Coleta de dados mediante a entrevista, Natal, RN, Brasil, 2014.	54
Figura 03 -	Categorias, subcategorias e unidades de análise dos discursos dos cuidadores de idosos, Natal, RN, Brasil, 2014.....	69
Figura 04 -	Categoria I - A Percepção do Ser Cuidador de Idosos, Natal, RN, Brasil, 2014.....	70
Figura 05 -	Categoria II - A Escolha da Profissão de Cuidador de Idosos, Natal, RN, Brasil, 2014.....	70
Figura 06 -	Percepção Sobre Ser Cuidador de Idosos, Natal, RN, Brasil, 2014.....	71
Figura 07 -	A Escolha da Profissão de Cuidador de Idosos, Natal, RN, Brasil, 2014.....	75

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01- População idosa do Brasil segundo dados e projeções do IBGE, Natal, RN, Brasil, 2014..... 19

Gráfico 02- População idosa do Rio Grande do Norte segundo dados e projeções do IBGE, Natal, RN, Brasil, 2014..... 20

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO.....**	**14**
2	**REVISÃO DE LITERATURA.....**	**17**
2.1	O ENVELHECIMENTO NO BRASIL.....	17
2.1.1	**Instituições de Longa permanência para Idosos (ILPIs).....**	**28**
2.2	O CUIDADOR DE IDOSOS.....	34
2.3	A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CUIDADOR.....	41
3	**OBJETIVOS.....**	**47**
3.1	OBJETIVO GERAL.....	47
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	47
4	**PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....**	**48**
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	48
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	50
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	51
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	52
4.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	53
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	54
4.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	55
5	**RESULTADOS E DISCUSSÃO.....**	**56**
5.1	PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS PARTICIPANTES.....	56
5.2	FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	59
5.2.1	**O Curso de Cuidador de Idosos.....**	**59**
5.2.2	**Tempo de Ocupação na Profissão e Tempo de Formação do Cuidador.....**	**65**
5.2.3	**Educação Continuada e Educação Permanente.....**	**66**
5.3	SIGNIFICADO DE SER CUIDADOR E A ESCOLHA DA PROFISSÃO: O DISCURSO DOS CUIDADORES.....	68
5.3.1	**A Percepção Sobre Ser Cuidador de Idosos.....**	**71**
5.3.1.1	O amar.....	71
5.3.1.2	O Cuidar do Outro.....	72

5.3.1.3 O ser atencioso..... 73
5.3.1.4 A Recompensa do Cuidar..... 74
5.3.2 A Escolha da Profissão..... 74
5.3.2.1 A Escolha Decidida/Opcional..... 75
5.3.2.2 A Identificação com a Prática do Cuidar..... 76
5.3.2.3 A Escolha Circunstancial..... 77
5.3.2.4 O Cuidar Informal (familiar)..... 78
6 CONSIDERAÇOES FINAIS..... 79
REFERÊNCIAS..... 81
APÊNDICES..... 92
ANEXOS..... 97

1 INTRODUÇÃO

O Brasil possui uma população residente de 195,2 milhões de pessoas, das quais 12,1% são idosos (idade maior ou igual a 60 anos) (IBGE, 2011; BRASIL, 2003). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), há uma tendência de aumento dessa população idosa nas últimas décadas, devendo o Brasil ocupar a sexta colocação mundial em 2025 (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002). A partir da década de 60, o país vivenciou uma queda generalizada da taxa de fecundidade, antes identificada apenas nos segmentos sociais e regiões mais desenvolvidas, desencadeando o processo de transição da estrutura etária (CARVALHO; WONG, 2008).

O crescimento da população idosa é uma realidade mundial, e no Brasil acontece de forma acelerada e radical (VERAS, 2009). Portanto, o país vivencia o processo global de envelhecimento populacional e suas consequências, como o aumento das doenças crônico-degenerativas. Não obstante, há a persistência de doenças infectocontagiosas e o surgimento dos agravos à saúde, panorama conhecido por tripla carga de doenças[1] (MENDES, 2010).

Paralelamente à transição demográfica ocorrem também mudanças no perfil de morbimortalidade da população, onde há uma diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis, caracterizando a transição epidemiológica (LEBRÃO, 2007). Dessa forma, as doenças inerentes ao envelhecimento ganham maior expressão na sociedade, gerando novas demandas para os serviços de saúde e aumentos nos custos de programas, uma vez que tais doenças exigem acompanhamento e cuidados constantes e permanentes (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

Todavia, é sabido que tanto a estrutura etária da população quanto as características geracionais vêm se transformando consideravelmente ao longo dos anos. Hoje, a estrutura familiar também está em fase de mudança, sendo uma realidade cada vez menos frequente a família multigeracional, que vive sob o mesmo teto. Essa

[1] Cf. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** 15(5): 2297-2305, 2010. A situação epidemiológica brasileira distancia-se da transição epidemiológica clássica, observada nos países desenvolvidos, e tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças porque envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas.

característica demonstra que o idoso vem deixando paulatinamente de se inserir no núcleo familiar para ocupar outros espaços (PAVARINI et al., 2005). Entretanto, é percebido que o idoso sofre com a "imposição" de deixar o seio da família e ir em busca de outros lugares para viver.

Sabe-se que a família é ou deveria ser corresponsável pelos cuidados para com os idosos, porém, a concreta redução do número de membros nas famílias reduz cada vez mais essa responsabilidade e deixa clara a necessidade de se contratar um cuidador para auxiliar o idoso. Entretanto, quando essa alternativa não é viável, o caminho mais frequente é a transferência do idoso para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) (BRASIL, 1988).

Destaca-se que o cuidador é a pessoa que oferece cuidados para suprir a incapacidade funcional, temporária ou definitiva e pode ser classificado como "formal" ou "informal" (CALDAS, 2002). O cuidador informal geralmente é um membro da família ou da comunidade, que presta cuidados de forma parcial ou integral, nem sempre possuindo preparo técnico para exercê-los, e geralmente não remunerado (OLIVEIRA et al., 2006). O cuidador formal seria aquele que "[...] recebe treinamento específico para a função e mantém vínculos profissionais para exercer a atividade de cuidar, mediante uma remuneração" (BORN, 2006, p.3).

Esse profissional pode ser contratado para trabalhar na moradia do idoso (cuidador domiciliário) ou numa ILPI (cuidador institucional). Considera-se que as ILPIs são "instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílios coletivos de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania" (ANVISA, 2005, p. 2).

Especificamente, destaca-se a discussão sobre o cuidador institucional em decorrência dos seguintes fatos: a maior longevidade, associada à condição de dependência; os novos arranjos familiares, com redução da disponibilidade de cuidadores domiciliares, e a impulsão da busca por ILPI (CAMARANO; KANSO, 2010). Portanto, as ILPIs, representadas pela equipe de frente - os cuidadores - têm o compromisso de auxiliar os idosos a suplantar as dificuldades diárias relacionadas ao envelhecimento, seja no âmbito físico, psicológico, cognitivo ou social. Neste sentido, o cuidador é essencial

para a melhoria da qualidade de vida do idoso, à medida que auxilia na administração de medicamentos, alimentação, higienização e acompanhamentos em atividades recreativas (BRASIL, 2012a).

Dessa forma, faz-se necessária uma formação profissional adequada, que implique na estruturação de cursos de formação que contemplem conteúdos curriculares pertinentes às habilidades e competências esperadas para um cuidador. Todavia, cabe destacar que a profissão aguarda a aprovação e regulamentação pelo Congresso Nacional Brasileiro. Tal situação permite que haja uma diversidade de estruturas curriculares disseminadas. Em Natal, observa-se que durante o processo de admissão de cuidadores para as ILPIs, não é exigido qualificação tampouco experiência profissional; geralmente o principal critério para a admissão no cargo é a afinidade afetiva do cuidador com o idoso, relatada por meio de uma entrevista individual (ARAÚJO, 2013).

Diante do exposto, este estudo procurou analisar a formação profissional dos cuidadores formais que prestam assistência aos idosos institucionalizados na cidade de Natal/RN, no ano de 2014. Nessa direção, foi construído o perfil desses cuidadores, averiguados os conteúdos estudados durante a formação destes, além de identificar a percepção sobre ser cuidador e o motivo da escolha da profissão.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O ENVELHECIMENTO NO BRASIL

A sociedade brasileira considera uma pessoa idosa aquela com idade superior a 60 anos. Essa classificação é fundamentada na Lei número 8.842, em seu capítulo I, artigo 2º, de 04 de janeiro de 1994 (BRASIL, 1994). No contexto do envelhecimento populacional, deve-se também considerar a transformação do padrão demográfico. Todavia, essa transformação corresponde a uma das mais importantes modificações estruturais verificadas na sociedade brasileira, resultando na redução na taxa de crescimento populacional e a alteração na estrutura etária. No entanto, essa alteração estrutural dá-se também na esfera do crescimento mais lento no número de crianças e adolescentes, paralelamente a um aumento da população em idade ativa e de pessoas idosas (IBGE, 2009), conforme se pode constatar nos indicadores sociodemograficos que serão apresentados ao longo do texto.

Não obstante isso, os componentes demográficos de fecundidade, mortalidade e migração são determinantes no processo de envelhecimento de uma população; a fecundidade em especial, pois, mesmo que a quantidade de idosos se eleve em decorrência do declínio dos níveis de mortalidade, esse efeito será amenizado caso as taxas de fecundidade se mantenham altas (ALONSO, 2010). Ressalta-se que, entre as décadas de 40 e 60, o Brasil, assim como a maioria dos países da América Latina, experimentava um declínio significativo da mortalidade, associado a uma fecundidade constante (WONG; CARVALHO; 2006).

Essa transição da fecundidade brasileira, iniciada no final da década de 60, foi resultante de uma série de transformações econômicas, sociais, culturais e institucionais na sociedade, e, de acordo com Perpétuo e Wong (2003), o Estado teve, direta ou indiretamente, um papel determinante nesse processo. Isso ocorreu através da implantação de ações governamentais de desenvolvimento e modernização, de políticas e programas de controle da natalidade e de projetos de planejamento familiar (adoção de métodos contraceptivos, por vezes irreversíveis).

Porém, o fator fundamental para a queda da fecundidade, segundo Dias Júnior e

Costa (2006), foi a emancipação feminina. A mulher passou a ter a possibilidade de escolha na concepção dos filhos, e isso influenciou diretamente as transformações da dinâmica da fecundidade. Segundo os autores, a queda da fecundidade brasileira foi um evento ímpar em todo o mundo, pela dimensão e, especialmente pelo curto espaço de tempo e pela intensidade do declínio.

Salienta-se que, no Brasil, o nível de mortalidade teve uma queda acentuada no fim da década de 30 do século passado (CAMARGO; FRIAS, 2001), ocasionando mudanças na estrutura etária: o aumento da probabilidade de sobrevivência do recém-nascido no início do século e a queda da mortalidade nas idades adultas. Ao que se refere à consolidação do processo de envelhecimento populacional conforme apresenta (WONG; CARVALHO, 2006), a esperança de vida ao nascer é considerada por diversos autores como um bom indicador de mortalidade e tem aumentado nas últimas décadas.

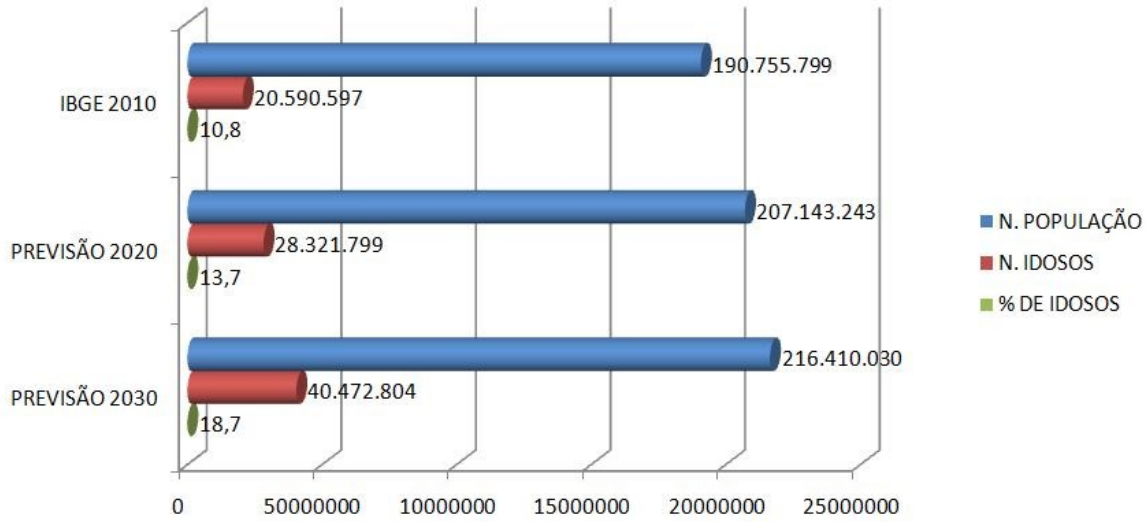
Em nosso país, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 1980 e 2009, a esperança de vida do brasileiro passou de 62,5 anos para 73,3 anos – um aumento de mais de uma década de vida. Estima-se que o brasileiro, em 2025, viva em média 77 anos de idade. No Nordeste, esse indicador, para o mesmo período, passou de 58,3 anos para 70,5 anos, o que corresponde a um acréscimo superior a 12 anos de vida. Comparada às populações de outras regiões brasileiras, a nordestina foi a que mais ganhou anos adicionais de vida, reflexo do estágio do processo de envelhecimento populacional já consolidado. No Rio Grande do Norte (RN), ainda de acordo com o IBGE (2010d), a esperança de vida passou de 58,2 anos para 71,2 anos, representando um ganho de 13 anos de vida.

Além dos componentes fecundidade e mortalidade, a migração também deve ser levada em conta, e sua importância deve ser evidenciada no processo de envelhecimento em regiões como o Nordeste, por exemplo. Brito (2006) comenta que, no início do século 20, a migração se intensificou na sociedade brasileira, tendo como destino principal a região Sudeste – em especial os estados de São Paulo e Rio de Janeiro -, motivada pela expansão urbana e industrial e diretamente relacionada aos desequilíbrios regionais econômicos. Considerando a faixa etária dos migrantes da época - jovens em pleno vigor produtivo -, a migração teve como causa principal a procura por trabalho e por melhores condições de vida (SEABRA, 2011).

Nas últimas décadas, a região Nordeste tem sido palco de interesse de grandes empresas, seja como consequência da mão de obra barata, seja pelas condições ambientais ou pelo momento econômico nacional favorável (SANTOS, 2006). Esse fato aqueceu o mercado de trabalho, que atraiu novamente os migrantes – migração de retorno – e coibiu novas migrações em massa (FIOCRUZ, 2008). O RN, de acordo com Barbosa e Sousa (2007), há alguns anos vem apresentando um saldo migratório positivo em decorrência da migração de retorno e da migração de outros estados brasileiros.

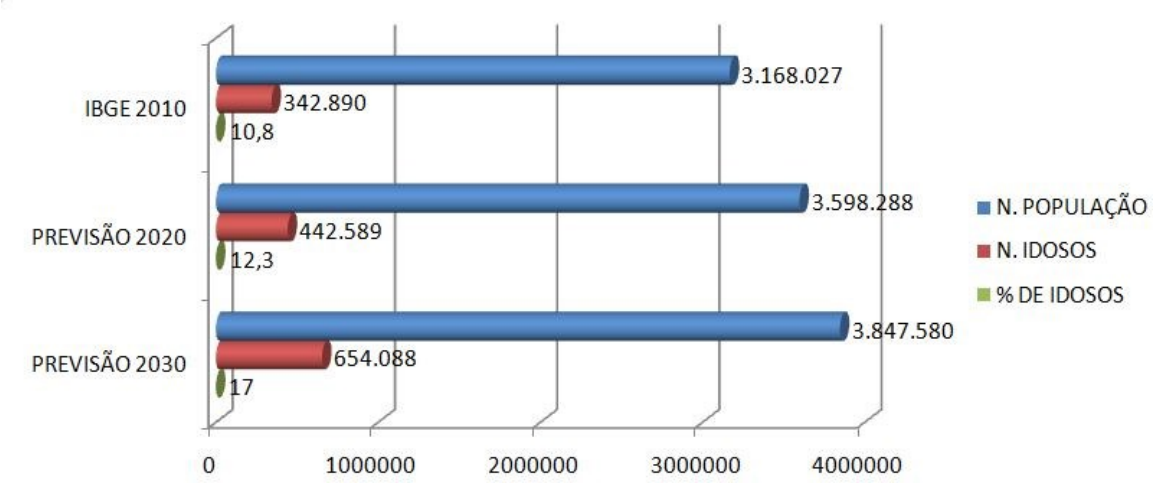
Diante do exposto, é evidente que se deve considerar o componente demográfico de migração no processo de envelhecimento nordestino e potiguar, uma vez que os migrantes são, em sua maioria, do segmento populacional adulto e idoso, o que contribui de forma efetiva para a transformação da estrutura etária (IBGE, 2009). Para demonstrar a realidade populacional atual e a estimativa de envelhecimento para breve e médio prazos no Brasil e no Estado do RN, foram construídos os gráficos 01 e 02, segundo os dados do IBGE 2008-2010. Entretanto, não serão apresentadas as previsões para 2020 e 2030 para a cidade de Natal, haja vista o IBGE não fazer estimativas para os municípios.

Gráfico 01: População idosa do Brasil segundo dados e projeções do IBGE, Natal, RN, Brasil, 2014.



Fonte: IBGE, 2008. IBGE, 2010c

Gráfico 02: População Idosa do Rio Grande do Norte segundo dados e projeções do IBGE, Natal, RN, Brasil, 2014.



Fonte: IBGE, 2010a. IBGE, 2010b.

O processo de envelhecimento da cidade de Natal está condizente com o restante do contexto do país. Assim sendo, o aumento da população, sobretudo idosa, influenciará naturalmente o aumento populacional do município de Natal. Considerando a necessidade concreta e também a estimativa em termos de envelhecimento, observa-se a necessidade real de se capacitar o cuidador. Ressalta-se que no ano 2010 a cidade de Natal tinha uma população total de 803.739 (oitocentos e três mil, setecentos e trinta e nove) habitantes, dos quais 83.939 (oitenta e três mil, novecentos e trinta e nove) eram idosos; isso equivale a dizer, 10,4% da população (IBGE, 2010a).

Saliente-se que esse percentual é equivalente às médias estadual e federal, o que nos conduz a supor que essa média se mantenha para as previsões de 2020 e 2030. É sabido que a maior parte dos países europeus levou quase 100 anos para apresentar uma diminuição significativa nos níveis de fecundidade, com proporcional aumento dos idosos, enquanto no Brasil este processo levou apenas 25 anos (WONG; CARVALHO, 2006).

Os referidos autores afirmam que, no caso do Brasil, a fecundidade dificilmente reverterá sua tendência; ao contrário, revisões recentes mostram que seus níveis têm sido superestimados. Com relação à mortalidade, no que se refere à fragilidade dos dados sobre óbitos de adultos, assume-se que continuará declinando. Assim, finalmente, a migração interna e a internacional podem levar à necessidade de alteração das previsões,

mas, mesmo nestes casos, isto não causaria, provavelmente, mudanças substanciais nas projeções para os próximos quinquênios.

Nessa perspectiva, considera-se que as rápidas transformações no perfil demográfico do Brasil em direção a uma população bastante envelhecida devem ser acompanhadas por medidas que promovam o bem-estar da sociedade. Neste novo cenário que se apresenta constatam-se que elementos na esfera do mobiliário urbano, das edificações, dos meios de transporte público, dos conteúdos das disciplinas associadas à área médica. Acrescenta-se ainda o próprio mercado de trabalho, o sistema público e o privado de saúde, bem como a previdência e a assistência social, todo este conjunto deve passar por reestruturações para assegurar a inclusão, na família, na cidade e na sociedade, de modo geral, de um contingente cada dia mais volumoso de idosos (IBGE, 2008).

Na análise de Veras (2003), constata-se que o processo de envelhecimento progredirá motivado pelos avanços nas áreas de engenharia genética e de biotecnologia, o que possibilitará melhorias consideráveis não só nos indicadores demográficos, mas também no aumento da esperança de vida – longevidade humana. E quando se pensa no aumento da expectativa de vida dos indivíduos, insere-se o tema da morbimortalidade, o que implica pensar o envelhecimento. Assim, na esfera da saúde dos idosos, houve mudanças significativas, tornando mais complexo o quadro de morbimortalidade. Em 1950, as doenças infectocontagiosas representavam 40% das mortes registradas no País, mas em 2009 foram responsáveis por menos de 10% do total dessas mortes. O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, eram causa de 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40% (IBGE, 2009).

Todavia, fatores e mudanças no estilo de vida, os maus hábitos alimentares, o sedentarismo, o uso crescente de drogas lícitas e ilícitas estão se propagando no mundo, devendo ser tratados com extrema seriedade e serem reconhecidos como fatores de risco no que concerne aos problemas crônicos de saúde, incluindo doença cardiovascular, diabetes e derrame (OMS, 2003). No processo de envelhecimento, aumentam as possibilidades de se contrair uma doença crônica. Verificou-se que 77,4% das pessoas com 60 anos ou mais de idade declararam ter doenças. Esta proporção aumenta para 80,3% no contingente de idosos com 75 anos ou mais de idade (IBGE, 2010d).

No entanto, os indicadores demonstram que quase metade (48,9%) dos idosos

sofria de mais de uma doença crônica; no subgrupo de 75 anos ou mais de idade, a proporção atingia mais da metade (54,0%). Entre as doenças crônicas, a hipertensão é a que mais se destaca em todos os subgrupos de idosos, com proporções em torno de 50%. Doenças como dores de coluna (ou costas) e artrite ou reumatismo aparecem, também, com bastante frequência, entre as pessoas de 60 anos ou mais de idade: 35,1% e 24,2%, respectivamente (IBGE, 2010d).

Em consonância com Veras e Parahyba (2007), ressalta-se um dado marcante em relação às doenças crônicas: elas crescem de forma significativa com o passar dos anos. Entre os idosos, este valor atinge 75,5% do total, mas entre as pessoas de 0 a 14 anos foram reportados apenas 9,3% de doenças crônicas. De acordo com a OMS, em 2003, as condições crônicas eram responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano de 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos (OMS, 2003).

Apesar disso, até hoje, em todo o mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento dessas condições crônicas; simplesmente tratam os sintomas quando aparecem - fato reconhecido pela própria OMS (2003) quando afirma que o sistema de saúde é organizado em torno de um modelo de tratamento de casos agudos que não mais atende às necessidades de muitos pacientes, especialmente aqueles que apresentam condições crônicas.

