

Práticas educativas em saúde sobre responsabilidades pelo cuidado do idoso dependente*

Educational practices in health on responsibilities for the care of dependent elderly

Prácticas educativas en salud sobre responsabilidades para la atención de ancianos dependientes

Karla Ferraz dos Anjos^I, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery^{II}, Tânia Maria de Oliva Menezes^{III}, Maria do Rosário de Menezes^{IV}, Vanessa Cruz Santos^V,
Darci de Oliveira Santa Rosa^{VI}

Resumo: **Objetivo:** descrever as perspectivas de enfermeiros, agentes comunitários de saúde e cuidadores familiares integrantes de práticas educativas em saúde sobre responsabilidades pelo cuidado do idoso dependente. **Método:** estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado em 2016 com dois enfermeiros, oito agentes comunitários de saúde e seis cuidadores familiares vinculados a duas estratégias saúde da família, a partir do desenvolvimento de práticas educativas em saúde. A análise dos dados foi feita de acordo com a técnica da configuração triádica, humanista-existencial-personalista. **Resultados:** cada envolvido no cuidado ao idoso tem responsabilidades diferenciadas, singulares e complementares. Para os profissionais, suas ações desenvolvidas não estão sendo efetivadas na prática e/ou tendo efeito positivo esperado, sendo influenciadas por questões cultural, de valores e estrutural. **Conclusão:** as responsabilidades pelo cuidado dos idosos são de todos e precisam ser compartilhadas entre a família, os profissionais da saúde, a comunidade e o Estado.

Descritores: Idoso; Cuidadores; Enfermeiros; Agentes comunitários de saúde; Educação

I Enfermeira, Pós-doutoranda, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia (PPGENF/UFBA). Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: karla.ferraz@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5453-8303>

II Enfermeira, Doutora, Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGES/UESB). Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: rboery@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7823-9498>

III Enfermeira, Doutora, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. (PPGENF/EEUFBA). Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: tomenezes50@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5819-0570>

IV Enfermeira, Doutora, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: menezes@ufba.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9070-8077>

V Enfermeira. Doutora em Saúde Pública, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: vanessacrus@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0144-5127>

VI Enfermeira, Doutora, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem (PPGENF/EEUFBA). Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: darcisantarosa@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5651-2916>

* Extraído da tese de Doutorado "Responsabilidades pelo cuidado do idoso dependente e influência de práticas educativas em saúde", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2018.



Abstract: Objective: to describe the perspectives of nurses, community health agents and family caregivers who are part of health education practices on responsibilities for the care of the dependent elderly. **Method:** qualitative, descriptive and exploratory study, conducted in 2016 with two nurses, eight community health agents and six family caregivers linked to two family health strategies, based on the development of educational practices in health. Data analysis was performed according to the technique of the triadic humanist-existential-personalist configuration. **Results:** each person involved in the care of the elderly has differentiated, singular and complementary responsibilities. For professionals, their actions developed are not being implemented in practice and/or having an expected positive effect, being influenced by cultural, value and structural issues. **Conclusion:** the responsibilities for the care of the elderly are everyone's and need to be shared among the family, health professionals, the community and the State.

Descriptors: Aged; Caregivers; Nurses, Male; Community Health Workers; Education

Resumen: Objetivo: describir las perspectivas de enfermeros, agentes comunitarios de salud y cuidadores familiares que forman parte de las prácticas educativas en salud sobre las responsabilidades del cuidado de los ancianos dependientes. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, realizado en 2016 con dos enfermeras, ocho agentes comunitarios de salud y seis cuidadores familiares vinculados a dos estrategias de salud familiar, a partir del desarrollo de prácticas educativas en salud. El análisis de los datos se realizó según la configuración triádica, técnica humanista-existencial-personalista. **Resultados:** cada persona involucrada en el cuidado de los ancianos tiene responsabilidades diferentes, únicas y complementarias. Para los profesionales, sus acciones no se están llevando a cabo en la práctica y / o tienen un efecto positivo esperado, siendo influenciadas por cuestiones culturales, de valores y estructurales. **Conclusión:** las responsabilidades por el cuidado de los ancianos son de todos y deben ser compartidas entre la familia, los profesionales de la salud, la comunidad y el Estado.

Descriptor: Anciano; Cuidadores; Enfermeros; Agentes Comunitarios de Salud; Educación

Introdução

Na atenção básica à saúde (ABS), apesar de o modelo ser bastante avançado e propor atender os idosos de forma integral e contínua, de maneira geral, a prática ainda é insatisfatória.¹ A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) explicita que no Brasil, “é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado da pessoa idosa em todos os níveis de atenção”.^{1:5} Logo, há necessidade de capacitação dos profissionais para atender essa demanda.¹

A demanda de qualificação profissional pode ser suprida a partir da implementação de práticas educativas em saúde (PES). Estas, por sua vez, envolvem a educação de usuários e profissionais dos serviços de saúde, das quais incluem informações, orientações e ações técnicas. As PES acontecem no encontro entre pessoas, com diferentes culturas e realidades socioeconômicas, com conhecimentos, representações, experiências e vivências variadas, que,

juntas, poderão (des)construir formas de entender e compreender a saúde. Nesse ínterim, os encontros envolvem confiança e diálogos, que articulam e confrontam saberes provenientes de experiências cotidianas e saberes científicos.²

Entre as PES, tem-se a Educação Permanente em Saúde (EPS) e a educação em saúde, direcionadas aos profissionais e comunidade. Ambas favorecem a aquisição, ampliação e (re)construção de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e empoderamento das pessoas para a reflexão e tomada de decisões no contexto em que demandar, como no cuidado ao idoso. As PES favorecem a emancipação das pessoas, fortalecem vínculos, subsidiam a atuação profissional, orientam ações de promoção da saúde, favorecem práticas de (auto)cuidado nos cenários social, econômico, cultural e político, como em contextos da Estratégia Saúde da Família (ESF).

As PES, com a participação de usuários, famílias e comunidade, têm sido eficazes na aquisição e troca de conhecimentos. As práticas educativas favorecem autonomia aos envolvidos nas ações relacionadas à saúde e bem-estar, particularmente, nas atitudes de promoção. Entre os enfermeiros, essas PES têm sido frequentes e efetivadas devido às mudanças de paradigmas nos modelos de atenção contemporâneos.³ Os agentes comunitários de saúde (ACS), como membros da equipe da ESF, ao desenvolverem práticas educativas à comunidade, deparam-se com atitudes e valores diversos das pessoas sob sua responsabilidade.⁴

Há várias maneiras de as famílias e a sociedade cuidarem dos idosos. Logo, os profissionais de saúde, como enfermeiros e ACS, necessitam conhecer hábitos e costumes das pessoas sob sua responsabilidade, para que o cuidado seja realizado com alteridade. Salienta-se que as práticas socioculturais modulam as relações familiares, tornando fundamental que os profissionais considerem as crenças e os valores como fatores que influenciam nas responsabilidades pelo cuidado dos idosos realizados pelos filhos.⁵

Estudos evidenciam que, entre famílias de diferentes nacionalidades, como libanesas, paraguaias, chinesas, brasileiras e chilenas, há predominância do cuidado familiar, especialmente

dos filhos para com os pais, seguido de companheiros.⁵⁻⁶ Isso se explica pelos modelos de relações interculturais que acontecem nos âmbitos social, cultural e psicológico, haja vista que o comportamento humano é formado no contexto em que a pessoa vive e se relaciona.⁵ Além disso, as pessoas que residem no mesmo domicílio do idoso dependente de cuidados de saúde estão mais susceptíveis a ser seus cuidadores devido à proximidade e à convivência cotidiana.

A responsabilidade das famílias no cuidado do idoso é explícita na legislação brasileira - Constituição Federal (CF),⁷ Estatuto do Idoso⁸ e PNSPI.¹ Neste contexto, surge o cuidador familiar, a pessoa da família que irá se responsabilizar em apoiar os idosos na realização de suas atividades de vida diária relacionadas às demandas física, social, psicológica e mental, quando este demandar. Esse cuidador,⁹⁻¹⁰ por sua vez, apresenta déficit de conhecimentos e habilidades sobre cuidados aos idosos dependentes⁹⁻¹⁰ e enfrenta a inexistência de apoio social de profissionais de saúde da ESF,^{8,10} como de enfermeiros e ACS, para executar o cuidado.

Estudos desta natureza justificam-se à medida que buscam reduzir lacunas na produção do saber sobre responsabilidades e PES de enfermeiros, ACS e cuidadores familiares relacionadas ao envelhecimento. Assim, torna-se relevante, por contribuir com a ampliação dos conhecimentos no campo da saúde e fomentar o desenvolvimento de outras pesquisas na área gerontológica. Dessa maneira, espera-se que esta investigação possa subsidiar o planejamento do cuidado ao idoso dependente e apoiar esses responsáveis.

O estudo teve a seguinte questão de pesquisa: quais as perspectivas de enfermeiros, ACS e cuidadores familiares sobre responsabilidades pelo cuidado do idoso dependente? Ante o exposto, objetiva descrever as perspectivas de enfermeiros, ACS e cuidadores familiares integrantes de práticas educativas em saúde sobre responsabilidades pelo cuidado do idoso dependente.