Em seu relatório, a OMS (2003) cita que os decréscimos nas doenças transmissíveis, o rápido envelhecimento da população e a ascensão das condições crônicas produziram esse descompasso entre os problemas de saúde e os sistemas nacionais. Todavia, as condições crônicas requerem elementos essenciais para apoiar uma mudança de paradigma que modifique o sistema de saúde. Pacientes, trabalhadores da saúde e, sobretudo gestores, precisam reconhecer que o tratamento eficaz das condições crônicas requer um tipo diferente de sistema de saúde. Nesse aspecto, o envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea e para as autoridades sanitárias, especialmente em países em desenvolvimento, onde este fenômeno ocorre em ambiente de pobreza e grande desigualdade social (GOES, 2012).

Diante do exposto, o principal problema que pode afetar os idosos são as condições crônicas, que apresentam um grande potencial para desencadear dependência e

incapacidade nessa faixa etária. Por isso, a incapacidade funcional é um conceito importante para avaliar as condições de saúde de idosos. A perda da capacidade funcional é referenciada como a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 2006). A funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde - doenças, perturbações, lesões, traumas etc. - e os fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais (OMS, 2003).

Conforme a leitura de Brito e Ramos (2002), existem princípios fundamentais que devem servir de base para a formação das ações destinadas aos idosos, como a preocupação em proporcionar uma maior capacidade funcional e independência física e mental nos meios social e familiar. Nesse aspecto, promover saúde significa criar estratégias com o intuito de diminuir o índice de adoecimento e mortalidade. Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, o mais livre possível de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades, e isso é uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI. No que se refere à saúde do idoso, a elaboração ou a readequação de planos, programas, projetos e atividades deve-se basear nas diretrizes e responsabilidades estabelecidas na Portaria nº 2.528/2006, que aprova a PNSPI (BRASIL, 2006).

O estudo de Lima-Costa e Barreto (2003) indicou que doenças e limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento e, portanto, o uso de serviços preventivos, no sentido de eliminar fatores de risco e adotar hábitos de vida saudáveis, são importantes determinantes do envelhecimento saudável. No entanto, o estudo de Mendonça e Marques Neto (2003) mostra que a maioria dos idosos tem, pelo menos, uma doença crônica. Isso quer dizer que envelhecimento saudável, na verdade, não pode ser concebido como ausência de doenças crônicas. Ou seja, com o envelhecimento, cresce a vulnerabilidade das pessoas ao desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis, que por sua vez aumentam as chances do idoso apresentar dependência funcional, e consequentemente, familiar, emocional e financeira (NUNES; MENEZES; ALCHIERI, 2010).

Diante do exposto, podemos observar que as condições crônicas apresentam um ponto em comum: elas persistem e necessitam de certo nível de cuidados permanentes.

Além disso, essas condições compartilham algumas características preocupantes: a) estão aumentando no mundo e nenhum país está imune ao impacto causado por elas; b) representam um sério desafio para os atuais sistemas de saúde no tocante à eficiência e efetividade; c) desafiam nossas capacidades em organizar sistemas que supram as demandas iminentes; d) causam sérias consequências econômicas e sociais em todas as regiões; e) ameaçam os recursos da saúde em cada país e f) poderão ser minimizadas somente quando os líderes do governo e da saúde adotarem mudanças e inovações. Esses fatores foram evidenciados inclusive pela (OMS, 2003).

Assim, se não ocorrerem mudanças, os sistemas de saúde continuarão evoluindo de forma ineficiente e ineficaz, ao mesmo tempo em que a prevalência das condições crônicas seguirá aumentando. Os países de renda alta gastam bilhões de dólares em internamentos hospitalares desnecessários, tecnologias caras e uma gama de informações clínicas inúteis. Contudo, paradoxalmente isto ocorre também nos países de baixa renda gerando despesas exorbitantes com a saúde sem, contudo, proporcionar melhoras na situação de saúde das populações. Enquanto o modelo de tratamento agudo dominar os sistemas, os resultados da saúde que, de outra forma, poderiam ser mais favoráveis, serão debilitados (OMS, 2003).

No âmbito de preocupação com o aspecto de cronicidade das doenças, Gaioli, Furegato e Santos (2012) analisam que, com o avançar da doença, as demandas por cuidados se tornam mais complexas e constantes, havendo a indicação de cuidador formal com capacitação profissional. Apesar disso, a presença de um profissional capacitado para esta atividade não é uma realidade frequente. A situação é desafiadora para a área da saúde, pois, à medida que envelhece, mais dependente o idoso se torna na execução de suas atividades da vida diária. A evolução da doença ocorre e, certamente, o cuidador, em algum momento, ampliará suas tarefas para o cuidado.

Lima (2011) relata que, conforme a legislação brasileira – Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) –, o principal responsável pelo cuidado com o idoso é a família. Neste sentido, o Código Penal Brasileiro (Título VII — Dos Crimes contra a Família — Capítulo III, artigo 244, do Código Penal) criminaliza a negligência da família para com o idoso (BRASIL, 1940), instrução alicerçada em valores éticos e judaico-cristãos, e

resultantes dos valores e preconceitos dominantes quanto ao cuidado institucional. Um grande avanço em políticas de proteção social aos idosos brasileiros foi dado pela Constituição de 1988, que levou em consideração algumas orientações da Assembleia de Viena[2]. Apesar desse avanço a respeito do papel do Estado na proteção do idoso, imposto pela Constituição de 1988, a família continuou sendo a principal responsável pelo cuidado da pessoa idosa, podendo inclusive ser criminalizada caso não o faça (BRASIL, 1940).

A assistência prestada pela família está concentrada na figura do cuidador principal. Ela predomina como suporte informal, sendo as mulheres as principais cuidadoras (CALDAS, 2002). Embora o cuidado familiar esteja culturalmente arraigado à sociedade, esta não é a realidade de todos os idosos. O envelhecimento ocorre em um cenário de mudanças sociais, econômicas, culturais, institucionais e na conformação de uma nova estrutura familiar. Há idosos cujas famílias não podem oferecer suporte financeiro para garantir o cuidado adequado ou que não conseguem conciliar a função de cuidadores com a vida cotidiana. Ademais, a redução da taxa de fecundidade, as mudanças nos padrões de nupcialidade e a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho, reduzem a disponibilidade de cuidadores familiares. Assim, as ILPIs surgem como uma opção para idosos cujas famílias não dispõem de um cuidador e para aqueles que são vítimas de abandono e/ou com sequelas de doenças crônicas (CAMARANO; KANSO, 2010; CALDAS, 2002).

Portanto, a faixa etária na qual o idoso será institucionalizado sofre variações em função do motivo da institucionalização. Idosos residentes em ILPIs sem fins lucrativos, normalmente institucionalizados por situações de abandono e violência, passam a residir nas instituições logo ao início de sua vida idosa, ao passo que aqueles com melhores condições econômicas e com uma rede de suporte familiar mais coesa, são destinados às ILPIs com fins lucrativos em idades mais avançadas, quando as limitações cognitivas e/ou físicas são mais expressivas.

---

[2] Cf. CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros.** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Considera-se como marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento ocorrida em Viena, em 1982. Essa assembleia foi o primeiro fórum global intergovernamental centrado na questão do envelhecimento populacional e que resultou na aprovação de um plano global de ação.

Assim, ao institucionalizar-se, o idoso pode desenvolver dependência em diferentes níveis, seja no físico ou no comportamental. A dependência estruturada está relacionada à inserção social no processo produtivo (perda do trabalho ou aposentadoria). Mas, a dependência física é decorrente do processo biológico do envelhecimento e relaciona-se com a capacidade de desenvolver as atividades da vida diária (MENEZES et al., 2011).

Estados ou condição, isto é, solidão, desprezo e abandono são os primeiros fatores que devem ser analisados ao se tentar compreender a experiência de vida de uma pessoa idosa em uma ILPI. Freire Júnior e Tavares (2005) discutem a temática dos idosos residentes nessas instituições e analisam que viver em lugares dessa natureza significa, quase sempre, ser privado de seus projetos, afastado da família, da casa, dos amigos, das relações nas quais sua história de vida foi construída. Sendo assim, ao se considerar a possibilidade de transferência de um idoso para uma ILPI, deve-se pensar imediatamente em três pontos essenciais, a saber: a) a ausência da família; b) a incapacidade funcional e c) a ausência de um cuidador. Essas causas primordiais de determinação do abandono e do confinamento do idoso na instituição tornam evidente o prognóstico de uma velhice sombria, ao invés de um envelhecimento ativo. Infere-se, pois, constatar que a institucionalização se configura em um estado de "esquecimento e isolamento, (...) grande mudança na vida do idoso, acentuando a vivência de uma série de perdas" (CARDÃO, 2009). Vê-se, na passagem em destaque, a consciência do idoso de sua situação:

> Se a pessoa nunca antes se encontrara face a face com a realidade da sua finitude, é agora, no espaço e no tempo institucional, que se voltará para os fantasmas de morte, sentidos como cada vez mais próximos. (CARDÃO, 2009, p. 5).

Assim, pode-se dizer que no processo de institucionalização existe perda da individualidade e da história pessoal de vida, e nem sempre as instituições dispõem de recursos humanos preparados para acolher essas fragilidades dos seus idosos. O confinamento do idoso impõe uma existência arrancada de suas raízes, impessoal, e consequentemente o insere numa rotina pré-determinada. Esses são os fantasmas que tornam o envelhecimento uma realidade inalienável e incontornável, que dá conta das

mudanças no âmbito da imagem do corpo e de si, provoca a desestabilização de um quadro de referências sobre a própria identidade e a gradual desvalorização de si próprio (CARDÃO, 2009).

Além disso, infere-se que o idoso possui uma peculiaridade em relação à sua saúde no que diz respeito às várias doenças que coexistem nos quadros sindrômicos. É sabido que o institucionalizado, normalmente, é aquele mais debilitado e dependente, com patologias importantes e uso de uma grande quantidade de medicamentos. Os diagnósticos mais comuns nas ILPIs são: alterações cardiovasculares, demência (constatadas em quase a metade dos idosos residentes), diabetes, artrite, osteoporose e acidente vascular encefálico (CANAVAN, 2009). Segundo a mesma autora, essas condições mórbidas causam impacto negativo na mobilidade destes idosos. Assim sendo, a diminuição da mobilidade, aliada à própria deterioração física causada pelas várias patologias associadas, torna o idoso institucionalizado muito mais propenso à fragilidade.

Os cuidados de longa permanência, juntamente com as políticas de renda (previdência e assistência social), de saúde e de integração social são considerados políticas setoriais, e a questão do idoso deve ser incorporada em todas essas políticas. Os cuidados de longa permanência dirigem-se geralmente aos idosos que perderam parte de sua autonomia física e mental, cuja família não possui meios financeiros, físicos ou emocionais para a prestação dos cuidados necessários. Em geral, são os mais idosos.

As ações governamentais nessa modalidade de atenção são, quase sempre, de caráter assistencial. São formuladas em âmbito federal, mas executadas, na sua maioria, de forma descentralizada, em parcerias que envolvem os estados, os municípios e a sociedade civil (CAMARANO; PASINATO, 2004). Cuidar de pessoas com necessidades especiais, como idosos dependentes, não é uma tarefa nova. O que se observou ao longo do século XX foi uma progressiva transferência de uma atividade tradicionalmente desenvolvida no espaço privado das famílias para o espaço público ou estatal.

Cuidados institucionais não constituem uma prática generalizada nas sociedades latinas, apesar de a demanda por esse tipo de cuidado estar aumentando em todo o mundo. As restrições a essa prática são de várias ordens: custos financeiros e sociais elevados e baixa eficiência e eficácia dessa modalidade de atenção em relação aos seus benefícios (CAMARANO; PASINATO, 2004). Isto porque a institucionalização

contraria padrões sociais que ditam que os filhos – em especial a filha – são responsáveis pelo cuidado dos pais idosos.

Contudo, em uma realidade de envelhecimento populacional, de baixa fecundidade, e de crescente participação da mulher no mercado de trabalho, a institucionalização passa a ser uma necessidade e uma opção para um número cada vez maior de indivíduos (WATANABE; DI GIOVANNI, 2009). Há o entendimento de que é pertinente pensar que estas ILPIs provocam o isolamento social do idoso, sem nenhuma oportunidade de superação para suas dúvidas, angústias e anseios (SILVA, 2005).

No entanto, uma ILPI não é um lugar para se confinar o idoso, é um lugar para se viver de modo saudável. Decerto, não é apenas a instituição que responderá completamente pelos idosos abandonados, de modo generalizado. Hoje, uma nova prática tem sido preconizada, na qual o cuidar envolve condições de espaços físico e ambiental apropriados, atividades de lazer, contato social, sobretudo o atendimento de profissionais de saúde capacitados (POLLO; ASSIS, 2008). Respaldado em Freitas e Noronha (2010), pode-se dizer que, independentemente da maneira como o idoso chegou à instituição, ele precisa viver com dignidade e, para isso, o Estado, a família e a sociedade também devem fazer parte da rede de cuidadores de um país que envelhece muito rapidamente.

2.1.1 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)

Historicamente grande parte das ILPIs possui um perfil assistencialista, no qual prestar cuidados aos idosos resume-se a oferecer abrigo e alimentação às pessoas em situação de pobreza, com problemas de saúde e sem suporte social (POLLO; ASSIS, 2008). O Artigo 3° do Decreto no 1.948, de 03/07/1996, que regulamenta a Lei nº 8.842, de 04/01/1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) afirma que:

> Entende-se por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social (BRASIL, 1996, p. 2).

Nesse sentido, o conceito sobre tais instituições foi construído através da concepção de que, nesse cenário, há solitários, ociosos e pessoas sem laços familiares ou

de qualquer natureza. É preciso saber que as ILPIs são marcadas por impressões negativas e positivas e repletas de diferentes histórias de vida. O dia-a-dia dos idosos não é diferente de outros dia-a-dias; existem conflitos, brigas, fofocas, competições, paixões, perdas e ganhos, apenas delimitados pelos muros e vigiados por quem assiste e cuida dos idosos (FREITAS; NORONHA, 2010).

É necessário lembrar que, muitas vezes, apesar de manter o isolamento social, essa ILPI cumpre papel de abrigo para o idoso excluído da sociedade e da família, abandonado e sem um lar fixo, podendo se tornar o único ponto de referência para uma vida e um envelhecimento dignos. Atualmente essas entidades se apresentam como uma alternativa para o cuidado do idoso, quando a família ou a sociedade não são capazes de fornecer assistência suficiente. Na explicação de Bessa et al. está ressaltado que:

> As instituições de longa permanência para idosos assumem a responsabilidade de cuidar quando o idoso perde seus vínculos com sua rede social, dando suporte ou assistindo suas necessidades com a finalidade de melhorar sua saúde e a qualidade de vida. (BESSA et al., 2012, p. 178).

No âmbito da PNI, em 2001, a Secretaria de Estado de Assistência Social estabeleceu normas de funcionamento dos serviços sociais de atendimento ao idoso. Conforme pensam Diogo e Duarte (2002), as categorias de atendimento constantes da PNI classificam-se em três grupos: *ambiente domiciliar, ambiente comunitário e ambiente integral institucional* variando de acordo com o local de atuação.

Aqui serão desenvolvidos aspectos do ambiente integral institucional, as chamadas ILPIs. No entanto, de modo breve, destacam-se alguns aspectos do ambiente domiciliar e do ambiente comunitário. No ambiente domiciliar objetiva-se incentivar a permanência do idoso com algum nível de dependência em sua família ou em famílias substitutas (receptivas ao acolhimento dos idosos abandonados pela família verdadeira). Neste caso é concedido um complemento financeiro à família que não dispõe de recursos suficientes para o sustento do idoso, além de cuidadores especializados realizarem visitas domiciliares rotineiras. Insere-se nessa modalidade a "residência em repúblicas", uma opção para o idoso independente (DIOGO; DUARTE, 2002).

Todavia, no ambiente comunitário disponibilizam-se habitações do tipo

"residência em casa-lar" – grupos de idosos que se encontram sozinhos ou afastados de sua família e com renda suficiente para sua manutenção. Atendimentos oferecidos durante todo o dia nos centros-dia – o idoso permanece durante o dia e volta para sua residência à noite (os custos são menores do que os das instituições). No desenvolvimento de atividades de interação nestes "centros de convivência" – os idosos realizam atividades associativas, produtivas e de incentivo à sociabilidade, as quais contribuem para a independência, o envelhecimento ativo e saudável, reduzindo o isolamento social (DIOGO; DUARTE, 2002).

Ressalta-se, ainda, que no ambiente institucional integral as instituições são divididas em três modalidades, quando se considera o grau de dependência do idoso, tais como: *Modalidade I, Modalidade II e Modalidade III*. A Modalidade I é direcionada aos idosos autônomos em suas atividades da vida diária, mesmo que necessitem de algum equipamento de autoajuda; a Modalidade II é destinada aos idosos dependentes e independentes que precisam de ajuda e cuidados específicos, com acompanhamento e controle adequado de profissionais da área da saúde e a Modalidade III, que é dirigida aos idosos dependentes que precisam de assistência total em, pelo menos, uma atividade da vida diária (DIOGO; DUARTE, 2002).

Não obstante, existe ainda a classificação das ILPIs de acordo com a quantidade de idosos, conforme Decreto Nº 8.553/2008 (NATAL, 2008a): a) Porte I: de 01 a 20 idosos; b) Porte II: de 21 a 40 idosos; c) Porte III: de 41 a 60 idosos e d) Porte IV acima de 60 idosos, conforme demonstra a tabela 04, que trata da distribuição das ILPIs selecionadas para a realização do estudo segundo a região administrativa, o porte e o tipo. Todavia, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), nos países em desenvolvimento, culturalmente, não existe o hábito de se recorrer às ILPIs como opção de cuidados de longa duração para os idosos (ONU, 2002). Porém, ao longo dos últimos anos, houve um aumento expressivo no número de ILPIs, sejam elas privadas, públicas ou filantrópicas, o que reflete o reconhecimento da sociedade para a problemática do idoso, que necessita de um cuidado especializado muitas vezes não encontrado no domicílio. O atendimento aos idosos no Brasil de hoje exige que a ILPI preste serviços tanto na área social quanto na área sanitária, sendo, pois, objeto de ação de ambas as esferas. Pode-se dizer, portanto, que a ILPI é um tipo especial de instituição de natureza

sociossanitária. Essa natureza híbrida demanda a criação de um modelo sociossanitário de assistência, que conjugue valores e práticas de ambas as esferas (SIMSON; PINTO, 2012).

De acordo com o IPEA (2011), a maioria das ILPIs brasileiras é filantrópica (religiosa ou leiga) - resultado não apurado em Natal/RN. Na caracterização das ILPIs deste município, com base em dados da Coordenadoria de Vigilância Sanitária (COVISA) e em pesquisa de campo, constatou-se que 42,9% são de natureza privada sem fins lucrativos – filantrópicas, e 57,1% são de natureza privada com fins lucrativos – privadas. Adicionalmente, a pesquisa intitulada "Condições de Funcionamento e Infraestrutura das ILPIs no Brasil", realizada pelo IPEA (2011), demonstra que, assim como ocorre em Natal, também, no Brasil, é de natureza privada a maioria das ILPIs criadas a partir da década de 90. A título de informação complementar, as ILPIs privadas concentram-se em bairros notadamente nobres e privilegiados do município de Natal, concentrando-se na Zona Sul da cidade (NATAL, 2014). A sua natureza particular exige um desembolso mensal que as torna inacessíveis para a maioria da população.

Por sua vez, as ILPIs filantrópicas são administradas por associações religiosas (católicas, evangélicas, espíritas) sem fins lucrativos, ou por associações ou organizações beneficentes, mantendo-se por meio de convênios, de aposentadorias e doações. Assim, muitas vezes, essas instituições não têm infraestrutura adequada nem profissional qualificada para atender os idosos (MENDONÇA, 2006). Devido à maior capacidade das ILPIs filantrópicas, elas também concentram um número maior de idosos (64,5%), e por sua finalidade não lucrativa e social, elas se concentram em bairros periféricos, onde se encontra a população mais carente e socialmente vulnerável do município (ARAÚJO, 2013). A maioria das instituições pesquisadas é classificada como aberta, ou seja, os idosos e familiares têm liberdade de transitar independentemente do horário ou agendamento. Todavia os horários das refeições, das atividades de socialização (atividades manuais e religiosas em grupo, confraternizações, etc.) são preestabelecidos pela própria instituição, de forma a facilitar sua administração (ARAÚJO, 2013).

Na cidade do Natal, os recursos para a manutenção das ILPIs são específicos pela natureza da instituição, ou seja, as instituições privadas se mantêm somente com as mensalidades, enquanto as filantrópicas se mantêm pela combinação de recursos das

aposentadorias (variando de 30% a 70%) – quando o idoso é aposentado –, de convênios municipais, estaduais, federais e/ou particulares, de doações e de reversões judiciais. Caso o idoso não seja aposentado, algumas instituições entram com o processo junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) para requerer o benefício (ARAÚJO, 2013).

Ressalta-se que, em nossa cidade, os convênios públicos têm finalidade de aplicação de recursos específicos: alguns devem ser gastos somente com pessoal (funcionários) e alguns somente com materiais e equipamentos. Os valores individuais são fixos, porém o montante total varia conforme a quantidade total de idosos assistidos e seu grau de dependência. Nas instituições de natureza privada, os valores das mensalidades variam de acordo com o tipo de acomodação e o grau de dependência do idoso (ARAÚJO, 2013). Porém, quer seja uma instituição filantrópica ou privada, o centro da discussão em relação a tais locais deve ser quanto ao tipo de cuidado prestado aos seus residentes, o que está diretamente relacionado à formação profissional do cuidador, que, além de saber lidar com o idoso e a doença, tem que conviver com a subjetividade inerente às relações humanas.

Em 2005, passou a vigorar a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283. Esta Resolução estabelece normas de funcionamento dessas instituições e define quais são os graus de dependência e as condições gerais de organização institucional baseadas nos direitos dos idosos, incluindo recursos humanos, infraestrutura, processos operacionais, notificação compulsória, monitoramento e avaliação (ANVISA, 2005). No artigo referente a recursos humanos para cuidados aos idosos, especifica-se o número de cuidadores que uma ILPI deverá possuir em função do grau de dependência e do número de idosos, mas não esclarece a qualificação exigida.

Todavia, na cidade de Natal, a regulamentação do funcionamento das ILPIs é feita pelo Decreto Nº 8.553 (NATAL, 2008a). Esse documento segue os mesmos padrões da RDC nº 283 e define critérios gerais e específicos para a estrutura física, os recursos humanos e a operacionalização do funcionamento desse tipo de instituição. O referido Decreto também define os estabelecimentos quanto ao porte e à quantidade de cuidadores, tal como descrito na tabela 01, apresentada a seguir. Vale ressaltar que, segundo este documento, o idoso dependente é aquele com impossibilidade parcial ou

total de efetuar, sem a ajuda, as atividades básicas da vida diária e se adaptar ao seu ambiente.

Tabela 01: Quantidade de cuidadores segundo o porte da ILPI, Natal, RN, Brasil, 2014.

QUANTIDADE DE CUIDADORES SEGUNDO O PORTE DA ILPI				
PORTE DA ILPI	Porte I 01 a 20 Idosos	Porte II 21 a 40 Idosos	Porte III 41 a 60 Idosos	Porte IV Acima de 61 Idosos
CUIDADOR	01 cuidador para cada 10 idosos diurno	01 cuidador para cada 10 idosos Diurno	01 cuidador para cada 10 idosos diurno	01 cuidador para cada 10 idosos diurno
	01 cuidador para o período noturno	01 cuidador para o período noturno	02 cuidadores para o período noturno	01 cuidador para cada 30 idosos ou fração – noturno

Fonte: Decreto 8.553/2008 (NATAL, 2008a).

A implementação desse decreto é um desafio para os órgãos fiscalizadores e as instituições. Constantemente, estas estão sendo obrigadas a se adequar à legislação, superando o paradigma de atendimento, enquanto caridade e assistencialismo, pelo de prestação de serviços com qualidade e garantia dos direitos da pessoa idosa (ANVISA, 2005). A fiscalização das entidades de atendimento ao idoso, e especificamente das ILPIs, está a cargo dos Conselhos do Idoso, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária (BRASIL, 2003). No município de Natal, a Secretaria Municipal de Saúde, através do órgão competente de Vigilância Sanitária, é a responsável pela execução das atividades de inspeção e licenciamento destes estabelecimentos.

No artigo 50, Capítulo II do Estatuto do Idoso, estão relacionadas as obrigações dessas entidades de atendimento, nas quais se encontra estabelecida, entre outras, a exigência da celebração de contrato escrito para a prestação de serviços, sendo concedida às instituições a possibilidade da cobrança de contribuições aos idosos, limitada a 70% da sua renda (BRASIL, 2003). Este contrato, por sua natureza jurídica, estará sujeito, entre outras, às regras do Código de Defesa do Consumidor.

Evidencia-se que, para oferecer um atendimento de qualidade, também é fundamental que essas instituições assegurem aos profissionais o espaço para supervisão, estudos e reuniões. Além da qualificação continuada, esse contato entre profissionais é importante para que eles possam dividir suas dúvidas, angústias e anseios (SILVA,

2005). Segundo Camarano e Pasinato (2004), ainda que a legislação brasileira relativa aos cuidados com o idoso seja considerada por especialistas como bastante avançada, na prática ela se mostra insatisfatória. O papel falho do Estado não está apenas na insuficiência da quantidade de vagas que disponibiliza, mas, essencialmente, no descaso com estas instituições, e na falta de supervisão adequada, transformando-as, assim, em ambientes refletores do abandono. Diante disso, é pertinente pensar a importância do cuidador de idosos.

2.2 O CUIDADOR DE IDOSOS

No início dos tempos, o cuidado destinado a crianças e idosos era exercido em ambiente domiciliar pelas mulheres das famílias dos doentes. Essa atividade era desprovida de poder e prestígio perante a sociedade, tendo em vista a semelhança do cuidado com as atividades domésticas. A referida prática era de caráter manual, se fundamentava em saberes do senso comum e não possuía qualquer tipo de conhecimento próprio ou especializado (SILVA, 1986). O cuidado não era considerado como um ofício ou profissão; fazia parte da conduta de qualquer indivíduo que se dispusesse a ajudar alguém que, por algum motivo, não pudesse satisfazer suas próprias necessidades, gerando com isso uma limitação para continuidade adequada da vida (COLLIÈRE, 1989). No Brasil, a origem da atuação feminina no fornecimento de cuidados a pessoas dependentes, em domicílio, remonta a 1919, com as primeiras enfermeiras americanas trazidas por Carlos Chagas, para atuar no combate às epidemias (RATES, 2007).

Com a modernização da sociedade, houve modificação na relação de cuidado, repercutindo na atenção à velhice. A inserção da mulher no mercado de trabalho, os contraceptivos, a redução do tamanho das famílias e a falta de tempo na vida atual são fatores que contribuíram para esse fato. Novos arranjos familiares surgiram, a família nuclear não é mais o único modelo e o aumento das separações e recasamentos trouxe à tona a vulnerabilidade dos vínculos (PAULO et al., 2008).

A mulher, reconhecida culturalmente como aquela que cuida, tem hoje dificuldades para conciliar papéis e assumir esta função. Ressalta-se, nesse mesmo contexto, a presença de mulheres cuidadoras que estão expostas ao desgaste físico,

estresse, ansiedade, decréscimo nas participações sociais entre outros. Assim, devido ao pouco número de cuidadores do sexo masculino, as mulheres acabam por desenvolver procedimentos que exigem grande esforço físico, como no caso dos banhos a pacientes, dentre outras atividades. Estas, ao serem somadas àquelas de sua segunda jornada de trabalho, e à falta de suporte na vida pessoal, na qual assumem o papel de esposa, zeladora do lar e dos filhos, contribuem para que a sobrecarga de atividades se torne extrema (NAKATANI et al., 2003). Esse fato é ressaltado por Helena Hirata e Danièle Kergoat quando explicita:

> A divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos; mais do que isso, é um fator prioritário para a sobrevivência da relação social entre os sexos. Essa forma é modulada histórica e socialmente. Tem como característica a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens das funções com maior valor social adicionado. (KERGOAT; HIRATA, 2007, p. 5).

Essa forma particular da divisão social do trabalho tem dois princípios organizadores: o princípio de separação (existem trabalhos de homens e trabalhos de mulheres) e o princípio hierárquico (um trabalho de homem "vale" mais que um trabalho de mulher). Esses princípios são válidos para todas as sociedades conhecidas, no tempo e no espaço, e podem ser aplicados mediante um processo específico de legitimação, a ideologia naturalista. Esta rebaixa o gênero ao sexo biológico, reduz as práticas sociais a "papéis sociais" sexuados que remetem ao destino natural da espécie. (KERGOAT; HIRATA, 2007). Conforme pensa Helena Hirata (2002), essas mulheres trabalhadoras consideradas de baixa qualificação, com baixos salários e tarefas sem reconhecimento nem valorização social, aparecem tanto nos países desenvolvidos quanto em países semi-industrializados, como o Brasil.

Em nosso país, o cuidado é muitas vezes associado ao termo assistir, ou seja, cuidar estaria no mesmo nível do significado de prestar assistência. Todavia, independente do termo utilizado em nossa prática, o cuidado é ensinado e desenvolvido com ênfase na técnica, no desenvolvimento de intervenções e procedimentos, os quais, muitas vezes, objetivam apenas o tratamento da enfermidade (WALDOW, 2007).

Atualmente, para que se compreenda a prática do cuidado, torna-se necessário conhecer a essência de sua finalidade, por isso o conceito de cuidado vem sendo reconfigurado, devido à necessidade de se prestar uma assistência global, envolvendo vários tipos de profissionais de saúde. Essa reconfiguração objetiva ampliar o alcance dos cuidados prestados, desviando sua ênfase da realização de procedimentos e habilidades técnicas e manuais (GERMANO, 2010).

Recorda-se, no entanto, que o cuidado requer a utilização tanto de conhecimentos técnicos quanto de conhecimentos para desenvolver uma empatia relacional com o outro. Na perspectiva de Germano (2010) e Waldow (2008), quando elas afirmam que o cuidado humano deve ser resgatado em suas características interativas, emocionais e intuitivas, as quais, aliadas às habilidades técnicas e à postura crítico-reflexiva do profissional, irão respaldar o ato de cuidar em sua totalidade, numa perspectiva de trabalho. É crucial compreender-se a condição em que o cuidado é construído, em suas diferentes dimensões e interações entre os sujeitos que integram o processo de cuidar (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009). Nessa esfera, destaca-se a contribuição efetiva de Leonardo Boff, no que se refere ao cuidado:

> Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde o sentido e morre. Se, ao largo da vida, não fizer com cuidado tudo que empreender, acabará por prejudicar a si mesmo e destruir o que estiver a sua volta (BOFF, 1999, p. 34).

De acordo com Boff (1999), o cuidar é uma dimensão essencial do ser. Seguindo o raciocínio deste autor, pode-se dizer que o processo de cuidar do idoso exige algumas habilidades e virtudes indispensáveis àqueles que cuidam, sendo fundamentais: o amor, o carinho, o zelo, a paciência e a dedicação. Nesse sentido, consideramos o cuidado uma parte integrante desse grande processo que é o cuidar com conotação de vínculo afetivo, relacional.

Infere-se que, com o aumento dos longevos e das consequentes limitações capacitivas da velhice, num contexto de novos arranjos familiares, e de aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, o cuidador se faz peça fundamental no cenário do envelhecimento populacional. O termo “cuidador”, já existente no vocabulário

português, assumiu um novo sentido derivado dos termos em inglês "caregiver" ou "careprovider", o qual foi evidenciado, inicialmente, nos anos 80 por Elvira Wagner (pioneira da Gerontologia no Brasil) e Raquel Vieira da Cunha (BORN, 2006).

Destaca-se que cuidador é a pessoa que oferece cuidados para suprir a incapacidade funcional, temporária ou definitiva. A figura do cuidador já é assimilada, nos países desenvolvidos, como um parceiro da equipe de saúde, mas isso não acontece no Brasil, efetivamente (BRASIL, 1999a). A função do cuidador de idosos requer muita disposição, paciência, atenção e capacidade de entendimento por parte de quem presta o serviço. Além das configurações que denominam os estilos dos cuidadores e dos fatores relacionados a quem exerce essa tarefa, estudos revelaram que o papel de cuidador recai especialmente sobre a mulher (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2008).

É possível constatar que os cuidadores são denominados de acordo com os vínculos mantidos com a pessoa a quem endereçam os cuidados, ou seja, são classificados como cuidadores *formais* e *informais*, ou cuidadores *principais*, *secundários* e *terciários*. Caldas (2002) utilizou a denominação cuidador formal (principal ou secundário) para o profissional contratado, e a expressão cuidador informal para os familiares, amigos e voluntários. O cuidador formal, também chamado de cuidador remunerado, é definido como: "[...] uma pessoa que recebe treinamento específico para a função e mantém vínculos profissionais para exercer a atividade de cuidar, mediante uma remuneração" (BORN, 2006, p.3).

Assim, entende-se por cuidador formal o profissional de saúde que assume formalmente o exercício de uma profissão, pela qual optou de livre vontade e para a qual teve preparação acadêmica e profissional. Os cuidadores formais são profissionais capacitados para o cuidado, contribuindo de forma significativa para a saúde das pessoas cuidadas (ROCHA et al., 2008). Adicionalmente, o cuidador formal é descrito como sendo "a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades da vida cotidiana, fazendo elo entre o idoso, a família e os serviços de saúde ou da comunidade, geralmente remunerado" (BORN, 2006, p. 7). Esse profissional pode ser contratado para trabalhar na moradia do idoso e, nesse caso, costuma ser chamado de cuidador domiciliário. Quando trabalha numa ILPI, passa a ser identificado como cuidador institucional.

É importante ressaltar que nos ateremos aqui apenas aos chamados cuidadores formais, por entender a necessidade de estudar a sua formação profissional. Quanto às habilidades e qualidades que o cuidador formal deve desenvolver, foram especificadas por Born (2006) as seguintes:

- Habilidades técnicas: São o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, adquiridos por meio da orientação de profissionais especializados. Esses conhecimentos prepararão o cuidador para prestar atenção e cuidados ao idoso.
- Qualidades éticas e morais: São atributos necessários para permitir relações de confiança, dignidade e respeito, que permitam assumir responsabilidades com iniciativa.
- Qualidades emocionais: O cuidador deve possuir domínio e equilíbrio emocional, facilidade de relacionamento humano, capacidade de compreender os momentos difíceis vividos pelo idoso e também ter tolerância diante das situações de frustração pessoal.
- Qualidades físicas e intelectuais: Ele deve possuir saúde física, incluindo-se força e energia, condição essencial nas situações em que haja necessidade de carregar o idoso ou lhe dar apoio para se vestir e cuidar da higiene pessoal. Deve ser capaz de avaliar e administrar situações que envolvem ações e tomada de decisões.

Para tal, faz-se necessária uma modalidade de atividade ocupacional remunerada que seja direcionada ao cuidado humano nas atividades da vida diária. Esse fato forçou o reconhecimento da ocupação, exigindo a delimitação das qualificações mínimas necessárias para exercê-la, como também a remuneração e seu registro em carteira de trabalho (BORN, 2006). Assim, a profissão de cuidador de idosos é reconhecida e inserida na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego com o Código 5162-10 - Cuidador de idosos: Acompanhante de idosos, Cuidador de pessoas idosas e dependentes, Cuidador de idosos domiciliar, Cuidador de idosos institucional, Gero-sitter. A CBO é o documento que reconhece, nomeia e codifica os títulos e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro e descreve essa ocupação como se segue:

> Cuidam de idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições

> especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida (BRASIL, 2002, p. 4).

A CBO também menciona as competências pessoais que o cuidador deve demonstrar, a saber: a) manter a capacidade e o preparo físico, emocional e espiritual; b) manter discrição; c) obedecer às normas e aos estatutos e d) conduzir-se com moralidade (BRASIL, 2002). Essas competências pessoais estão inter-relacionadas às habilidades e qualidades que o cuidador formal deve desenvolver para ser um bom profissional (BORN, 2006). Quanto às condições gerais de exercício do trabalho dos cuidadores, a CBO determina que o trabalho possa ser exercido em domicílios ou instituições cuidadoras de crianças, jovens, adultos e idosos, com alguma forma de supervisão, na condição de trabalho autônomo ou assalariado (BRASIL, 2002). A carga horária é variável, podendo ser integral, com revezamento de turno ou por períodos determinados (BRASIL, 1999b).

Cabe evidenciar que, recentemente – em 18 de setembro de 2013 –, a profissão de cuidador de pessoa idosa alcançou mais um degrau para a regulamentação. Segundo a Câmara dos Deputados (2014), o Projeto de Lei (PL) nº. 4702 / 2012, que trata do tema, passou pela Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), que aprovou o requerimento da parlamentar Benedita da Silva para realização de Audiência Pública que debaterá o PL supracitado. No PL nº 4702, de 09 de novembro de 2012, que dispõe sobre a profissão de cuidador de pessoa idosa, está escrito, em seu art. 3º, conforme o destacado a seguir:

> Poderá exercer a profissão de cuidador da pessoa idosa o maior de 18 (dezoito) anos com ensino fundamental completo que tenha concluído, com aproveitamento, curso de formação de cuidador de pessoa idosa, de natureza presencial ou semipresencial, conferido por instituição de ensino reconhecida por órgão público federal, estadual ou municipal competente (BRASIL, 2012a, p. 2).

Quem já atua como cuidador há pelo menos dois anos e não tem a qualificação exigida terá cinco anos para se adequar às exigências da lei. A relação entre os conteúdos estudados em curso de formação profissional de cuidador de idosos e as atribuições inerentes à ocupação (PL 4702/12) está demonstrada na Tabela 08.

Nas atividades desses profissionais destacam-se quatro pontos fundamentais: a) apoio emocional na convivência social do idoso; b) auxílio nas rotinas de higiene pessoal, de ambiente e de alimentação; c) cuidados preventivos; d) administração de medicamentos; e) outros procedimentos de saúde e f) amparo na mobilidade. Contudo, os medicamentos e alguns procedimentos podem ser realizados por cuidadores, desde que autorizados pelo profissional de saúde responsável pela prescrição (BRASIL, 2012a).

Há que se considerar o sentimento de afinidade e amor, que antecede a ação do cuidador no seu exercício da profissão; porém, isso não deve ser atribuído apenas a sentimentos de afetividade sem se considerar a emergência de atendimento a fatores que comprometem a saúde e o bem-estar do idoso. É em referência a esses fatores que o olhar do cuidador deve ser diferenciado, isto é, estar voltado às atenções específicas que só competem ao seu cargo. O profissional responsável pelo cuidado é o cuidador, e quando as demandas por cuidados se tornam mais complexas e constantes, há indicação de cuidadores formais com capacitação profissional (ROCHA et al., 2008).

É ressaltado o fato de que saber medicar e dar banho e alimentação nas horas certas não faz da pessoa um profissional ideal para cuidar de idosos. A falta de capacitação, de conhecimento e de prática do profissional que presta cuidados ao idoso gera insegurança, desorganização, irritação e falta de humanismo nele próprio. É imprescindível saber identificar e treinar as habilidades e qualidades necessárias à ocupação, quando da formação dos cuidadores (FREITAS; NORONHA, 2010). Adicionalmente, em uma perspectiva mais ampla do cuidado, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento de atividades diárias; porém não fazem parte da sua rotina, técnicas e procedimentos identificados como profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área da enfermagem (BRASIL, 2012a). No entanto, o trabalho de cuidador é reconhecido como um trabalho frequentemente instável, mal remunerado, com possibilidade quase inexistente de formação, de promoção e de carreira e com direitos sociais limitados.

É importante conhecer o sentido de ser cuidador, que é parceiro da relação cotidiana com o idoso, pois esse sentido é refletido no cuidado que está diretamente relacionado com a promoção da saúde do idoso de uma forma mais ampla, reduzindo os riscos previsíveis e possibilitando uma vida mais saudável para esses sujeitos. Tomando-

se por base a literatura, pode-se afirmar que os idosos institucionalizados estão sendo cuidados por profissionais que não possuem (ou que possuem pouca) qualificação condizente com as necessidades do público assistido. Esse fator implica diretamente na qualidade de vida dos internos, além de descumprir os direitos do público em questão conforme a Lei nº 10.741, que estabelece o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Segundo Paulo et al. (2008), o ato de cuidar inclui ações que visam auxiliar o idoso impedido física ou mentalmente de exercer as tarefas práticas das atividades de vida diária e do autocuidado. Esse ato requer um preparo técnico, psicológico e emocional, pois o cuidador se torna peça fundamental na árdua tarefa de proporcionar um envelhecimento mais saudável, digno e com um menor comprometimento funcional (VONO, 2008). De acordo com as características aqui apresentadas, entende-se a pertinência de desenvolver o que consiste em formação profissional do cuidador. Fernandes (2010) concorda que, para poder dedicar um cuidado apropriado e necessário ao idoso, o cuidador deve ter formação profissional específica na área, e, ainda, manter a sua integridade física, estabilidade e equilíbrio emocional, ter habilidade técnica e prática, com senso ético e moral.

Sabe-se que a quantidade de cuidador formal fixo nas ILPIs é calculada pela combinação da quantidade de idosos com o seu grau de dependência. As principais ações de cuidado realizadas pelas cuidadoras nessas instituições visitadas foram: auxílio no banho, na deambulação e na alimentação; troca de fraldas e de roupas pessoais; higienização; troca de lençóis das camas; atividades de lazer, como passeios e festas. Ressalta-se que em algumas instituições (filantrópicas), o cuidador não realiza apenas os cuidados demandados por sua ocupação; ele auxilia também na limpeza das unidades e das roupas e objetos de uso pessoal dos idosos (IPARDES, 2008).

2.3 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CUIDADOR

Em se tratando de formação profissional, Jacob (2002) define como sendo um ato de transmissão de conhecimentos teóricos, práticos e relacionais, por parte de um especialista para um aprendiz, que permite a este se iniciar ou evoluir numa determinada profissão ou função. Só com formação coerente e coordenada é possível atingir os patamares de qualidade e competitividade atualmente exigidos. O mesmo autor refere que as profissões sociais -

como é o caso dos cuidadores -, são exceção e necessitam de uma formação inicial e continuada que lhes dê competências e saberes para servir melhor aos seus idosos. Como é uma profissão de forte cariz relacional, o saber-ser e saber-estar são essenciais para um bom desempenho profissional.

Observa-se que a cada dia as atividades de cuidado vão sendo construídas; portanto, a realidade das tarefas desempenhadas pelos cuidadores é dinâmica e está em constante movimento, não sendo uma realidade isolada, neutra, desligada de um processo psicológico sócio-histórico-econômico e cultural. Contudo o ato de cuidar terá para cada profissional um significado diferente, o qual guiará sua prática, bem como suas relações com outros profissionais. No que se refere ao cuidado do idoso, a ética envolve muito mais do que legislações e normas que permeiam a realização dos cuidados. Ela exige reflexões por parte do cuidador, na tomada de decisões relacionadas às ações realizadas com os idosos, levando-se em consideração, também, a autonomia e o respeito ao idoso (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009).

Acredita-se, entretanto, que o cuidador formal do idoso institucionalizado é um profissional com formação especializada devido à variedade de conhecimentos exigidos. Nesse sentido, há urgência em construir um conhecimento multidisciplinar para qualificar esse profissional e promover melhor qualidade de vida do idoso. Nesse aspecto a PNSPI tem como uma das suas diretrizes: capacitar profissionais para atender as necessidades de saúde dos idosos (BRASIL, 2006); para essa finalidade, há uma parceria entre o Ministério da Saúde e as Instituições de Ensino Superior (IES).

No processo de capacitação[3], a implantação de cursos de aperfeiçoamento sobre envelhecimento e saúde da população idosa poderá desempenhar um papel fundamental, visando alcançar o grande desafio: prestar um cuidado humanizado, competente, ético e que propicie um envelhecimento ativo e saudável, com dignidade e qualidade de vida. É possível dizer que as políticas ou ideias de formação e atenção ao cuidador são criadas sem possuir, até o momento, o suporte de autoridades dotadas de poder que sejam capazes de fazer executá-las. Na esfera nacional, algumas foram iniciadas, porém interrompidas e perderam verbas públicas.

[3] Cf. Capacitação. Disponível em: http://www.significados.com.br/?s=capacitação. Ação ou efeito de capacitar; ato de capacitar-se; aptidão. Ação de tornar-se apto ou habilitado em; habilitação.

De acordo com Born (2006), no ano de 1998, por iniciativa da Secretaria de Estado da Assistência Social do Ministério de Previdência e Assistência Social, com a colaboração da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e sob a responsabilidade do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo - foi realizado o curso intitulado "O processo de cuidar do idoso", cujo objetivo foi a capacitação de formadores de cuidadores, utilizando a metodologia de problematização, com a técnica pedagógica de Paulo Freire. O programa ainda previa a multiplicação da formação de orientadores e de cuidadores em todo o Brasil.

Born (2006) ainda afirma que posteriormente um grupo de trabalho elaborou o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, criado a partir da Portaria Interministerial nº 5.153, de 07 de abril de 1999 (BRASIL, 1999b). Programas de capacitação de cuidadores começaram a se estruturar, porém sem padronização inicialmente, com o conteúdo programático sendo definido a partir do preparo profissional e da experiência dos que ministravam o curso. À medida que os cursos se realizavam em inúmeros municípios, experiências foram adicionadas e seu conteúdo foi ficando mais rico e elaborado, culminando nos cursos de cuidadores ministrados atualmente (BORN, 2006). É importante ressaltar que até hoje não existem as diretrizes curriculares nacionais relacionadas à profissão de cuidador, dificultando a convergência para um currículo unificado.

Na atualidade, o processo para qualificar cuidadores é considerado difícil. Depende de uma complexidade de fatores, dentre os quais: leis que deem suporte a esse trabalhador e o investimento das ILPIs nesse processo, já que estas instituições vêm empregando cuidadores com ou sem qualificação. O que se propõe aqui é que o profissional que presta assistência diariamente ao idoso receba formação sobre diversos aspectos, preocupando-se com outras atividades e cuidados, além daquelas que são da área da enfermagem (BORN, 2006). A ideia é propiciar uma formação humana e integral na qual o objetivo profissionalizante não tenha uma finalidade em si, nem seja orientado pelos interesses somente do mercado de trabalho, mas se constitua em uma possibilidade para a construção dos projetos de vida dos estudantes (FRIGOTTO; CIAVATTA; RAMOS, 2005).

Partindo do princípio de que a educação é um direito universal e constitucional, uma vez que o acesso à mesma é garantido pela Constituição Brasileira, deve ser assegurado a todo cidadão brasileiro o direito a ter uma educação que o instrumentalize para o trabalho e para a vida (BRASIL, 1988); é importante esclarecer que a educação assume aspectos teóricos e metodológicos diversificados, que são orientados por princípios e visões de mundo também distintos. Para este estudo, serão abordadas a Educação Continuada (EC) e a Educação Permanente (EP).

Ainda não há consenso na literatura sobre os conceitos de EC e EP, quando comparados simultaneamente (SARDINHA PEIXOTO et al., 2013). Dada esta indefinição, a EC pode ser definida de diferentes maneiras, mas o propósito de aquisição do conhecimento, habilidades e mudanças comportamentais para o aprimoramento profissional e da assistência deve ser inscrito nessa definição (SOUZA, 2007). Para Lino et al. (2007), a EC considera a vivência de trabalho do profissional e estimula a troca de experiências, a criação de uma nova prática do saber, a partir do pensamento crítico gerado por esse processo.

De acordo com as referidas autoras, o conhecimento acerca da EC oscilou desde uma vertente de eventos, tais como treinamentos[4], capacitações, palestras, cursos de atualização, entre outros, dentro de modelos tradicionais, até uma visão mais ampla na qual a EC é entendida como momento de valorização e crescimento pessoal do profissional no trabalho. Nesta perspectiva, a EC também propõe mudanças e transformações, ou seja, que os processos de capacitação dos profissionais da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que objetivem a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas para que a atenção prestada seja relevante e de qualidade (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

No entanto, na prática, a EC é desenvolvida como extensão do modelo escolar e acadêmico, o que caracteriza e fundamenta o conhecimento técnico-científico, com ênfase em treinamentos e cursos, para adequar os profissionais ao trabalho na respectiva unidade, de modo que não é um espaço de reflexão e crítica sobre o cuidado, mas uma

[4] Cf. Treinamento. Disponível em: http://www.significados.com.br/?s=treinamento. Ação ou efeito de treinar. Destreza ou conhecimento adquirido em qualquer área; habilidade ou treino.

reprodução de abordagens já consagradas. A EC desenvolve-se conforme os objetivos da instituição, é realizada no ambiente de trabalho, e vem acontecendo de forma tradicional, não valorizando os saberes preexistentes e a construção de novos conhecimentos (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004). Resumidamente, a EC trabalha de forma uniprofissional, busca uma prática autônoma, enfoca temas e especialidades, tem por objetivo a atualização técnico-científica, com periodicidade esporádica, utilizando metodologias fundamentadas na pedagogia da transmissão, e busca atingir a apropriação do saber científico de forma passiva (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Por sua vez, a EP é compreendida como aprendizagem-trabalho, que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, realizada a partir dos problemas enfrentados no cotidiano dos serviços, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas possuem (SARDINHA PEIXOTO et al., 2013). A EP trabalha na perspectiva da transformação, participa do desenvolvimento das ações de ensino em serviço, considera as singularidades, necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde, fortalecendo a atenção integral e a saúde. Após 2003, a EP em saúde foi instituída no Brasil como política pública. Para Mancia, Cabral e Koerich (2004), EP trabalha de forma multiprofissional, busca uma prática institucionalizada, tem por objetivo a transformação de práticas técnicas e sociais, a periodicidade é contínua, fundamenta-se na pedagogia centrada na resolução de problemas, cujo resultado é a mudança institucional, a apropriação ativa do saber científico, fortalecendo a equipe de trabalho.

O Ministério da Saúde, através da Portaria Ministerial nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, também reconhece que os processos de EP em saúde têm como objetivo a transformação das práticas e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2007). Em 1978, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) conceituou a EP em saúde como um processo dinâmico de ensino e aprendizagem, ativo e contínuo, com a finalidade de análise e melhoramento da capacitação de pessoas e grupos, frente à evolução tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais (LINO et. al., 2007).

A lógica da EP é descentralizada, ascendente, multiprofissional e transdisciplinar. Envolve mudanças nas relações, nos processos, nos produtos e, principalmente, nas

pessoas. Desse modo, a formação e a gestão do trabalho em saúde passam a ser consideradas questões técnico-políticas e não apenas técnicas, requerendo ações no âmbito da formação[5], na graduação, na pós-graduação, na organização do trabalho, na interação com as redes de gestão e de serviços e no controle social (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004). Faz-se importante observar as principais diferenças entre EC e EP, que serão mostradas na tabela 02.

Tabela 02: Principais diferenças entre EC e EP, segundo aspectos-chave, Natal, RN, Brasil, 2014.

DIFERENÇAS ENTRE EC E EP		
ASPECTOS	EC	EP
Público-alvo	Uniprofissional	Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Prática autônoma	Prática institucionalizada
Enfoque	Temas e especialidades	Problemas de saúde
Objetivo principal	Atualização técnico-científica	Transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	Esporádica	Contínua
Metodologia	Pedagogia da transmissão	Pedagogia centrada na resolução de problemas
Resultados	Apropriação	Mudança

Fonte: Mancia; Cabral; Koerich, 2004.

As diferenças existentes entre EC e EP devem ser levadas em consideração quando da necessidade de aprimoramento da formação profissional.

[5] Cf. Formação Profissional. Disponível em: https://www.portaleducacao.com.br/. A formação profissional deve produzir um profissional competente e responsável.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a formação profissional de cuidadores de idosos em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o perfil dos cuidadores.
- Verificar os conteúdos estudados durante a sua formação.
- Identificar a percepção sobre ser cuidador.
- Averiguar o motivo da escolha da profissão.

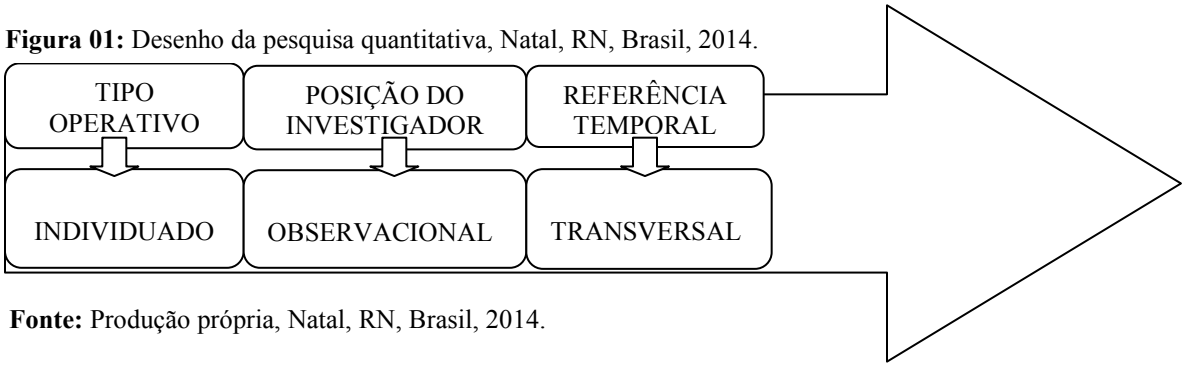
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo apresentam-se os materiais e métodos utilizados na pesquisa. Procede-se ao detalhamento da descrição do percurso metodológico: o tipo, o contexto e participantes da pesquisa, instrumento da coleta de dados, procedimentos éticos e legais envolvidos no estudo, procedimento de coleta de dados e, por último, a forma como os dados foram analisados com vistas a alcançar os objetivos propostos neste estudo.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, exploratória, de caráter analítico com abordagens quantitativa e qualitativa. O caráter descritivo diz respeito ao fato de estudar e descrever determinado objeto, ou seja, a formação profissional dos cuidadores de idosos que trabalham diretamente na assistência aos idosos institucionalizados no município de Natal/RN, além de conhecer a percepção acerca de ser cuidador bem como a motivação para a escolha da profissão. O estudo é exploratório à medida que tenta se aproximar dos fatos e experiências observáveis, pretendendo, portanto, obter maior intimidade com o problema em questão, no sentido de torná-lo mais explícito, proporcionando uma visão geral acerca do objeto em estudo (GIL, 2010). A abordagem qualitativa visou identificar a percepção sobre ser cuidador e os motivos da escolha profissional. Por sua vez, abordagem quantitativa foi utilizada como estratégia para conhecer o perfil dos cuidadores, analisar a sua formação profissional e averiguar os conteúdos estudados durante essa formação. Especificamente, a abordagem quantitativa caracteriza-se pelo desenho seccional de pesquisa, identificado na figura 01:

Figura 01: Desenho da pesquisa quantitativa, Natal, RN, Brasil, 2014.



Fonte: Produção própria, Natal, RN, Brasil, 2014.

O estudo é observacional, uma vez que o pesquisador se posiciona passivamente, com a mínima interferência nos objetos estudados, não havendo, portanto, intervenção. Em relação à referência temporal, é um estudo seccional, em que a produção do dado é realizada em um único momento no tempo. Trata-se, portanto, de um estudo usualmente denominado transversal ou inquérito (MEDRONHO et al., 2009). De acordo com Klein e Bloch (2009), estudo seccional é o estudo que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos (unidades de observação) em uma única oportunidade. As unidades de observação costumam ser selecionadas aleatoriamente.

A pesquisa de natureza qualitativa possibilita as análises das relações que permeiam a sociedade, assim como as análises dos grupos e dos indivíduos na sua complexidade. Esse tipo de pesquisa tem tido um papel fundamental no estudo dos fenômenos relativos aos seres humanos e às relações sociais estabelecidas por eles em diversos ambientes (GODOY, 1995). No contexto das ciências tem-se destacado e assume uma importância crescente, na medida em que os acontecimentos sociais encontram-se inter-relacionados e influenciam os fenômenos sociais.

Minayo (1999, p. 10) aponta as metodologias qualitativas como

> [...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

De modo geral, durante a realização de uma pesquisa, algumas questões são colocadas de forma bem imediata, enquanto outras vão aparecendo no decorrer do trabalho de campo. A necessidade de dar conta dessas questões para poder encerrar as etapas da pesquisa frequentemente nos leva a um trabalho de reflexão em torno dos problemas enfrentados, erros cometidos, escolhas feitas e dificuldades descobertas.

Portanto, a pesquisa qualitativa "trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes" (MINAYO, 2008; p. 21). Assim, esse tipo de abordagem não tem como preocupação a quantificação. A intenção é explicar, por meio dos significados e das intencionalidades, as especificidades das relações sociais. Essas podem ser apreendidas por meio do cotidiano, vivências e

explicações do senso comum. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas ILPIs de Natal/RN, em funcionamento no ano de 2014. Em conformidade com a Lei Municipal nº 3.878/89, de 07 de dezembro de 1989, o município de Natal se divide em 36 bairros, distribuídos em 04 zonas administrativas: Norte, Sul, Leste e Oeste (NATAL, 2008b). De acordo com a Coordenadoria de Vigilância Sanitária (COVISA), Natal possui 14 ILPIs regulamentadas distribuídas nas quatro zonas administrativas da cidade: 01 na Zona Norte, 09 na Zona Sul, 02 na Zona Leste e 02 na Zona Oeste. Quanto à natureza, oito são privadas, com fins lucrativos, e seis são privadas, sem fins lucrativos-ou filantrópicas; não existem instituições públicas. A tabela 03 elenca as 14 ILPIs regulamentadas em Natal de acordo com o tipo e a localização.

Tabela 03: Relação das ILPIs regulamentadas em Natal, segundo o tipo e a região administrativa, Natal, RN, Brasil, 2014.

RELAÇÃO DAS ILPIs REGULAMENTADAS EM NATAL		
ILPI	REGIÃO ADMINISTRATIVA	TIPO
I 01	Zona Oeste	Filantrópica
I 02	Zona Oeste	Filantrópica
I 03	Zona Norte	Filantrópica
I 04	Zona Leste	Filantrópica
I 05	Zona Leste	Filantrópica
I 06	Zona Sul	Filantrópica
I 07	Zona Sul	Privada
I 08	Zona Sul	Privada
I 09	Zona Sul	Privada
I 10	Zona Sul	Privada
I 11	Zona Sul	Privada
I 12	Zona Sul	Privada
I 13	Zona Sul	Privada
I 14	Zona Sul	Privada

Fonte: COVISA, Pesquisa de campo, Natal, RN, Brasil, 2014.

Todas as ILPIs especificadas na tabela 03 foram visitadas pela pesquisadora e

convidadas a fazer parte da pesquisa. Quatro ILPIs não aceitaram participar da pesquisa e uma, entre elas, não foi incluída por não possuir em seu quadro funcional por não ter cuidadores de idosos, sendo a função exercida por Técnicos de Enfermagem. Dessa forma, o estudo envolveu nove ILPIs, sendo seis filantrópicas e três privadas (tabela 04).

Tabela 04: ILPIs selecionadas para realização do estudo segundo a região administrativa, o porte e o tipo, Natal, RN, Brasil, 2014.

ILPIs SELECIONADAS SEGUNDO REGIÃO ADMINISTRATIVA, PORTE E TIPO			
ILPI VISITADA	REGIÃO ADMINISTRATIVA	PORTE	TIPO
I 01	Zona Oeste	Porte I – 20 idosos	Filantrópica
I 02	Zona Oeste	Porte II – 40 idosos	Filantrópica
I 03	Zona Norte	Porte III – 60 idosos	Filantrópica
I 04	Zona Leste	Porte IV – 83 idosos	Filantrópica
I 05	Zona Leste	Porte III – 46 idosos	Filantrópica
I 06	Zona Sul	Porte II – 33 idosos	Filantrópica
I 07	Zona Sul	Porte I – 19 idosos	Privada
I 08	Zona Sul	Porte I – 13 idosos	Privada
I 09	Zona Sul	Porte I – 15 idosos	Privada

Fonte: COVISA, Pesquisa de campo, Natal, RN, Brasil, 2014.

O estudo foi composto por 100% das ILPIs filantrópicas e 37,5% das privadas existentes em Natal/RN no ano de 2014. No caso, a totalidade das ILPIs privadas não ocorreu devido à recusa dos diretores dessas instituições (n=04) e ausência de cuidadores formais (n=01).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Consideram-se participantes da pesquisa, em potencial, todos os cuidadores de idosos institucionalizados das ILPIs do município de Natal/RN no ano de 2014 que estivessem em atividade no momento da coleta de dados. No caso, o critério de inclusão dos cuidadores foi o efetivo exercício da assistência direta (cuidado) aos idosos da sua respectiva ILPI, no momento da coleta, uma vez que se exige desses profissionais conhecimentos técnicos específicos para o exercício dessas atividades. Por sua vez, o critério de exclusão foi o fato dos cuidadores estarem afastados por férias ou licença de qualquer natureza no período da coleta de dados.

Portanto, os participantes foram selecionados por conveniência. Entende-se por amostra de conveniência aquela em que os participantes são incluídos na amostra sem

probabilidades previamente especificadas ou conhecidas de eles serem selecionados. Tem a vantagem de permitir que a escolha de amostras e a coleta de dados sejam relativamente fáceis, de acordo com o que for mais conveniente para quem está realizando a pesquisa.

Por fim, por meio desses critérios, esta pesquisa envolveu 63 profissionais dentre o total de 84 cuidadores das ILPIs visitadas, representando 75% desses profissionais. A tabela 05 indica a quantidade de cuidadores por ILPI.

Tabela 05: Quantidade de cuidadores entrevistados por ILPI visitada, Natal, RN, Brasil, 2014.

QUANTIDADE DE CUIDADORES ENTREVISTADOS/ILPI VISITADA		
ILPI VISITADA	TOTAL DE CUIDADORES	CUIDADORES ENTREVISTADOS
I 01	06	04 (66,7%)
I 02	11	08 (72,7%)
I 03	10	10 (100%)
I 04	24	17 (70,8%)
I 05	08	05 (62,5%)
I 06	12	10 (83,3%)
I 07	05	03 (60%)
I 08	05	04 (80%)
I 09	03	02 (66,7%)

Fonte: Produção própria, Natal, RN, Brasil, 2014.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada, fundamentada por um roteiro contendo questões abertas e fechadas de acordo com os objetivos do estudo (Apêndice A). Segundo Britten (2005), a entrevista pode ser conduzida de maneira mais solta, possuindo questões que delimitam a área a ser explorada, tendo o entrevistador maior liberdade para direcioná-la. Neste sentido, Minayo (2004) descreve que na entrevista aberta o entrevistado pode expor o tema proposto, sem ter que seguir respostas ou condições predefinidas.

A entrevista se dividiu em três partes: “Perfil socioeconômico”, “formação profissional” e “percepção sobre a profissão de cuidador”. A parte quantitativa foi obtida com as questões relacionadas ao perfil socioeconômico e a formação profissional. O “Perfil socioeconômico” consistiu na caracterização do cuidador quanto à idade, naturalidade, sexo, estado civil, composição familiar, escolaridade, renda pessoal e familiar. Em relação à “Formação profissional”, foram coletados dados sobre a realização de curso específico para cuidador de idosos, tempo de duração do curso, conteúdos

curriculares estudados, existência de atividades práticas no currículo, tempo de ocupação na profissão e tempo de formação do cuidador, bem como questões relacionadas à educação continuada (realização de curso de capacitação e/ou treinamento após a formação específica de cuidador formal) e dificuldades encontradas no ato de cuidar. Para a parte qualitativa, foram coletados dados acerca da percepção sobre o significado de ser cuidador e a escolha da profissão.

Foi realizado um estudo piloto com um grupo de cinco cuidadores visando testar a viabilidade e a eventual necessidade de correções e reajustes do instrumento. O pré-teste ocorreu em uma ILPI local após a devida autorização concedida pela diretoria geral. A coleta das informações do pré-teste demonstrou que as questões elaboradas estavam claras e compreensíveis.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

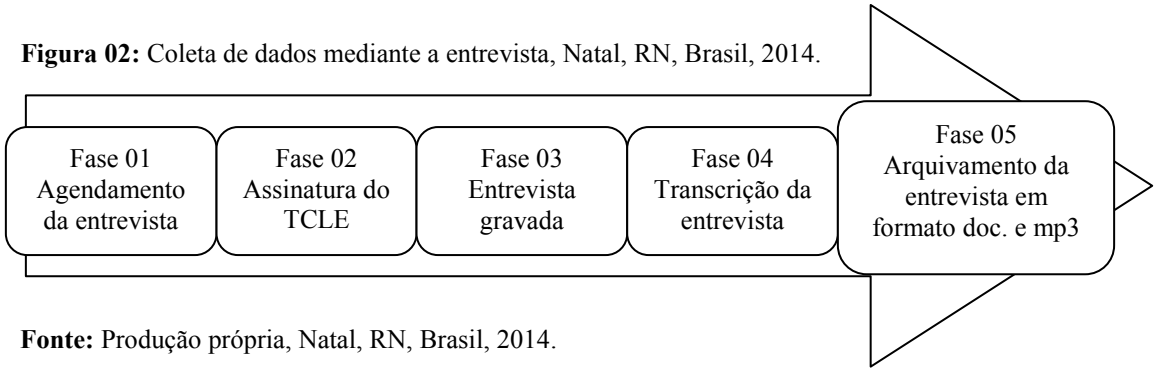
Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora durante dois períodos: 01 a 30 de junho de 2014 e 01 a 30 de outubro de 2014, de segunda a domingo, nos turnos matutino, vespertino e noturno. Estas ocorreram mediante abordagens individuais, em dias e horários diversos, através da utilização de um gravador portátil, em um espaço reservado no próprio local de trabalho dos participantes, a fim de facilitar a participação de todos os selecionados.

Diante da impossibilidade da realização de alguma entrevista, por motivo excepcional, era remarcada para outro dia e horário. É importante salientar que os entrevistados estavam cientes da possibilidade de interrupção momentânea da entrevista, para atendimentos emergenciais aos idosos, uma vez que a coleta de dados foi realizada no horário do expediente dos respondentes. Foram entrevistados profissionais de todos os setores das ILPIs. Ressalta-se que os entrevistados apresentaram certa resistência antes de saberem que o foco das entrevistas se relacionava à formação profissional.

Os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, a garantia do sigilo das informações e o direito de não aceitar participar na pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B). Após a realização e gravação da entrevista, procedeu-se à transcrição dos conteúdos e posterior

armazenamento em arquivo de formato doc. e mp3. De modo geral, as fases características da coleta de dados estão descritas na figura 02.

Figura 02: Coleta de dados mediante a entrevista, Natal, RN, Brasil, 2014.



Fonte: Produção própria, Natal, RN, Brasil, 2014.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, as variáveis relativas ao "perfil socioeconômico" e "formação profissional" foram categorizadas e os dados compilados eletronicamente em planilhas através do software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) 22.0. Os dados quantitativos foram apresentados quanto às frequências absolutas e relativas.

Os dados qualitativos "percepção sobre a profissão de cuidador" foram analisados pela técnica de análise de conteúdo. A técnica de análise de conteúdo pressupõe algumas etapas, definidas por Bardin (2009) como: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação. Para a realização da análise de conteúdo do material, foram confeccionadas grelhas e ordenadas as falas dos sujeitos com as questões norteadoras.

Leitura e escuta das falas foram realizadas objetivando a identificação dos núcleos de sentido, isto é, descobertos os significados expressos nas falas dos sujeitos. Uma vez identificados os núcleos de sentido, estes foram codificados (BARDIN, 2009). Após a codificação, subcategorias emergiram por meio das inferências e correlações realizadas pelo pesquisador com o referencial teórico adotado, possibilitando interpretar e inferir resultados (BARDIN, 2009).

Fundamentado nessa estrutura teórico-metodológica, o *corpus* do trabalho foi constituído por 63 entrevistas realizadas em nove ILPIs. Após essa etapa, procedeu-se à leitura flutuante, estabelecendo os recortes para obtenção das categorias, das

subcategorias e das unidades de análise. Neste estudo fez-se opção pelas unidades de contexto que são constituídas pelos segmentos mais largos do conteúdo, ou seja, são os temas maiores das entrevistas que foram decompostas em unidades de análise temática e posteriormente em temas semânticos mais simples. Em seguida, fizemos a decomposição dos discursos, a codificação dos temas e o agrupamento em categorias e subcategorias que podem ser visualizadas na figura 03 - contida no próximo capítulo.

4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Como primeiro passo para realização da pesquisa, solicitou-se autorização aos Diretores Gerais das ILPIs mediante a assinatura de Cartas de Anuência (ANEXOS A, B, C, D, E, F, G, H e I). Posteriormente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), que trata de pesquisa com seres humanos. Assim, todo o protocolo de estudo foi aprovado conforme o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número **30677314.6.0000.5292** (ANEXO J).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos e a análise desses resultados demonstrados a seguir têm início com os dados do perfil socioeconômico dos participantes. O item abordado inicialmente é formação profissional e nele são apresentados os dados relativos à realização de curso específico para cuidador de idosos, tempo de duração desse curso, conteúdos curriculares estudados, (in) existência de atividades práticas no currículo, tempo de ocupação na profissão e tempo de formação do cuidador. Por conseguinte, as questões relacionadas à educação continuada. Na sequência, é abordado o tópico "percepção sobre a profissão de cuidador", no qual se encontram os dados acerca da percepção sobre o significado de ser um cuidador e a motivação para a escolha da profissão.

Ressalta-se, no entanto, que o presente estudo é inédito na análise da percepção acerca do significado de ser cuidador e dos motivos da escolha da profissão de cuidador de idosos, no Rio Grande do Norte e provavelmente na região nordeste do Brasil. Nesse sentido, algumas dificuldades foram encontradas para referenciar o tema. Destarte, pode tornar-se referência para estudos futuros, sobretudo por permitir comparações relativas a dados colhidos na própria região nordeste, como nas demais regiões brasileiras.

5.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS PARTICIPANTES

De acordo com os dados recolhidos e analisados durante todo o processo da pesquisa, constata-se que a maioria dos cuidadores de idosos das ILPIs de Natal/RN é do sexo feminino correspondendo a uma proporção de oitenta e cinco por cento do universo pesquisado, conforme a discriminação que se segue, isto é, cinquenta e quatro pessoas são do sexo feminino, trinta e três delas são casadas, com idade entre 40 e 49 anos residente nas Zonas Norte e Oeste da cidade; os núcleos familiares são compostos por até três pessoas. No entanto, ao que se refere à remuneração mensal, a média é de até um salário mínimo aproximadamente, perfazendo uma renda familiar equivalente à média de até dois salários mínimos vigentes. Quanto à escolaridade, sessenta por cento dos entrevistados não concluíram o Ensino Médio. Para a análise dos dados acima referidos, deve-se consultar a tabela 06, apresentada a seguir.

Tabela 06: Perfil socioeconômico do cuidador de idosos das ILPIs, Natal, RN. Brasil, 2014.

PERFIL SOCIOECONÔMICO DO CUIDADOR DE IDOSOS DAS ILPIs			
VARIÁVEL	CATEGORIA	N	%
Idade (n=63)	20 a 29 anos	16	25,4
	30 a 39 anos	15	23,8
	40 a 49 anos	22	34,9
	50 a 59 anos	10	15,9
Estado civil (n=63)	Casado	33	52,3
	Solteiro	28	44,4
	Divorciado	02	3,2
Sexo (n=63)	Feminino	54	85,7
	Masculino	09	14,3
Região onde reside (n=63)	Norte	25	39,7
	Oeste	24	38,1
	Leste	10	15,9
	Sul	02	3,2
Composição familiar (n=63)	De 01 a 03 pessoas	31	49,2
	De 04 a 06 pessoas	29	46,0
	Mais que 06 pessoas	03	4,8
Escolaridade formal (n=63)	Fundamental incompleto	17	27,0
	Fundamental completo	11	17,5
	Ensino Médio incompleto	10	15,9
	Ensino Médio completo	22	34,9
	Graduação	03	4,8
Renda pessoal (n=63)	Até 01 salário mínimo	45	71,4
	Maior que 01 até 02 salários mínimos	16	25,4
	Maior que 02 até 03 salários mínimos	01	1,6
	Não sabe	01	1,6
Renda familiar (n=63)	Até 01 salário mínimo	10	15,9
	Maior que 01 até 02 salários mínimos	40	63,5
	Maior que 02 até 03 salários mínimos	08	12,7
	Maior que 03 salários mínimos	03	4,8
	Não sabe	02	3,2

Fonte: Pesquisa de campo, Natal, RN, Brasil, 2014.

Observa-se que a faixa etária predominante é de 40 a 49 anos, mas existe também um percentual significativo de pessoas até 39 anos, isto indica um campo de trabalho aberto tanto para adultos jovens quanto para pessoas mais maduras. Atribui-se uma importância fundamental à idade na atividade de cuidador, por esta atividade demandar também esforço físico no exercício da função, isto é, as atividades cotidianas dos idosos exigem também amparo físico (RIBEIRO et al., 2008). No entanto, cuidadores idosos estão mais presentes no âmbito familiar, onde idosos estão cuidando de idosos, conforme indicado no estudo de Karsch (2003).

No tocante ao estado civil dos cuidadores de idosos, Ribeiro et al. (2008) relataram que a maioria dos cuidadores eram casados, isto significa a evidência da

duplicidade de jornada do universo feminino pesquisado. Os dados coletados refletem a tradição histórica e cultural, pois o cuidador formal de idosos institucionalizados é predominantemente mulher, casada e com jornada dupla. Na verdade, o ato de cuidar permanece sendo uma função feminina com as características já apresentadas. A literatura afirma que isto se deve ao papel culturalmente desempenhado pela mulher de cuidar da família, da casa, dos filhos e dos parentes (SALIBA et al., 2007), reforçando a caracterização da mulher como cuidadora nata. Portanto, diante dessa predominância de mulheres, observa-se a necessidade de mais cuidadores do sexo masculino, para facilitar as atividades diárias de cuidados dos idosos, principalmente aquelas que exigem maior esforço físico. A presença de cuidadores homens pode facilitar uma maior empatia com idosos do sexo masculino, propiciando uma relação mais próxima entre cuidador/idoso.

Quanto às regiões administrativas onde residem os cuidadores, os dados destacam as Zonas Norte e Oeste da cidade – locais onde, tradicionalmente, se concentra a população de baixa renda e com menor tempo de investimento em educação e qualificação profissional. Isso sugere que a profissão de cuidador se apresenta como uma boa alternativa de trabalho para a população de baixa renda e baixa escolaridade, uma vez que, legalmente, é exigido apenas o Ensino Fundamental completo (BRASIL, 2012a), para se alcançar um posto formal de trabalho nessa área.

Pode-se comprovar este dado observando o perfil do cuidador de idosos das ILPIs de Natal, em sua maioria, legalizado, haja vista, que 73% dos trabalhadores possuem minimamente o Ensino Fundamental completo. No entanto, nesse universo os dados colhidos demonstram que aproximadamente 27% dos entrevistados cursaram apenas o Ensino Fundamental incompleto. Ou seja, nem mesmo o grau mínimo de escolaridade previsto na legislação atual vem sendo exigido. Todavia, esse baixo nível de escolaridade (nível fundamental incompleto) está em desacordo com o PL nº 4702/2012 (BRASIL, 2012a), reforçando a urgência da regulamentação desta normativa, para que os profissionais possam ingressar no mercado de trabalho com uma melhor qualificação. Afinal, como enfatizam Saliba et al. (2007), o grau de escolaridade é de extrema importância, já que o cuidador deve seguir prescrições médicas, manusear medicamentos, entre outras tarefas. Esse requisito mínimo é imprescindível para oferta de uma assistência de qualidade. Finalmente, além do local de trabalho e da escolaridade,

também os dados sobre a renda pessoal e familiar dos cuidadores entrevistados apontam para a sua caracterização enquanto integrantes do grupo de baixa renda. Conforme foi expresso acima, mais de quinze por cento dos cuidadores são os únicos responsáveis pelo provento familiar. Essa baixa remuneração pode levar os cuidadores a buscarem uma forma de complementação salarial, contribuindo para o estresse destes profissionais, conforme observado também, na pesquisa de Ribeiro et al. (2008).

5.2 FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A formação profissional deve ser capaz de ofertar a sociedade um profissional competente ético–político–metodológico–operacional; teoricamente comprometido, responsável e que tenha capacidade de indignação e argumentação frente à problemática social.

Para tanto, é necessário pensar numa proposta política pedagógica consistente, realista com bases teóricas consolidadas e que possibilite a construção de matrizes curriculares que aprendam a lógica da constituição da vida social, o acompanhamento do movimento histórico, a fim de entender as demandas e a problemática social que pulsa por solução e que influencia no cotidiano da prática do profissional. Ressalta-se a importância da realização do estágio a fim de que o estudante possa conhecer os diversos cenários e confirmar sua escolha em relação à profissão.

5.2.1 O Curso de Cuidador de Idosos

De acordo com Cardão (2009), ainda pouco se conhece sobre o perfil de cuidadores de idosos, suas necessidades e sua formação. Assim sendo, é urgente a necessidade de se estruturar uma equipe multidisciplinar qualificada, com amplo conhecimento geriátrico e gerontológico, na busca da melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Procurando lançar alguma luz a esse respeito, mais especificamente à formação profissional do cuidador de idosos institucionalizados, em Natal/RN, esta pesquisa enfatizou o curso específico de cuidador de idosos. Apresentam-se na tabela 07, as informações acerca do número de cuidadores que realizaram, ou não,

algum curso com essa especificidade e, entre aqueles que se submeteram a essa experiência, sobre a duração do referido curso, bem como sobre a presença de atividades práticas no mesmo.

Tabela 07: Formação profissional do cuidador de idosos das ILPIs, Natal, RN, Brasil, 2014.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CUIDADOR DE IDOSOS DAS ILPIs			
VARIÁVEL	CATEGORIA	N	%
Possui curso de cuidador (n=63)	Sim	41	65,1
	Não	20	31,7
	Em curso	02	3,2
Duração do curso de cuidador (n=43)	01 semana	20	46,5
	Até 01 mês	06	14,0
	Até 02 meses	06	14.0
	Até 03 meses	08	18,6
	Até 04 meses	01	2,3
	Mais de 04 meses	02	4,7
Atividade prática durante o curso (n=43)	Sim	32	74,4
	Não	11	26,2

Fonte: Pesquisa de campo. Natal, RN, Brasil, 2014.

Conforme se pode constatar, os dados apontam para um índice de 31,7% (n=20) de entrevistados sem o curso específico de cuidador, um percentual bastante significativo. Mesmo entre aqueles que realizaram algum curso específico, a duração predominante foi de apenas uma semana, período insuficiente para uma formação teórica adequada. Torna-se ainda mais insuficiente, quando se parte do princípio que nessa única semana, além da parte teórica, estão incluídas as atividades práticas – dos 32 entrevistados que referiram atividades práticas nos seus cursos, 20 (vinte - a maioria), passaram por cursos de até uma semana. Pode-se concluir que esses fatores concorrem para uma grande fragilidade na formação dos cuidadores entrevistados.

Durante as entrevistas, diversos cuidadores afirmaram que as “práticas”, consistiam em simples demonstrações realizadas pelo professor, sobre como proceder em determinadas situações, o engasgo, por exemplo. Portanto, o termo “aula demonstrativa” caracteriza melhor as referidas “atividades práticas”. Os relatos evidenciaram outra situação preocupante, ou seja, os alunos que exerciam formalmente a ocupação eram dispensados, pelos professores, das atividades práticas do curso. Assim, não causa surpresa o fato de que entre os cuidadores que se consideraram capacitados, haja relatos de dificuldades em colocar em prática os conhecimentos adquiridos durante a formação.

Diante de tal realidade, faz-se urgente a necessidade de se investir em formação de cuidadores e na própria atenção dispensada aos idosos. Por outro lado, essa situação pode ser entendida quando resgatamos a literatura que aponta o Brasil como um país em transição demográfica e epidemiológica (LEBRÃO, 2007) e, portanto, o "enfrentamento" do processo de envelhecimento populacional encontra-se em construção na história do país e, ainda, incipiente.

Observa-se que os dados exibidos se mostram em desacordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso – PNSI (BRASIL, 2006) – a qual prevê a capacitação dos profissionais que assistem ao idoso. Este argumento é válido, ainda que o termo "cuidador de idosos" não seja especificado na normatização, visto que esse profissional oferece a assistência ao idoso e colabora para auxiliar e promover o bem-estar físico e emocional deste (RIBEIRO et al., 2008). Em suma, o cuidador de idosos precisa ser adequadamente qualificado - necessitando ser legalmente regularizado.

Esse debate torna-se relevante não apenas pelos aspectos legais já levantados, mas pelo fato de por em evidencia questões subjetivas e sociais importantes a medida que revela a baixa remuneração dos cuidadores, a falta de suporte na vida pessoal, o estresse, a ansiedade e o desgaste físico, à falta de recursos técnicos e as jornadas intensas de trabalho. Todos esses fatores podem incidir significativamente sobre a assistência prestada ao idoso, pois, ao ter sua saúde debilitada, o profissional tende a se distanciar do idoso, se mostrar indiferente a ele, e, em certos casos, abandonar o seu trabalho (NERI; CARVALHO, 2002).

Sobre a formação profissional do cuidador de idosos institucionalizados, em Natal/RN, a presente pesquisa consolidou dados acerca dos conteúdos abordados nos cursos de formação dos entrevistados. Tais conteúdos são congruentes com as atividades realizadas diariamente e estão em consonância com as atribuições inerentes à ocupação, definidas pelo PL 4702/12 (BRASIL, 2012a). Os dados estão descritos na tabela 08.

Tabela 08: Relação entre os conteúdos abordados em cursos de formação profissional pelo cuidador de idosos e as atribuições inerentes à ocupação (PL 4702/12), Natal, RN, Brasil, 2014.

RELAÇÃO ENTRE CONTEÚDOS ESTUDADOS E ATRIBUIÇÕES DA OCUPAÇÃO			
CONTEÚDO	ATRIBUIÇÕES		
	SIM	NÃO	FUNDAMENTAÇÃO LEGAL
Mudança de decúbito – Prevenção de escaras	(X)	----	Art. 2º, inciso III
Higiene oral e corporal	(X)	----	Art. 2º; inciso II
Ajuda na deambulação	(X)	----	Art. 2º; inciso IV
Ajuda na alimentação	(X)	----	Art. 2º; inciso II
Troca de roupas de cama	(X)	----	Art. 2º; inciso II
Troca de roupas pessoal	(X)	----	Art. 2º; inciso II
Troca de fraldas	(X)	----	Art. 2º; inciso II
Organização do ambiente	(X)	----	Art. 2º; inciso II
Transferência do leito/cadeira (e vice-versa)	(X)	----	Art. 2º; inciso III
Conversar/saber ouvir	(X)	----	Art. 2º; inciso I
Respeito à individualidade e à religiosidade	(X)	----	Art. 2º; inciso I
Carinho/paciência	(X)	----	Art. 2º; inciso I
Prevenção de quedas e traumas	(X)	----	Art. 2º; inciso II
Manobras de desengasgo	----	(X)	
Administração de medicamentos	(X)	(X)	Art. 2º; par. 4º (com ressalvas)
Curativos	(X)	(X)	Art. 2º; inciso 4º (com ressalvas)
Primeiros socorros	----	(X)	

Fonte: Pesquisa de campo, Natal, RN, Brasil, 2014.

Os conteúdos "administração de medicamentos" e "curativos" estão marcados simultaneamente nas colunas "sim" e "não" das atribuições da ocupação, por estarem previstas na legislação, mas, com ressalvas – sendo necessária a autorização e orientação de um profissional de saúde habilitado, responsável por sua prescrição.

Também é importante observar que, segundo os cuidadores, os conteúdos relativos à terapia ocupacional e às tecnologias relacionais também estariam contemplados, uma vez que a habilidade de conversar e ouvir, respeito à individualidade e a religiosidade são abordados nesses cursos. No entanto, de acordo com as entrevistas realizadas, observam-se, nos atuais cursos de cuidadores de idosos, a ausência de uma grade curricular específica, padronizada, com carga horária mínima para as disciplinas. Destaca-se, no entanto, que, ainda segundo as mesmas entrevistas, conteúdos importantes estão ausentes, tais como: envelhecimento, doenças crônicas, abordagem de finitude (morte e luto), prevenção de escaras, especificidades da saúde da mulher e do homem, estímulo ao autocuidado do idoso, autocuidado do próprio cuidador.

A pesquisa revela um alto índice de profissionais sem curso de formação ou com formação deficitária, seja em termos de carga horária (curta duração), da ausência de

conteúdos importantes ou da insuficiência de atividades práticas adequadas. De modo a sugerir que o enfoque dos cursos ofertados é centrado em abordagens de situações práticas que ocorrem no cotidiano de vida do idoso e menos em questões teóricas mais profundas.

Apesar de haver inclusão de conteúdos acerca das tecnologias relacionais, essencialmente necessárias ao cuidado, nos cursos ofertados aos cuidadores predominam os conteúdos ditos tecnicistas. Assim, referem-se mais "*ao fazer*" do que "*por que fazer"* – mostrando a carências de conteúdos próprios das tecnologias leves (relacionais) isto é, vínculo, responsabilização, acolhimento, afeto, entre outras, necessários à *práxis* dos cuidadores. Esse entendimento é corroborado através dos discursos quando os cuidadores referem ser fundamental, para a formação, a prática nas ILPIs, deixando escapar a insuficiência da teoria e da prática durante os cursos de formação e indicando a necessidade de maior integração ensino-serviço por meio da reestruturação do estágio profissional.

A esse respeito, Born (2006) sugere aproveitar os benefícios do ensino à distância, organizando mais cursos de formação e de educação continuada, desde que haja material didático, multimídia disponível e monitores devidamente treinados. Neste sentido, esse autor afirma que seria desejável a organização de cursos específicos para os cuidadores formais. Quando não houver condições para cursos específicos, a formação de cuidadores informais e formais poderia ser, inicialmente, num módulo básico com aulas teóricas e teórico-práticas. Numa segunda etapa, os cuidadores formais deveriam participar de aulas complementares direcionadas às suas responsabilidades no domicílio do idoso ou na instituição, além de realizar um estágio supervisionado. Tudo isso num esforço para transpor a deficiência da formação desses profissionais.

Em complementaridade ao tema, observou-se a relação entre os conteúdos abordados nos cursos de formação e a segurança técnica adquirida para o exercício profissional. Os dados estão apresentados na tabela 09.

Tabela 09: Relação entre os conteúdos abordados na formação e a segurança técnica para ser cuidador de idosos, Natal, RN, Brasil, 2014.

CONTEÚDOS ABORDADOS NO CURSO DE FORMAÇÃO E A SEGURANÇA TÉCNICA PARA ATUAR NA PROFISSÃO			
VARIÁVEL	CATEGORIA	N	%
Os conteúdos estudados deram segurança para o ato de cuidar (n=63)	Sim	43	68,3
	Não	20	31,7
Sente dificuldades para o ato de cuidar (n=63)	Sim	01	1,6
	Não	62	98,4
Acha suficiente a sua formação profissional (n=63)	Sim	32	50,8
	Não	31	49,2

Fonte: Pesquisa de campo, Natal, RN, Brasil, 2014.

A maioria dos entrevistados não percebe dificuldades para o cuidar, sentem-se seguros, do ponto de vista técnico, e consideram suficiente a sua formação profissional. Contudo, vê-se aí uma contradição quando se observa os resultados expostos na tabela 11, isto é, 88,9% dos entrevistados fazem referência à necessidade de realizar cursos de capacitação e/ou treinamento. Nessa perspectiva, houve respostas indicando que, para os cuidadores, a melhoria do cuidado que oferecem depende muito mais de fatores subjetivos, como atenção, carinho e tempo dispensado aos idosos, do que de qualificação adequada para tal função. Essa percepção é respaldada por Mello et al. (2008) "os cuidadores têm uma visão do seu cuidado com os idosos como sendo algo definido pela experiência e não como um processo de trabalho e aperfeiçoamento".

Se, para os cuidadores, a experiência e os fatores subjetivos valem mais do que a capacitação e o aperfeiçoamento, isto poderia explicar a aparente incoerência entre a sua avaliação de que os conteúdos abordados nos seus cursos de formação foram suficientes, e a necessidade de realizar cursos de capacitação e/ou treinamentos. Na verdade, indiretamente, isso poderia sugerir o reconhecimento de que a formação em si não é suficiente para a práxis. Contudo, o curso de capacitação deve possibilitar um aprofundamento de conhecimentos já adquiridos, sem, no entanto, ser confundido com um curso de formação que pressupõe maior carga horária e treinamento básico e avançado. Portanto, as capacitações e/ou treinamento não têm, em essência, a viabilidade de suplantar uma formação frágil.

5.2.2 Tempo de Ocupação na Profissão e Tempo de Formação do Cuidador

No que se refere ao tempo de ocupação, em geral, espera-se que, após a realização do curso de formação, o profissional ingresse no mercado de trabalho e continue sua formação, através de novos cursos de capacitação. Considerando o relato dos entrevistados, constata-se o processo inverso, ou seja, após o ingresso no exercício profissional torna-se viável economicamente à procura de um curso, o qual, muitas vezes é apresentado sob a égide da formação, apesar de ser compatível com um treinamento ou uma capacitação. Em teoria, a própria compreensão de Formação Profissional envolve, além da formação em si, o exercício profissional e a EC ou EP. Nesse sentido, é indispensável abordar tanto o tempo de formação quanto o de ocupação na profissão.

Os dados da tabela 10, reforçam essa característica, posto que mais de quinze por cento dos entrevistados exerciam a ocupação de cuidador há até 01 ano e, em contrapartida, mais de trinta e quatro por cento não tinham curso de formação específica (incluindo aqueles que ainda estavam cursando). Em relação ao tempo de ocupação na profissão, observa-se que a maioria dos cuidadores, isto é, mais de sessenta e três por cento trabalhavam há menos de cinco anos nas ILPIs, o que é considerado um período relativamente curto. Tal fato, é destacado por Ribeiro et al. (2008), como sendo decorrente do estresse profissional, visto que a ocupação envolve poucos pré-requisitos para contratação do candidato e alta demanda física e emocional (comprometimento com a *práxis* em si e com o ser cuidado) para permanência neste posto de trabalho, o que explicaria, pelo menos em parte, a alta rotatividade dos cuidadores nas ILPIs, notadamente naquelas de cunho privado.

Tabela 10: Tempo de ocupação na profissão e tempo de formação do cuidador de idosos das ILPIs, Natal, RN, Brasil, 2014.

RELAÇÃO TEMPO DE OCUPAÇÃO/TEMPO DE FORMAÇÃO DO CUIDADOR DE IDOSOS DAS ILPIs			
VARIÁVEL	CATEGORIA	n	%
Tempo de ocupação na profissão (n=63)	Até 01 ano	10	15,9
	› 01 ano até 05 anos	30	47,6
	› 05 anos até 10 anos	14	22,2
	›10 anos até 15 anos	05	7,9
	› 15 anos até 20 anos	04	6,3
Formação de cuidador (n=63)	Sem curso de formação	20	31,7
	Curso em andamento	02	3,2
	Até 1 ano de formado	19	30,2
	›1 ano e até 5 anos de formado	15	23,8
	›05 anos até 10 anos de formado	04	6,3
	›10 anos até 15 anos de formado	03	4,8
	› 15 anos até 20 anos de formado	00	00

Fonte: Pesquisa de campo, Natal, RN, Brasil, 2014.

Diante do exposto, é evidente que a formação técnica não é priorizada no ato da contratação do profissional, o que é confirmado por Ribeiro et al. (2008), em relação às instituições filantrópicas. Não obstante, no discurso dos entrevistados, consta que muitas ILPIs contratam funcionários para serviços gerais que, ou fazem concomitantemente ou migram para a função de cuidador de idosos, mesmo sem ter a devida qualificação para o posto. Essa mesma situação foi observada pelo IPARDES (2008) em uma grande pesquisa realizada em 229 ILPIs do Estado do Paraná, na qual foram estudados vários aspectos, dentre eles: a quantidade, o tipo e o funcionamento das instituições; o panorama dos idosos assistidos nestas ILPIs e a quantidade, a especificação profissional e a qualificação dos funcionários. Nessa pesquisa também se observou que grande parte das ILPIs (a pesquisa não expõe os dados em termos percentuais) contrata funcionários para a função de serviços gerais que acabam por desempenhar também a função de cuidador de idosos.

5.2.3 Educação Continuada e Educação Permanente

Gaioli, Furegato e Santos (2012) afirmam que os cuidadores necessitam de capacitação profissional para o cuidado com o idoso. Porém, observa-se que, entre os cuidadores em foco, 58,7% deles não realizam cursos de EC, e 88,9% afirmaram a necessidade de fazer cursos de capacitação e/ou treinamentos (ver tabela 11).

Tabela 11: Educação continuada do cuidador de idosos das ILPIs, Natal, RN, Brasil, 2014.

EDUCAÇÃO CONTINUADA DO CUIDADOR DE IDOSOS DAS ILPIs DE NATAL/RN			
VARIÁVEL	CATEGORIA	n	%
Realização de curso de capacitação e/ou treinamento depois de formado (n=63)	Sim	26	41,3
	Não	37	58,7
Necessidade de realizar curso de capacitação e/ou treinamento (n=63)	Sim	56	88,9
	Não	07	11,1

Fonte: Pesquisa de campo. Natal, RN, Brasil, 2014.

Portanto, os dados obtidos não deixam dúvida acerca da urgência de oferta de EC e EP por parte das ILPIs, para esse nicho de profissionais. A esse respeito, das 09 instituições consideradas, apenas 03 (I 02, I 04 e I 05) realizam ações que podem ser caracterizadas como EC, voltadas para os cuidadores. A I 05 realiza reuniões quinzenais envolvendo cuidadores, demais profissionais e os idosos, com o objetivo de discutir questões relacionadas ao andamento das atividades. Nessas ocasiões, havendo relatos de alguma dificuldade técnica ou mesmo relacional, são providenciadas oficinas de apoio direcionadas aos profissionais de um modo geral. Já nas I 02 e I 04, ocorrem aulas, com duração máxima de um dia e a frequência programada (bimestral) não é respeitada – os intervalos chegam a caracterizar periodicidade quadrimestral.

Faz-se necessário mostrar que a realização dessas atividades de EC ou EP é respaldada pela OMS (2003), quando afirma para os Gestores do Setor Saúde que é imprescindível aproveitar e qualificar melhor os recursos humanos, como forma de melhorar o enfrentamento das doenças crônicas, sendo elencados: a) tornar obrigatória a educação continuada sobre o gerenciamento das condições crônicas para grupos de trabalhadores da área de saúde; b) promover habilidades básicas de treinamento para trabalhadores da saúde que auxiliam pacientes com condições crônicas; c) proporcionar aos trabalhadores da área de saúde informações e habilidades básicas para auxiliar os pacientes a minimizar os riscos associados às condições crônicas.

A PNI em seu Art. 4º, capítulo II, define como diretriz a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços (BRASIL, 1996); o artigo 10º da mesma Política define como competência dos órgãos e entidades públicas, na área de promoção e assistência social, promover capacitação de recursos humanos para atendimento ao idoso e, na área da saúde, desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal, Municípios e

Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia, para treinamento de equipes Inter-profissionais. Acrescenta-se aqui que todo programa de capacitação deve estar sujeito a avaliações e reformulações periódicas.

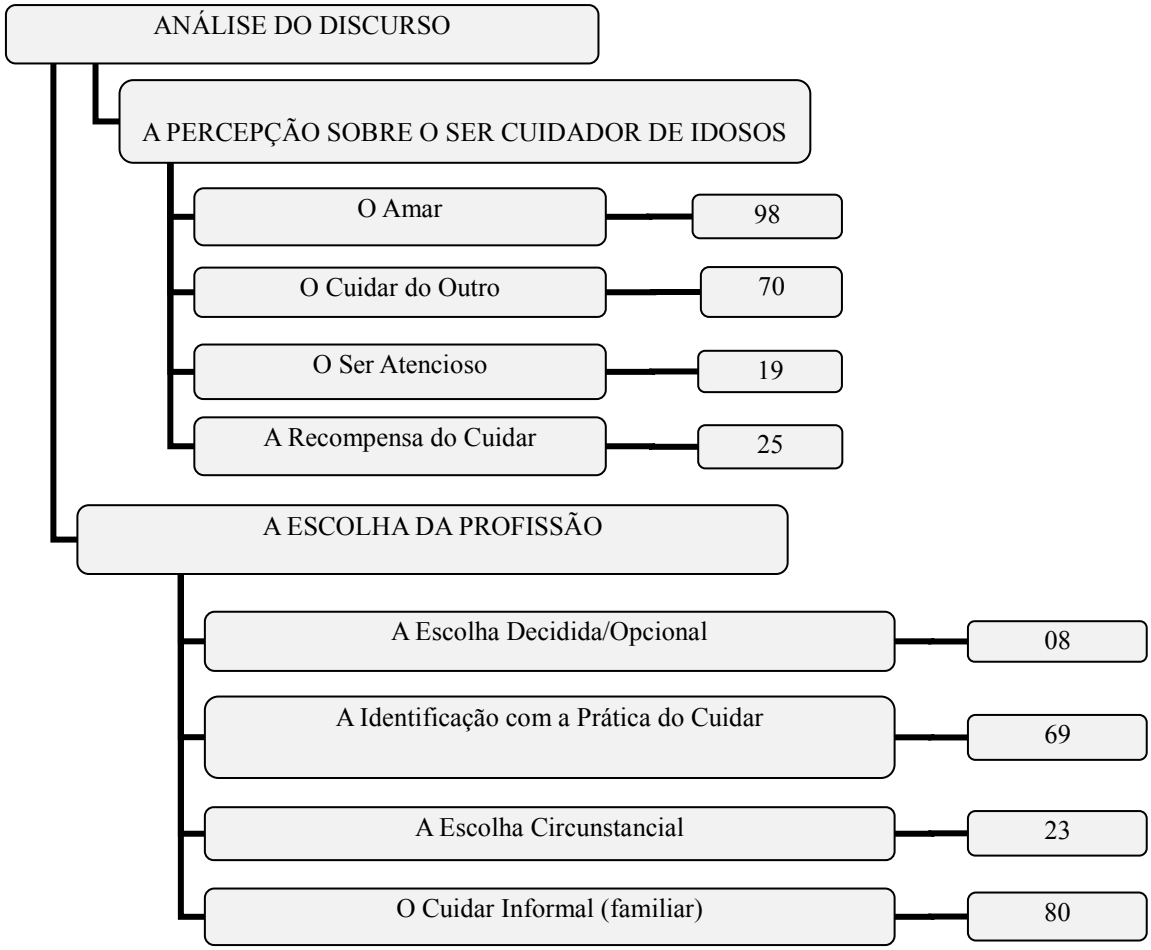
Ainda, em relação às atividades de educação em saúde, a ANVISA (2005) coloca que as ILPIs devem realizar atividades de EP na área de gerontologia com a finalidade de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos. O planejamento dessas atividades deve levar em consideração a formação técnica e a escolaridade do cuidador dessas instituições (principalmente as filantrópicas) e a incorporação de profissionais de outras áreas (faxina e serviços gerais). Além disso, preconiza que a elaboração e execução de atividades de EP dependem de uma integração intersetorial.

Em resumo, apesar de toda a base legal e da legítima necessidade de implantação de ações em EC ou EP, apenas uma das 09 ILPIs consideradas trabalha minimamente com EC, embora outras duas tenham iniciado movimentos incipientes a esse respeito. Outro ponto importante refere-se ao não-entendimento conceitual, quanto ao que seria EC e EP. Pois, corre-se o risco de se assumir uma proposta teórico-metodológica atrelada à EP, mas que, na prática, se expressa sob a forma de EC, subestimando a dimensão da subjetividade e do conflito de interesses (NASCIMENTO, 2013). Conflitos esses que decorrem da diversidade de atores envolvidos e suas diferentes intencionalidades e visões sobre o mundo e o trabalho – havendo a necessidade permanente de diálogo para a transformação dessas visões no sentido de encontrar um objetivo comum e congruente com a missão dos serviços em questão.

5.3 SIGNIFICADO DE SER CUIDADOR E A ESCOLHA DA PROFISSÃO: O DISCURSO DOS CUIDADORES

De acordo com o mencionado anteriormente, utilizou-se a técnica da análise do conteúdo de Bardin (2009), para proceder à análise das informações qualitativas. Nesse sentido, foi trabalhado um *corpus* de sessenta e três entrevistas, transcritas pela própria pesquisadora. A partir desse *corpus*, e a luz da metodologia indicada, foram obtidas as categorias, subcategorias e unidades de análise conforme demonstrado na figura 03.

Figura 03: Categorias, subcategorias e unidades de análise dos discursos dos cuidadores de idosos, Natal, RN, Brasil, 2014.



Fonte: Pesquisa de Campo, Natal, RN, Brasil, 2014.

As unidades de análise correspondentes a cada subcategoria foram identificadas de acordo com a frequência com que surgiram nos discursos e, a partir daí agrupadas de acordo com os núcleos de sentido correspondentes (ver capítulo 4), como demonstrado nas figuras 04 e 05:

Figura 04: Categoria I – A Percepção do Ser Cuidador de Idosos, Natal, RN, Brasil, 2014.

CATEGORIA I – A PERCEPÇÃO SOBRE O SER CUIDADOR		
SUBCATEGORIA	NÚCLEOS DE SENTIDO	UNIDADES DE ANÁLISE
O AMAR	AMAR, GOSTAR	98
O CUIDAR DO OUTRO	CUIDAR, TOMAR CONTA	70
O SER ATENCIOSO	ATENÇÃO, SER ATENCIOSO	19
A RECOMPENSA DO CUIDAR	É GRATIFICANTE, É BOM	25

Fonte: Pesquisa de campo, Natal, RN, Brasil, 2014.

Figura 05: Categoria II – A Escolha da Profissão de Cuidador de Idosos, Natal, RN, Brasil, 2014.

CATEGORIA II – A ESCOLHA DA PROFISSÃO		
SUBCATEGORIA	NÚCLEOS DE SENTIDO	UNIDADES DE ANÁLISE
A ESCOLHA DECIDIDA/OPCIONAL	OPÇÃO/ ESCOLHA	08
A IDENTIFICAÇÃO COM A PRÁTICA DO CUIDAR	SEMPRE CUIDOU/ TOMOU CONTA	69
A ESCOLHA CIRCUNSTANCIAL	OPORTUNIDADE/ CHANCE	23
O CUIDAR INFORMAL (FAMILIAR)	RESPONSABILIDADE/ OBRIGAÇÃO “NATURAL”	80

Fonte: Pesquisa de campo, Natal, RN, Brasil, 2014.

5.3.1 Categoria I - A Percepção Sobre Ser Cuidador de Idosos

Essa categoria é compreendida por quatro subcategorias cujas unidades temáticas relacionam-se à percepção e ao significado de ser cuidador de idosos – isto varia a partir das percepções sociais dos sujeitos sobre ser cuidador, resumidas na figura 04.

Figura 06: Percepção Sobre o Ser Cuidador de Idosos, Natal, RN, Brasil, 2014.

Fonte: Produção própria. Natal, RN, Brasil, 2014.

Vê-se, que as subcategorias sugerem uma percepção "natural", quase romântica, sobre ser cuidador de idosos. Entretanto, ressalta-se que essa profissão exige força física e equilíbrio emocional. Essa prerrogativa requer uma boa formação técnica fundamentada não só em conceitos teóricos, mas em aspectos humanos e éticos. Assim, uma formação adequada faz a diferença para um cuidado efetivo junto aos idosos institucionalizados ou não.

5.3.1.1 O Amar

Diante da perspectiva ou abrangência do conceito de Amar, grande parte dos entrevistados expressa sua percepção sobre ser cuidador, relacionando-a ao sentimento de amor pelo próximo. Não restam dúvidas de que, a partir da efetivação do relacionamento entre o cuidador e a pessoa que está sendo cuidada, quase sempre se inicia um laço afetivo entre ambos, tornando a relação diária menos exaustiva e gerando mais satisfação

pessoal, pois, através dessa vivência, afetos vão sendo construídos, gerando sentimento de bem-estar entre os envolvidos. Alguns fragmentos dos depoimentos ilustram tal assertiva:

> .... Para mim significa amor, porque para você cuidar de um idoso assim tem que ter muito amor, para mim significa amor, amor. (E 02)

> Para mim significa... A palavra já está dizendo né? Que você deve cuidar, você deve ter amor primeiramente, pelo que você está fazendo e pelo idoso. (E 01)

Ainda assim, é preciso ressaltar que, muitas vezes, durante as entrevistas, a visão do cuidador frente à profissão foi mencionada de forma eminentemente "romântica" e distanciada de um ofício inerente à prática laboral. Assim, existe a possibilidade de o amor estar sendo mencionado de forma idealizada, sem refletir práticas sintonizadas com esse sentimento – apenas um discurso de convencimento, para convencer quem está ouvindo - sem reflexos sobre as ações cotidianas e relações de cuidado com o outro - o idoso; algo inerte, vazio de atitudes e limitado às palavras.

Há, porém duas possibilidades: uma efetiva empatia entre o cuidador e o idoso de modo a transformar para melhor o cuidado; a "romantização" da atividade profissional, situação na qual o cuidador pode se descuidar das responsabilidades e especificidades técnicas inerentes ao seu cargo.

5.3.1.2 O Cuidar do Outro

Leonardo Boff (1999) afirma que o cuidar é uma dimensão essencial do ser. A partir disto, pode-se dizer que o processo de cuidar do idoso exige algumas habilidades e virtudes que são indispensáveis para o perfil daqueles que cuidam. Entendendo-se por virtude, sobretudo o amor, o carinho, o zelo, a paciência e a dedicação, tais habilidades foram mencionadas no discurso de vários cuidadores entrevistados. Observemos as falas que corroboram essa percepção:

> Significa cuidar do bem-estar do próximo que é mais idoso, né? E assim

> como eu quis vim trabalhar aqui com o idoso, eu sempre gostei de me comunicar com o idoso, até antes de vir trabalhar. (E 04)

> Para cuidar de um idoso tem que ter amor e paciência. E também é importante ter carinho. (E 02)

Por conseguinte, além de relações objetivas, o ato de cuidar também envolve relações subjetivas, não mensuráveis, as quais escapam da lógica racional. Então o cuidador é uma pessoa envolvida no processo de "cuidar do outro" – o idoso – com quem vivencia uma experiência contínua de troca e aprendizagem, que podem resultar na descoberta de potencialidades mútuas. É nesta relação íntima e humana que se revelam potenciais, muitas vezes encobertos, do idoso e do cuidador (BORN, 2006).

5.3.1.3 O Ser Atencioso

Para boa parte dos entrevistados, a qualidade do cuidado ofertado não depende tanto da qualificação adequada para tal função, mas sim de fatores subjetivos, como a atenção, o carinho ou disponibilização do seu tempo. E tal posicionamento pode ser observado em falas tais como:

> Dar atenção para elas, no que elas precisam. Como eu tenho... estou dando atenção para eles... quero que as pessoas tenham comigo também. (E 20)

> Para mim significa muita coisa, né? A pessoa trabalhar com idoso tem que ter mais cuidado, mais atenção... (silêncio). Pronto: Cuidado, atenção e, assim, carinho, né? (E 22)

Contudo, sabe-se que ser atencioso é importante, mas não é suficiente para cuidar de idosos, pois existem demandas que requerem formação específica. A função de cuidador de idosos, independente de quem a exerça (um profissional qualificado ou um simples voluntário, sem qualquer tipo de formação prévia), é um "cargo" que demanda muita disposição, paciência, atenção e capacidade de entendimento, por parte de quem presta o serviço. Portanto, é preocupante perceber esse tipo de compreensão, entre os cuidadores. Para Leonardo Boff (1999), a atitude é uma fonte, gera muitos atos que

expressam a atitude de fundo. Todos os atos pertencem à atitude do cuidado material, pessoal, social, ecológico e espiritual em relação a determinado fato.

5.3.1.4 A Recompensa do Cuidar

Muitos cuidadores percebem o ato de cuidar como uma espécie de recompensa. Eles se sentem gratificados por poder cuidar de alguém, poder ser útil para alguém que necessita de ajuda, que está de certa forma, fragilizado. O ato de cuidar e de contribuir para a satisfação do outro, parece trazer uma recompensa pessoal. Nessa relação, quem cuida se abastece de afeto e de satisfação. Essa ideia pode ser ilustrada com os exemplos abaixo:

> Significa que eu tenho que cuidar deles... e eu tenho muito prazer em cuidar deles. Quando eu estou mole, estou doente, quando eu chego aqui fico boa. (E 03)

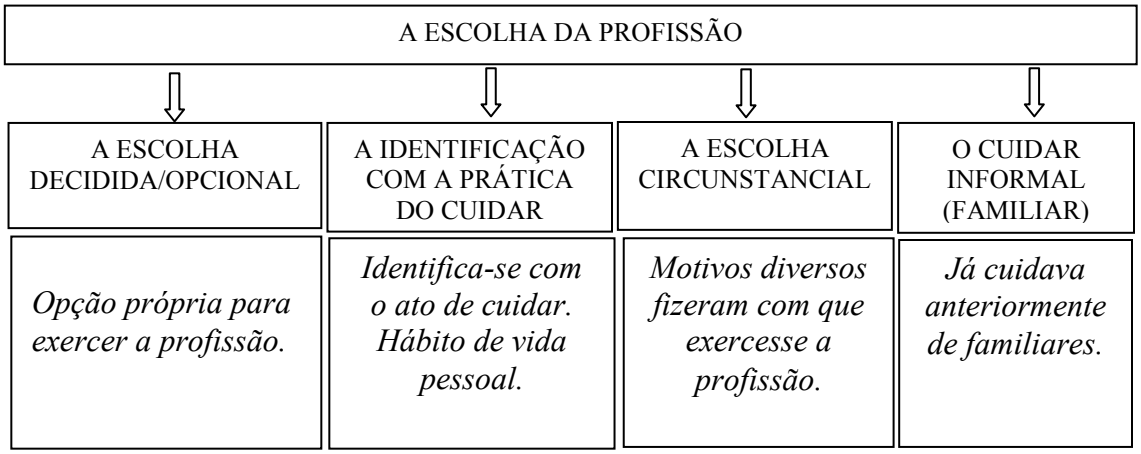
> Para mim significa uma coisa muito gratificante, né? Muito boa. (E 19)

> Tenho prazer de cuidar delas. Eu gosto muito. Então para mim é muito prazeroso eu estar trabalhando como cuidadora. Eu gosto muito mesmo, de coração. Eu gosto de cuidar delas. Tenho o maior prazer assim... de cuidar... de tratar elas bem. (E 25)

5.3.2 Categoria "A Escolha da Profissão"

Essa categoria é composta por quatro subcategorias cujas unidades temáticas circulam em torno da motivação para a escolha da profissão – o que varia, fortemente, em função da condição socioeconômica dos entrevistados. A figura 05 mostra um resumo dessas subcategorias.

Figura 07: A Escolha da Profissão de Cuidador de Idosos, Natal, RN, Brasil, 2014.



Fonte: Produção própria, Natal, RN, Brasil, 2014.

Entre essas subcategorias, observa-se que a primeira ("a escolha decidida/opcional") se distingue das demais, posto que as outra três põem em dúvida a própria escolha, estando associada a fatores diversos: às inclinações pessoais, às necessidades familiares, às imposições sociais e mesmo às circunstâncias alheias a eles. Vislumbra-se aí, um potencial negativo no que concerne ao exercício da profissão, pois se não há uma escolha voluntária – por vocação - certamente não haverá uma identificação com o ofício podendo levar a uma desmotivação ou descomprometimento com o cuidar, concorrendo para a violência e os maus-tratos junto aos idosos.

5.3.2.1 A Escolha Decidida/Opcional

Essa escolha ou decisão voluntária é a opção mais desejável dentre as "motivações" para a escolha profissional, pois pressupõe interesse e inclinações pessoais para o tipo de atividade que se pretende abraçar. Essa escolha/decisão por parte dos cuidadores em tela pode ser exemplificada através das citações seguintes:

> Eu queria ser cuidadora... aí entrei aqui como cozinheira, mas na hora que surgiu a vaga, aí eu entrei como... estou exercendo a função de cuidador. (E 25)

> Porque escolhi... porque eu gosto de cuidar de idoso...da presença deles. (E 30)

É razoável supor que, a partir da escolha decidida/opcional haja mais chances de sucesso e realização profissional, ou seja, esse sujeito faz porque gosta, faz por que se identifica com o cuidar, faz por que sente prazer com aquele fazer, refletindo, portanto, em ações mais qualificadas e afetivas para com os idosos. Estudo realizado por Colomé (2011), identificou que, quando os pesquisados foram questionados sobre os motivos que os levaram a trabalhar como cuidadores de idosos institucionalizados. Uma parcela significativa deles (90%) referiu que escolheu este trabalho motivado pelo respeito ao idoso, pelo desejo de fazer mais pelo ser humano, por vontade, amor e gosto de cuidar de pessoas idosas.

5.3.2.2 A Identificação com a Prática do Cuidar

A identificação com o ato de cuidar pode ser entendida como um hábito de vida natural e intrínseco ao ser humano, principalmente ao gênero feminino. Ela não está necessariamente relacionada à ocupação e não se limita ao cuidado dirigido à pessoas. Os seguintes exemplos ilustram essa perspectiva:

> Eu... eu acho que tenho uma vocação para cuidar, seja de gente, seja de bicho, seja do que for... Eu gosto disso. Porque eu não consigo é... ver certas coisas e passar despercebido. Então... O que eu vejo que está precisando, se eu puder fazer eu faço. Resolvi vir cuidar de mais pessoas, né? Ser mais útil, digamos assim. (E 15)

> Porque na verdade... eu me identifico muito com essa área... com a área de cuidar. (E 21)

> Porque eu... é... me identifico com essa... com esse trabalho. Gosto de idoso. E... eu gosto muito de cuidar deles, do idoso. Me identifico. E a gente tem que fazer aquilo que a gente gosta, né? (E 06)

Apesar de alguns entrevistados acreditarem estar habilitado a desempenhar a função de cuidador de idosos institucionalizados, por se identificarem com a atividade de cuidar – fator importante, como já debatido anteriormente - esse fato, por si só, não garante um bom desempenho técnico, nem a habilidade necessária, tampouco um suporte psicológico/emocional para tal ocupação. Assim, o cuidar, sem a formação técnica

necessária, traz risco tanto para o cuidador quanto para o idoso. Faz-se necessário, portanto, haver uma formação/qualificação desse profissional. Ressalta-se novamente, a importância da urgência da aprovação do PL 4702/2012 que irá regulamentar a profissão de cuidador e dará suporte legal para se fomentar as discussões para a estruturação dos currículos dos cursos de formação.

5.3.2.3 A Escolha Circunstancial

Colomé et al. (2011) afirma que a função de cuidador de idosos pode representar uma nova oportunidade de ingresso no mercado de trabalho, em virtude do crescente fenômeno do envelhecimento humano, bem como das complicações advindas desse envelhecer. De fato, muitos entrevistados referiram ter aproveitado uma oportunidade, uma chance de emprego. Eis alguns exemplos:

> Porque na época eu estava sem trabalhar. Aí surgiu essa oportunidade aqui. Aí eu estou aqui até hoje, graças a Deus. (E 30)

> Surgiu a oportunidade e eu gostei. Eu fui tirar uns plantões, tirar umas férias de uns funcionários. Aí... depois fui contratada. (E 28)

> Eu comecei a ser cuidador por acaso. Eu fui para tirar as férias de uma empregada doméstica... lá tinha uma idosa, eu me apaixonei pela idosa e a filha dela perguntou se eu não queria tomar conta dela. Eu falei para ela que eu nunca tinha cuidado de um idoso e ela falou: Mas você tem muito carinho, tem muito jeito. Tente! Aí fiquei lá. Passei cinco anos. Só saí de lá quando ela faleceu. Quer dizer... foi por acaso. (E 23)

Assim, alguns entrevistados consideram o ingresso no ofício de cuidador como uma oportunidade de melhoria pessoal e profissional; no entanto, isto pode gerar desdobramentos nem sempre, positivos. Por exemplo, se a experiência for gratificante e houver identificação, o próprio cuidador decidirá investir na sua formação técnica. Por outro lado, como explicam Garbin et al. (2010), quando as pessoas realizam atividades com as quais não têm afinidade ou habilidade, essas atividades se tornam ocupações cansativas e estressantes, ficando muito aquém da excelência. Portanto, se o ingresso na área foi consequência de circunstâncias, como ter conseguido um emprego mesmo sem

formação profissional, cabe uma reflexão quanto à satisfação destes profissionais em relação a esse tipo de trabalho.

5.3.2.4 O Cuidar Informal (familiar)

De acordo com o estudo realizado por Colomé et al. (2011) em um município do Rio Grande do Sul, observou-se que um 36,4% dos cuidadores que atuavam em uma ILPI daquele município já haviam exercido essa atividade em domicílio. Tal estudo vem corroborar os achados desta pesquisa a medida que 40,2% dos entrevistados já haviam sido cuidadores familiares. Esses mesmos autores afirmam ainda que a maioria desses trabalhadores relatou não ter preparo técnico para cuidar de idosos e não ter recebido qualquer treinamento para exercer a profissão. Diante disso, o cuidar informal refere-se ao equivocado entendimento de que experiências informais anteriores (principalmente com familiares próximos) sejam suficientes para garantir a habilitação ao cuidado e para assumir as responsabilidades profissionais dessa função, isto é, sem uma qualificação específica. O cuidar informal esteve muito presente nas falas dos entrevistados. Alguns exemplos são:

> Foi através dos meus avós. Comecei a cuidar deles em casa. Eu cuidava deles e vim trabalhar aqui. (E 09)

> Eu já cuidei de um idoso na família. Cuidei um ano e pouco. Em casa. Aí depois eu vim, peguei o currículo e vim deixar aqui. (E 14)

Cabe destacar que são consideradas as experiências anteriores, mesmo aquelas informais, no seio familiar, entretanto, destaca-se a fundamental importância de um suporte técnico e psicológico para que o cuidador possa exercer sua função com mais segurança junto aos idosos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou trazer questionamentos e reflexões sobre os aspectos referentes à formação de cuidadores de idosos que exercem atividade em instituições de longa permanência em Natal. Nesse sentido demonstraram-se os conteúdos estudados, pelos cuidadores, durante a sua formação, exibindo a motivação para a escolha da profissão, suas percepções acerca do cuidar além de caracterizar o perfil socioeconômico desses.

Uma boa parte dos cuidadores são contratados pela ILPIs mesmo não possuindo formação específica para o exercício profissional. Assim, torna-se suficiente "sentirem-se preparados" pelo fato de já haverem cuidado de algum familiar. Destarte, os cuidadores adentram na profissão sem nenhuma exigência, por parte das ILPIs, de capacitação ou formação, um equívoco tanto dos profissionais quanto da instituição contratante.

A maioria dos cuidadores em foco é do sexo feminino, mostrando uma característica histórica e cultural da mulher como responsável pelos cuidados com a família, e, em especial com as crianças e os idosos. Observa-se também, que essa nova ocupação se apresenta como uma oportunidade de emprego para as pessoas de classes sociais menos favorecidas e com baixo nível de escolaridade.

Ressalta-se, também, a fragilidade na formação, do ponto de vista legal, considerando a inadequação do nível de escolaridade exigido pela PL 4702/12, que dispõe sobre a profissão de cuidador e está em tramitação do Congresso Nacional Brasileiro**.** Do ponto de vista pedagógico têm-se uma carga horária insuficiente para a complexidade exigida no cuidado com o idoso, além da inexistência de conteúdos essenciais, como é o caso do estágio curricular prático. Faz-se, portanto, necessário a normatização e padronização dos conteúdos dos cursos ofertados, pelas escolas formadoras, a essa clientela, no intuito de preparar profissionais mais preparados para o exercício da função.

Os entrevistados revelaram não terem oportunidade de fazer Educação Continuada ou Permanente, o que é preocupante, considerando que o conhecimento apresentado é bastante empírico.

A percepção do cuidador, em relação ao seu trabalho, encontra-se associada ao

caráter do humano, isto é, ao amar e ao cuidar do outro é algo natural. Nessa linha de raciocínio, entende-se também o porquê da escolha da profissão – uma identidade com a prática do cuidar em si, e não uma escolha raciocinada.

Por fim, ressalta-se a precarização do trabalho a medida que há baixa escolaridade, má remuneração e alta vulnerabilidade social, fazendo-se supor que ao relatarem não sentir dificuldades para cuidar do idoso os cuidadores estejam mais receosos em perder o emprego do que na crença da facilidade da *práxis*.

Este estudo poderá contribuir com a gestão das ILPIs, com os profissionais, idosos e seu familiares no sentido de provocar reflexões mostrando as potencialidades e fragilidades que estão ocorrendo na formação dos cuidadores, possibilitando a busca por caminhos mais adequados para formação desses profissionais e para a prática do cuidado com idosos no município de Natal.

Traz também, uma contribuição às instituições formadoras e aos estudos que deverão se multiplicar, em Natal e no País, a respeito da formação de cuidadores. Trata-se de um trabalho que, como qualquer outro, apresenta contribuições, possui lacunas, e se expõe ao exercício da crítica acadêmica para o aperfeiçoamento/enriquecimento, como deve ser qualquer obra de caráter científico.

REFERÊNCIAS

ALONSO, F. R. B. Como envelhece uma população: uma análise demográfica dos componentes do crescimento populacional que conduziram ao acentuado e peculiar processo de envelhecimento da população do munícipio de Santos-SP. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 17, Caxambu, 2010. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2010.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005**. Aprova o regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para Idosos. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/58109e00474597429fb1df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+283-2005.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 08 ago. 2014.

ARAÚJO, C. A. D. **Uma análise sociodemográfica dos cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012.** Dissertação (Mestrado em Demografia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

BARBOSA, L. M.; SOUSA, J. L. Demografia: migrações invertem o sinal. Demografia. **Revista Desafios do desenvolvimento**, ano 4, n. 37, p. 20-26, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BESSA, M. E. P. et al. Idosas residentes em instituições de longa permanência: uso dos espaços na construção do cotidiano. **Acta paul. enferm.** v. 25, n. 2, p. 177-182, 2012.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar:** ética do humano – compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Editora vozes, 1999.

BORN, T. A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação. In: Seminário Velhice Fragilizada. **Anais...** São Paulo: SESC, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940.** Código Penal. Título VII – Dos Crimes Contra a Assistência Familiar – capítulo III, artigo 244. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 08 ago. 2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília: Câmara dos Deputados, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional do Idoso. **Lei Nº 8.842, de janeiro de 1994.** 1ª edição. Brasília. Reimpresso em maio/2010. p. 01.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Política Nacional de Saúde do Idoso**(a). Regulamentada pela Portaria nº 1.395, de

dezembro de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Portaria Interministerial nº 5.153, de 07 de abril de 1999**(b)**.** Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos a ser coordenado por Comissão Interministerial, constituída por representantes da Secretaria de Estado de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência e da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/legislacao/portaria5153.pdf. Acesso em: 06 nov. de 2014.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação brasileira de ocupações.** 2002. Disponível em: http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf. Acesso em: 06 ago. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.741**, de 01 de outubro de 2003. Dispões sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 01 de out de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 2.528,** de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e dá outras providências. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 01 de out de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 1.996,** de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm. Acesso em: 15 dez. 2014.

BRASIL. República Federativa do Brasil. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 4702,** de 09 de novembro de 2012a. Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa e dá outras providências. Disponível em: < http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1053572&filename=Avulso+-PL+4702/2012>. Acesso em: 12 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 12 de setembro de 2013.

BRITO, F. O deslocamento da população brasileira para as metrópoles. **Estudos**

Avançados 20, n. 35, p. 221-236, 2006.

BRITO, F. C.; RAMOS, L. R. Serviço de atenção à saúde do idoso. In: NETTO, M. P. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 394-402.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. Cap. 2, p. 21-29.

CALDAS, C. P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO C. S. M.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002. p. 51-71.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros.** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

CAMARANO, A. A.; KANSO S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. Bras. Estud. Popul**., v. 27, n. 1, p. 233-235, 2010.

CAMARGO, A. B.; FRIAS L. A. M. **Some aspects of the brazilian mortality:** the XX the century and perspectives – brazilian demography. Salvador, Brazil: IUSSP, 2001.

CANAVAN, P. K. et al. Managing gait disorders in older persons residing in nursins homes: a review of literature. **J. Am. Med. Dir Assoc.**, v. 10, n. 4, p. 230-237, 2009.

CARDÃO, S. **O idoso institucionalizado.** Lisboa: Coisas de ler, 2009.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 597-605, 2008.

CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicologia USP**, v. 13, n. 1, 2002.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida:** da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COLOMÉ, I. C. S. et al. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 306-312, 2011.

DIAS JUNIOR, C. S.; COSTA, C. S. O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP. In: Encontro Nacional de Estudos

Populacionais, 15, Caxambu, MG, 2006. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2006.

DIOGO, M. J. D.; DUARTE, Y. A. O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E. V. et al (Orgs). **Tratado de geriatria e gerontologia**, 2002, p. 762-767.

FALCÃO, D. V. S.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Filhas que cuidam de pais/mães com provável/possível doença de Alzheimer. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 13, n. 3, p. 245-256, 2008.

FALCÃO, D. V. S.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Cuidar de familiares idosos com doença de Alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. **Psicologia em Estudo,** v. 14. p. 777-786, 2009.

FERNANDES, S. L. C. **Vivências em lares de idosos:** diversidade de percursos um estudo de caso. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Social) – Departamento de Ciências da Educação e do Patrimônio, Universidade Portucalense Infante, Porto, 2010.

FREIRE JÚNIOR, R. C.; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, 2004-2005.

FREITAS, A. V. S.; NORONHA, C. V. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** v. 14, n. 33, p. 359-369, 2010.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. A política de educação profissional no governo Lula: um percurso histórico controvertido. **Educ. Soc.**, v. 26, n. 92, p. 1087-1113, 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Mudanças climáticas, migrações e saúde: cenários para o nordeste brasileiro, 2000-2050.** Relatório de Pesquisa (Research Report): Belo Horizonte: CEDEPLAR/FIOCRUZ, 2008.

GAIOLI, C. C. L. O.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F**.** Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 150-157, 2012.

GARBIN, C. A. S. et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2941-2948, 2010.

GERMANO, R. M. A enfermagem do passado e do futuro: perspectivas e desafios do cuidar. In: MALAGUTTI, W.; MIRANDA, S. M. R. C. **Os caminhos da enfermagem:** de Florence à globalização. São Paulo: Phorte, 2010. Cap. 4, p. 85-103.

GIL, Antônio Carlos**. Métodos e técnicas em pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, v. 35, n. 2, p. 20-29, 1995.

GOES, Pryscila Araújo de. **O ser cuidador:** a representação social dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012.

HIRATA, H. **Nova divisão sexual do trabalho?** Um olhar voltado para a empresa e a sociedade. São Paulo: Bontempo, 2002. (Coleção mundo do trabalho).

INOUYE, K; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. **Caderno Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 891-899, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade – 1980 - 2050**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse dos resultados do censo 2010**a. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice. Acesso em: 28 jul. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população por sexo e idade:** Indicadores implícitos na projeção 2000-2030. Disponível em:< http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm>. Acesso em: 28 jul. 2014(b).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2010. **Características da população e dos domicílios:** resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011(c).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2010 (d).

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Instituições de longa permanência para idosos:** caracterização e condições de atendimento. Curitiba: IPARDES, 2008.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS (IPEA). Infraestrutura Social e Urbana no Brasil subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa

permanência para idosos no Brasil. Brasília: IPEA, 2011. (Série Eixos do desenvolvimento brasileiro, n. 93).

JACOB, L. **Ajudante sénior:** uma hipótese de perfil de profissional para as IPSS. Dissertação (Mestrado em políticas de desenvolvimento de recursos humanos). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, Portugal, 2002.

KARSCH, Ú. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

KERGOAT, D; HIRATA, H. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa,** v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007.

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

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva.** v. 4, n. 17. p. 135-40, 2007.

LIMA, C. R. V. **Políticas públicas para idosos:** a realidade das instituições de longa permanência no Distrito Federal. Monografia (Especialização em Legislativo e Políticas Públicas) - Programa de Pós-graduação do Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento - CEFOR, Câmara dos Deputados, Brasília, 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 1290-1297, 2003.

LINO, M. M. et al. A realidade da educação continuada na enfermagem nos serviços públicos de saúde de Florianópolis. **Online Braz J. Nurs. (online)**. v. 6, n. 0, 2007.

MANCIA, J. R.; CABRAL L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 5, p. 605-610, 2004.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.

MELLO, P. B. et al. Percepção dos cuidadores frente às dificuldades encontradas no cuidado diário dos idosos dependentes institucionalizados. **Estud. Interdiscip. Envelhec.**, v. 13, n. 2, p. 259-274, 2008.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDONÇA, J. M. B. Instituições de longa permanência para idosos e políticas públicas. **Revista Kairós**, v. 9, n. 2, p. 169-190, 2006.

MENDONÇA, J. A.; MARQUES NETO, J. F. Qualidade de vida do idoso institucionalizado frente aos grupos de afecções crônicas. **Rev. Ciências Médicas de Campinas**, v. 12, n. 4, p. 299-306, 2003.

MENEZES, R. L. et al. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 14, n. 3, p. 485-496, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Haucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. S (Org.) **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

NAKATANI, A. Y. K. et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 5, n. 1, 2003.

NASCIMENTO, F. D. Práticas de educação permanente implementadas nos serviços de saúde no Brasil à luz dos preceitos político e conceitual de educação permanente em saúde. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

NATAL. Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo. **Limites dos bairros da cidade do Natal.** Natal: Departamento de Informação, Pesquisa e Estatística, 2008b. Disponível em: file:///C:/Users/Irma/Downloads/Limites_Bairros.pdf. Acesso em: 03 mai. 2014.

NATAL. Prefeitura Municipal de Natal. **Decreto Nº 8.553 de 02 de outubro de 2008**a. Aprova a Norma Técnica Especial que regulamenta o funcionamento de Instituições de Longa Permanência destinadas a idosos no município de Natal. Disponível em: http://www.normasbrasil.com.br/norma/decreto-8553-2008-natal_175683.html. Acesso em: 01 jul. 2014.

NATAL. Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância Sanitária. Relação das ILPIs regulamentadas do município de Natal/RN. 2014.

NERI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. L. O Bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 778-790.

NUNES, V. M. A.; MENEZES, R. M. P.; ALCHIERI, J. C. Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. **Acta Sci. Health. Sci**., v. 32, n. 2, p. 119-26, 2010.

OLIVEIRA, S. K. et al. Perfil dos cuidadores de idosos atendidos pelo projeto de assistência interdisciplinar a idosos em nível primário – PAINP. v. 5, n. 2, p. 184-192. Londrina, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plan de accion internacional sobre el envejecimento.** Viena: ONU, 1982.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Second world assembly on ageing,** 2002**.** Disponível em: http://www.un.org/esa/socdev/ageing/secondworld02.html. Acesso em: 30 mar. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (ONU). **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.** São Paulo: EDUSP, 2003.

PAULO, M. G. et al. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de idosos portadores de deficiência auditiva: influência do uso de próteses auditivas. São Paulo: **Arq. Int. Otorrinolaringol.**, v. 12, n. 1, p. 28-36, 2008.

PAVARINI, S. C. I. et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 3, 398-402, 2005.

PERPÉTUO, I. H. O.; WONG, L. R. **Programas y políticas nacionales que afectaron el curso de la fecundidad en el Brasil.** Seminar La Fecundidad en América Latina y El Caribe: Transición o Revolución? Santiago, Chile: Celade, 2003. (Serie Seminarios y Conferencias)

POLLO S. H. L.; ASSIS, M. Instituições de longa permanência para idosos: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 11. n. 1, 2008.

RATES, H. F. **Cuidado de saúde do idoso, no domicílio:** implicações para as cuidadoras, no distrito de Ressaca – Contagem/MG. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/454M.PDF. Acesso em: 06 nov. 2014.

RIBEIRO, M. T. et al. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, v. 13, n. 4, p. 1285-1292, 2008.

ROCHA, M. P. F. et al. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Rev. Bras. Enferm.,** v. 61, n. 6, p. 801-808, 2008.

SALIBA, N. A. et al. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. **Rev. Interface: Comum., Saúde, Educ.,** v. 11, n. 21, p. 39-50, 2007.

SANTOS, A. Migração de força de trabalho: notas para debate. **Pegada Eletrônica (online),** v. 7, n. 2, p. 7-26, 2006. Disponível em: http://www4.fct.unesp.br/ceget/PEGADA72/Pegada7n2_20061Ari.pdf. Acesso em: 06 jun. 2014.

SARDINHA PEIXOTO, L. et al Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Rev. electrónica trimestral de Enfermeria.** n. 29, 2013. Disponível em: www.um.es/eglobal/. Acesso em: 15 dez. 2014.

SEABRA, Cintia Arlete F. **Necessidades e cuidador em saúde de idosos migrantes atendidos por equipes da estratégia de saúde da família.** Dissertação [Mestrado em Ciências]. Programa de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

SILVA, G. B. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, M. C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**. v. 8. n. 1, p. 43-60, 2005.

SIMSON, O. R. M. V.; PINTO, S. P. L. C. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: sumário da legislação. **Rev. Bras. Geriatr. Geront.,** v. 15, n. 1, p. 169-174, 2012.

SOUZA, M. G. G.; CRUZ, E. M. T. N.; STEFANELLI, M. C. Educação continuada e enfermeiros de um hospital psiquiátrico. **Rev. Enferm. UERJ.**, v. 15, n. 2, p. 190-196, 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VERAS, R; PARAHYBA, M. I. O Anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, 2007.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad.**

Saúde Pública, v. 19, n. 3, p. 705-715, 2003.

VONO, Zulmira Elisa. **O cuidador de idosos, 2008.** Disponível em: <http://www.cuidardeidosos.com.br/o-cuidador-de-idosos/>. Acesso em: 23 mai. 2014.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar:** expressão humanizadora de enfermagem. 2. ed. Petrópolis, RJ: vozes, 2007.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Aquichan.,** v. 8, n.1, p. 85-96, 2008.

WATANABE, H. A. W.; DI GIOVANNI, V. M.. Instituições de longa permanência para idosos (ILPI). **BIS, Bol. Inst. Saúde (impr.) (online).** n. 47, p. 69-71, 2009. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1518-18122009000200018elng=esenrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2014.

WONG, L. L. R; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional no Brasil**:** sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. Bras. Estat.1 Popul.**, v. 23, n.1, p. 5-26, 2006.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

APÊNDICE A – FORMULÁRIO E ROTEIRO DE ENTREVISTA

Local de Trabalho: _____

01 – PERFIL SOCIOECONÔMICO

Nome: _____

Idade: _____ Naturalidade: _____ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Endereço: _____

_____

Estado Civil: _____ Composição Familiar: _____

_____

Escolaridade (anos de estudo): _____

Renda Pessoal: _____ Renda Familiar: _____

02 – FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Você fez algum curso para aprender a cuidar de idosos?

( ) Sim ( ) Não

Onde? _____

Quando? _____

Quanto tempo durou o curso? _____

Que conteúdos foram vistos durante o curso? _____

_____

_____

Os conteúdos vistos durante o curso lhe deram segurança para atuar junto ao idoso?

( ) Sim ( )Não

Durante a realização do curso, você teve alguma atividade prática?

( ) Sim ( )Não

Se sim, qual foi a atividade e quanto tempo essa atividade durou? _____

Se não, que conteúdos você acha que poderiam ser acrescentados? _____

Em que local ocorreu essa atividade? _____

Anos de formado: _____

Tempo de profissão: _____ Horas de trabalho/semana: _____

Você acha que a sua formação profissional é suficiente?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, de que maneira? _____

Se não, por quê? _____

Você já fez cursos de capacitação ou algum treinamento depois de formado?

( ) Sim ( ) Não

Quais? _____

Quando? _____

Onde? _____

Quanto tempo durou? _____

Acha necessário fazer outros cursos de capacitação profissional?

( ) Sim ( ) Não

Por quê? _____

03 – PERCEPÇÃO SOBRE A PROFISSÃO DE CUIDADOR

O que significa para você ser um cuidador de idoso? _____

_____

Por que você escolheu ser cuidador? _____

_____

Você tem dificuldade para cuidar dos idosos?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual (quais)? _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar da pesquisa: INVESTIGANDO A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CUIDADOR DE IDOSO EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN. Sua participação é voluntária. A pesquisa é coordenada pela mestranda em Saúde Coletiva Irma Lúcia da Silveira Silva, sob orientação da professora Dra. Maísa Paulino Rodrigues.

Decidindo participar da entrevista, você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento em participar do estudo, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo.

O estudo é relevante porque fornecerá subsídios para (re) elaboração do projeto pedagógico e respectivo plano de ensino para curso de formação profissional de cuidadores de idosos, que poderá/deverá ser implantado e ministrado pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte.

Caso decida aceitar o convite, participará de uma entrevista com a própria pesquisadora. Não haverá pagamento pela participação na pesquisa, mas poderá haver ressarcimento caso haja alguma despesa para sua participação.

Não se espera que haja problemas em consequência da realização da pesquisa, porém esta pode oferecer desconforto devido ao tempo investido para a realização da entrevista e risco de constrangimento diante das questões abordadas, e a tensão em tornar a participação na pesquisa obrigatória intencionalmente; porém, para evitar essas situações, adotaremos o cuidado do agendamento prévio das entrevistas de acordo com a disponibilidade do pesquisado, e elas serão conduzidas no ritmo e tempo mais adequado ao pesquisado. Poderá haver indenização se ficar provado algum dano para o participante no decorrer da pesquisa. Os dados serão guardados na sala da Pós-Graduação em Saúde

Coletiva, localizada no departamento de Odontologia da UFRN e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Você ficará com uma cópia deste Termo, e qualquer dúvida que tiver a respeito desta pesquisa poderá perguntar diretamente para Irma Lúcia da Silveira Silva, no endereço Av. Senador Salgado Filho, 1787 – Lagoa Nova ou pelo telefone 3215-4120 ou também ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – CEP/HUOL no endereço Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis; CEP 59.012-300, Natal/RN, fone: (84) 3342-5003, e-mail: cep_huol@yahoo.com.brHYPERLINK "mailto:cep_huol@yahoo.com.br"cep_huol@yahoo.com.br.

Consentimento Livre e Esclarecido – Declaro que compreendi os objetivos deste projeto, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos, e concordo em participar voluntariamente da pesquisa: Investigando a Formação Profissional do Cuidador de Idosos em Instituição de Longa Permanência no Município de Natal/RN.

Participante da pesquisa:

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisador responsável: Irma Lúcia da Silveira Silva

Assinatura: _____

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Anuência: Instituto Juvino Barreto

JUVINO BARRETO

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que aceitaremos a pesquisadora Irma Lúcia da Silveira Silva, pertencente a Universidade Federal do Rio Grande do Norte para desenvolver seu projeto de pesquisa intitulada: INVESTIGANDO A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CUIDADOR DE IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN, tal como foi submetida a Plataforma Brasil, sob a orientação da professora Dra. Maísa Paulino Rodrigues. Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa concordamos em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
3) Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa.
4) No caso do não cumprimento dos itens acima, haverá a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Natal, 28 de janeiro de 2014.

João Maria de Morais Rodrigues
Diretor Administrativo - IJB

João Maria de Morais Rodrigues

Instituto Juvino Barreto

ANEXO B – Carta de Anuência: Morro Branco Hospedagem Geriátrica

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que aceitaremos a pesquisadora Irma Lúcia da Silveira Silva, pertencente a Universidade Federal do Rio Grande do Norte para desenvolver seu projeto de pesquisa intitulada: INVESTIGANDO A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CUIDADOR DE IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN, tal como foi submetida a Plataforma Brasil, sob a orientação da professora Dra. Maísa Paulino Rodrigues. Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa concordamos em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
3) Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa.
4) No caso do não cumprimento dos itens acima, haverá a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Natal, 05 de Fevereiro de 2014.

NC CARVALHO DE OLIVEIRA
Nádia Cristina Carvalho de Oliveira
Diretora Administrativa

Nádia Cristina de Oliveira

Morro Branco Hospedagem Geriátrica

ANEXO C – Carta de Anuência: Associação Espírita Enviados de Jesus Lar da Vovozinha

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que aceitaremos a pesquisadora Irma Lúcia da Silveira Silva, pertencente a Universidade Federal do Rio Grande do Norte para desenvolver seu projeto de pesquisa intitulada: INVESTIGANDO A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CUIDADOR DE IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN, tal como foi submetida a Plataforma Brasil, sob a orientação da professora Dra. Maísa Paulino Rodrigues. Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa concordamos em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
3) Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa.
4) No caso do não cumprimento dos itens acima, haverá a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Natal, 10 de fevereiro de 2014.

João Francisco de Souza

Responsável pelo Lar da Vovozinha

08 430.951/0001-02
ASSOCIAÇÃO ESPIRITA ENVIADOS DE JESUS
Av Antonio Basílio, 1264
D x Sept Rosado - CEP 59 054-380
Natal-RN

ANEXO D – Carta de Anuência: Lar do Idoso Feliz Idade

LAR DO IDOSO FELIZ IDADE

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que aceitaremos a pesquisadora Irma Lúcia da Silveira Silva, pertencente a Universidade Federal do Rio Grande do Norte para desenvolver seu projeto de pesquisa intitulada: INVESTIGANDO A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CU!DADOR DE IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN, tal como foi submetida a Plataforma Brasil, sob a orientação da professoraDra. Maísa Paulino Rodrigues. Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa concordamos em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
3) Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa.
4) No caso do não cumprimento dos itens acima, haverá a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Natal, 13 de fevereiro de 2014.

GLÊNIA KADJA FREIRE DA SILVA
CPF 033.993.154-06
GERENTE

Glênia Kadja Freire da Silva Domingos
Diretora do Lar do Idoso Feliz Idade

ANEXO E – Carta de Anuência: Residencial Geriátrico Melhor Idade Ltda

RESIDENCIAL GERIÁTRICO DA MELHOR IDADE

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que aceitaremos a pesquisadora Irma Lúcia da Silveira Silva, pertencente a Universidade Federal do Rio Grande do Norte para desenvolver seu projeto de pesquisa intitulada: INVESTIGANDO A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CUIDADOR DE IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN, tal como foi submetida a Plataforma Brasil, sob a orientação da professora Dra. Maísa Paulino Rodrigues. Cientes dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa concordamos em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
3) Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa.
4) No caso do não cumprimento dos itens acima, haverá a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Natal, 24 de fevereiro de 2014.

RESIDENCIAL GERIÁTRICO DA MELHOR IDADE LTDA
CNPJ: 08.115.[illegible]78
Rosileika Ferreira Lisboa
CPF: 230.258.594-15
Sócia-Gerente

Rosileika Ferreira Lisboa

Responsável pelo Residencial Geriátrico da Melhor Idade

ANEXO F – Carta de Anuência: Centro Integrado de Assistência Social da Igreja Evangélica Assembleia de Deus - CIADE – Bom Samaritano

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que aceitaremos a pesquisadora Irma Lúcia da Silveira Silva, pertencente a Universidade Federal do Rio Grande do Norte para desenvolver seu projeto de pesquisa intitulada: INVESTIGANDO A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CUIDADOR DE IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN, tal como foi submetida a Plataforma Brasil, sob a orientação da professora Dra. Maísa Paulino Rodrigues. Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa concordamos em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
3) Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa.
4) No caso do não cumprimento dos itens acima, haverá a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Natal, 27 de fevereiro de 2014.

p/ Rivaldo Silva de Souza

Rivaldo Felipe de Souza
Assistente da Diretoria

Luiz Gonzaga Araújo Júnior
CIADE 8861-4997 (Oi) 9999-4982 (Tim)
Diretor do Centro Integrado de Assistência Social da Igreja Evangélica Assembléia de Deus no RN – CIADE – Bom Samaritano

ANEXO G – Carta de Anuência: Centro Sociopastoral Nossa Senhora da Conceição – Espaço Solidário

ESPAÇO SOLIDÁRIO – CENTRO SÓCIO PASTORAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que aceitaremos a pesquisadora Irma Lúcia da Silveira Silva, pertencente a Universidade Federal do Rio Grande do Norte para desenvolver seu projeto de pesquisa intitulada: INVESTIGANDO A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CUIDADOR DE IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN, tal como foi submetida a Plataforma Brasil, sob a orientação da professora Dra. Maísa Paulino Rodrigues. Cientes dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa concordamos em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
3) Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa.
4) No caso do não cumprimento dos itens acima, haverá a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Natal, 17 de maio de 2014.

09.428.764/0001-57
Centro Sócio-Pastoral N. S. da Conceição
Rua Jerusalém XXII, s/n
CEP 59014-010
NATAL/RN

Robério Camilo da Silva

Responsável pelo Espaço Solidário

Anexo H– Carta de Anuência do Lar do Ancião Evangélico

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que aceitaremos a pesquisadora Irma Lúcia da Silveira Silva, pertencente a Universidade Federal do Rio Grande do Norte para desenvolver seu projeto de pesquisa intitulada: INVESTIGANDO A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CUIDADOR DE IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN, tal como foi submetida a Plataforma Brasil, sob a orientação da professora Dra. Maísa Paulino Rodrigues. Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa concordamos em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

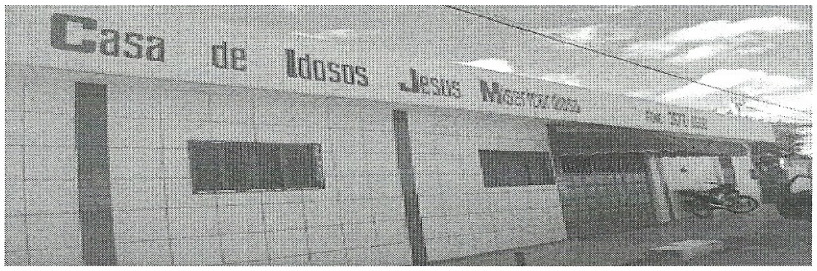
1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
3) Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa.
4) No caso do não cumprimento dos itens acima, haverá a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Natal, 06 de outubro de 2014.

Aguinaldo de Andrade Ramos Júnior

Lar do Ancião Evangélico

Anexo I – Carta de Anuência da Casa de Idosos Jesus Misericordioso



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que aceitaremos a pesquisadora Irma Lúcia da Silveira Silva, pertencente a Universidade Federal do Rio Grande do Norte para desenvolver seu projeto de pesquisa intitulada: INVESTIGANDO A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CUIDADOR DE IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN, tal como foi submetida a Plataforma Brasil, sob a orientação da professora Dra. Maísa Paulino Rodrigues. Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa concordamos em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
3) Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa.
4) No caso do não cumprimento dos itens acima, haverá a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Natal, 20 de outubro de 2014.

Maria José Pereira de Oliveira

Maria José Pereira de Oliveira

Casa de Idosos Jesus Misericordioso

ANEXO J: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INVESTIGANDO A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CUIDADOR DE IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN.

Pesquisador: IRMA LÚCIA DA SILVEIRA SILVA

Área Temática:

Versão:

CAAE: 30677314.6.0000.5292

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 628.400

Data da Relatoria: 30/05/2014

Apresentação do Projeto: Trata-se de um estudo \TCC mestrado que visa caracterizar aspectos do trabalho de cuidadores em Instituições de Longa Permanência em Natal.

Objetivos da Pesquisa

Objetivo Primário: Averiguar o nível de capacitação dos cuidadores que trabalham na assistência a idosos institucionalizados na cidade de Natal/RN.

Objetivos Secundários: a) Identificar as dificuldades sentidas pelo cuidador para a prática do cuidar, b) Conhecer a percepção dos cuidadores a respeito do cuidado, c) Verificar o nível de capacitação profissional e os conteúdos apreendidos pelos cuidadores, d) Averiguar o nível de capacitação dos cuidadores que trabalham na assistência a idosos institucionalizados na cidade de Natal/RN, e) Identificar as

necessidades de capacitação (cursos técnicos, treinamentos, educação continuada, etc.)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa oferece riscos mínimos aos sujeitos entrevistados. Alguns desconfortos podem acontecer como constrangimento ao relatar situações vivenciadas, em achar que não sabem responder às questões ou ao relatar histórias que envolvem possíveis danos, bem como exposição da sua imagem. Entretanto, os entrevistados poderão desistir a qualquer momento sem que haja algum tipo de pressão.

Benefícios: Ao final, espera-se que a pesquisa beneficie os profissionais de saúde e a comunidade por eles assistida. Pois a formação profissional é um importante instrumento para a melhoria da assistência à saúde do idoso e, por consequência, a qualidade de vida da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Detalhada e organizada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatórios: Adequados à legislação.

Recomendações: Sem observações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências.

Situação do Parecer: Aprovado.

Necessita da apreciação da CONEP: Não.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.

2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.

3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.

4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter juntas uma

Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e a justificativa do que esteja sendo apresentado.

5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.

6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias: uma ficará com o pesquisador e a outra, com o sujeito de pesquisa.

7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS, faz-se obrigatória a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito da pesquisa, ou seu responsável, e pelo pesquisador.

NATAL, 28 de Abril de 2014

Assinador por:
Joao Carlos Alchieri
(Coordenador)

ANEXO K – Projeto de Lei 4.702/2012

CÂMARA DOS DEPUTADOS
PROJETO DE LEI N.º 4.702, DE 2012
(Do Senado Federal)

PLS nº 284/11
Ofício (SF) nº 2.126/2012
Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa e dá outras providências.

S U M Á R I O

I – Projeto inicial

II – Projeto apensado: 2178/11

O **Congresso Nacional** decreta:

Art. 1º O exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa é regido pelo disposto nesta Lei.

Art. 2º O cuidador de pessoa idosa é o profissional que desempenha funções de acompanhamento e assistência exclusivamente à pessoa idosa, tais como:

I – Prestação de apoio emocional e na convivência social da pessoa idosa;

II – Auxílio e acompanhamento na realização de rotinas de higiene pessoal e ambiental e de nutrição;

III – Cuidados de saúde preventivos, administração de medicamentos e outros procedimentos de saúde;

IV – Auxílio e acompanhamento na mobilidade da pessoa idosa em atividades de educação, cultura, recreação e lazer.

§ 1º As funções serão exercidas no âmbito do domicílio da pessoa idosa, de instituições de longa permanência, de hospitais e centros de saúde, de eventos culturais e sociais, e onde mais houver necessidade de cuidado à pessoa idosa.

§ 2º O cuidador, no exercício de sua profissão, deverá buscar a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa em relação a si, à sua família e à sociedade.

§ 3º As funções do cuidador de pessoa idosa deverão ser fundamentadas nos princípios e na proteção dos direitos humanos e pautadas pela ética do respeito e da solidariedade.

§ 4º A administração de medicamentos e outros procedimentos de saúde mencionados no inciso III deste artigo deverão ser autorizados e orientados por profissional de saúde habilitado responsável por sua prescrição.

Art. 3º Poderá exercer a profissão de cuidador de pessoa idosa o maior de 18 (dezoito) anos com ensino fundamental completo que tenha concluído, com aproveitamento, curso de formação de cuidador de pessoa idosa, de natureza presencial ou semipresencial, conferido por instituição de ensino reconhecida por órgão público federal, estadual ou municipal competente.

§ 1º Caberá ao órgão público de que trata o **caput** regulamentar, no prazo de 1 (um) ano a partir da vigência desta Lei, carga horária e conteúdo mínimos a serem cumpridos pelo curso de formação de cuidador de pessoa idosa.

§ 2º O Poder Público deverá incentivar a formação do cuidador de pessoa idosa por meio das redes de ensino técnico-profissionalizante e superior.

§ 3º São dispensadas da exigência de conclusão de curso de formação à época de entrada em vigor desta Lei as pessoas que venham exercendo a função há, no mínimo, 2 (dois) anos, desde que nos 5 (cinco) anos seguintes cumpram essa exigência ou concluam, com aproveitamento, o programa de certificação de saberes reconhecido pelo Ministério da Educação.

Art. 4º O contrato de trabalho do cuidador de pessoa idosa:

I – Quando contratado por pessoa física para seu próprio cuidado ou de seu familiar, seguirá a Lei nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972, e legislação correlata;

II – Quando contratado por pessoa jurídica, seguirá a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e legislação correlata.

§ 1º O disposto neste artigo não impede a contratação do cuidador de pessoa idosa como Microempreendedor Individual.

§ 2º No caso do inciso I, é vedado ao empregador exigir do cuidador a realização de outros serviços além daqueles voltados ao idoso, em especial serviços domésticos de natureza geral.

Art. 5º É vedado ao cuidador de pessoa idosa, exceto se formalmente habilitado, o desempenho de atividade que seja de competência de outras profissões legalmente regulamentadas.

Parágrafo único. O disposto neste artigo não se aplica à administração de medicamentos e outros procedimentos de saúde na forma do § 4º do art. 2º.

Art. 6º O Poder Público deverá prestar assistência à pessoa idosa, em especial a de baixa renda, por meio de profissional qualificado, seja cuidador de pessoa idosa ou não.

Parágrafo único. O cuidador atuará em parceria com as equipes públicas de saúde, sendo acolhido e orientado por seus profissionais.

Art. 7º Aumentam-se em 1/3 (um terço) as penas para os crimes previstos na Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), quando cometidos por cuidador de pessoa idosa no exercício de sua profissão.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Senado Federal, em 9 de novembro de 2012.

Senador José Sarney
Presidente do Senado Federal

PROJETO DE LEI N.º 2.178, DE 2011
(Do Sr. Paulo Foletto)

Dispõe sobre o exercício da profissão de Cuidador

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei regulamenta o exercício da profissão de Cuidador.

Art. 2º Cuidador, para os fins desta lei, é o profissional responsável por cuidar de idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida.

Art. 3º São requisitos para o exercício da profissão de Cuidador:

I – Comprovante de conclusão do ensino fundamental;

II – Comprovante de conclusão de curso de qualificação básica para a formação de cuidador.

Parágrafo único. É garantido o exercício da profissão aos que comprovarem o efetivo exercício da atividade de Cuidador por, pelo menos, dois anos até a data de publicação desta lei.

Art. 4º Compete ao Cuidador, em relação à pessoa cuidada:

I – Atuar na ligação entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde;

II – Escutar, estar atento e ser solidário;

III – Auxiliar nos cuidados de higiene;

IV – Estimular e ajudar na alimentação;

V – Ajudar na locomoção e nas atividades físicas, bem como nas atividades de lazer e ocupacionais;

VI – Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto;

VII – Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação de profissional habilitado de saúde;

VIII – Comunicar ao profissional habilitado de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada;

IX – Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde da pessoa cuidada.

Art. 5º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Temos vivido em nosso País uma situação de aumento da expectativa de vida da população, o que tem gerado, como consequência, o crescimento do número de pessoas idosas. Tal fato tem proporcionado uma ampliação na demanda dos serviços para atendimento das necessidades dessa parcela da população.

No entanto, mais do que apenas atender às necessidades dos idosos, temos que garantir um atendimento que lhes proporcione manter a qualidade de vida, mormente naqueles casos em que há uma clara dependência física da pessoa.

É justamente pensando nessas pessoas que precisam de cuidados que estamos apresentando a presente proposta de regulamentação da profissão de Cuidador.

O Cuidador é a pessoa responsável por assistir os idosos garantindo-lhes bem-estar e qualidade de vida que se reflete na melhoria de sua saúde, tal qual definido no art. 2º do projeto. Aliás, nesse aspecto, cabe esclarecer que lançamos mão de conceitos já consolidados para definir a profissão e suas competências. Para tanto, utilizamo-nos da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, elaborada pelo Ministério do Trabalho e Emprego, na descrição do profissional, e do Guia Prático do Cuidador, editado pelo Ministério da Saúde, ao relacionar as competências.

Portanto, por se tratar de uma atividade de fundamental importância, é imprescindível a sua regulamentação. E aqui cabe observar que o objetivo de nossa preocupação é o idoso, e não o profissional, para que, dessa forma, a pessoa que contratar a prestação de serviço tenha a garantia de que o atendimento será realizado por pessoas com a devida qualificação, preservando a dignidade da pessoa cuidada.

Assim, acreditamos que essa medida diminuirá sensivelmente os muitos casos de maus-tratos a que são submetidos os idosos, os quais vemos costumeiramente retratados na imprensa.

Nesse contexto, demonstrado o interesse social da proposição, estamos certos de contar com o apoio de nossos Pares para a sua aprovação.

Sala das Sessões, em 31 de agosto de 2011.

Deputado PAULO FOLETTO