Método

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, cujos dados foram obtidos a partir de PES

com enfermeiros, ACS e cuidadores familiares de idosos, realizado em auditório disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de um município, localizado no interior do estado da Bahia. Este é parte de uma pesquisa que abrangeu três etapas (diagnóstico situacional, desenvolvimento de PES e avaliação das PES), sendo que, para esta investigação, utilizaram-se os dados produzidos na segunda etapa da pesquisa – desenvolvimento de PES sobre responsabilidades pelo cuidado do idoso. Tão logo, as pesquisadoras estabeleceram contato prévio com os participantes desde a primeira etapa - diagnóstico situacional.

Para participar na segunda etapa, o critério de inclusão foi ter participado da primeira etapa da pesquisa. Logo, excluíram-se os participantes que não responderam os instrumentos de características sociodemográficas que continham questões relacionadas com as responsabilidades pelo cuidado do idoso. Para os enfermeiros e ACS, os critérios de inclusão foram: atuar em ESF no mínimo há seis meses, ter idade superior a 18 anos; e de exclusão: estar em férias, licença ou afastados, durante o período de coleta de dados. Para os cuidadores, os critérios de inclusão foram: ser familiar de idoso com dependência parcial ou total, conforme a escala de Katz,¹¹ coabitar no mesmo domicílio que o idoso; ter idade superior a 18 anos; ser o cuidador principal; estar cuidando a, no mínimo, seis meses, de forma parcial ou integral e ser cadastrado em ESF. Excluíram-se as pessoas que não eram encontradas em casa após três visitas em dias e horários distintos e agendados.

Neste diagnóstico situacional, verificou-se a inexistência de curso e de capacitação de enfermeiros e ACS da ESF e, quase de forma unânime (exceto dois), de orientações para cuidadores familiares na perspectiva do envelhecimento e cuidado ao idoso dependente. Nesta etapa, também houve a identificação de temas de interesse dos participantes para aprofundar os conhecimentos de aspectos gerontológicos nas PES, conforme apresenta o Quadro 1. Ressalta-se que nove cuidadores não souberam informar e/ou não desejaram sugerir temas. Os participantes foram assim codificados para garantia do anonimato: enfermeiros (E), ACS (A) e cuidadores (C).

Quadro 1 - Descrição de temas listados pelos enfermeiros, ACS e cuidadores familiares para ampliar os conhecimentos nas práticas educativas em saúde. Salvador, Bahia, 2018.

Participantes	Temas
E1, E2 [†]	Envelhecimento e modificações biopsicossociais. Relação sexual e autoestima. Uso de medicação, chás e sucos terapêuticos e, atividade física.
A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10 [‡]	Cuidados aos idosos dependentes/acamados. Cuidar bem e se dedicar ao idoso. Paciência e amor no cuidado. Como os cuidadores devem cuidar. Higiene pessoal. Como lidar com os idosos. Psicológico do cuidador. Responsabilidade pelo idoso que não tem parentes próximos.
C1, C2, C5, C7, C9, C12, C14, C16, C17, C18 [‡]	Como cuidar melhor do idoso. Cuidar do idoso para não ficar acamado. Cuidar do idoso acamado. Como cuidar e saber se está cuidando bem. Como agir com o idoso e saber se está precisando de algo. Como melhorar a doença de Alzheimer. Como aplicar insulina no idoso.

[†]Enfermeiro, [‡]Agente Comunitário de Saúde e [§]Cuidador.

De posse dos dados do diagnóstico situacional, foram planejadas as PES, a partir dos temas sugeridos durante as entrevistas individuais, acrescidos de outros listados pelas pesquisadoras por considerarem essencial para quem cuida de idosos dependentes (como assistência à saúde ao binômio, (auto)cuidado, apoio social). Os dados foram coletados por duas enfermeiras capacitadas, doutora e doutoranda, a partir do desenvolvimento de PES. Após o consentimento dos participantes, os momentos foram gravados, com a utilização de gravador digital.

Foram convidadas, mediante convite verbal e impresso, para participar das PES, 31 pessoas elegíveis, ou seja, todos os participantes da primeira etapa da pesquisa. A seleção dos participantes da primeira etapa, que fez parte deste estudo, se deu por conveniência, na qual os enfermeiros e ACS informavam o domicílio que assistem idoso dependente, logo, a pesquisadora confirmaria na visita com a aplicação do Katz.

Houve a participação de 16 pessoas, destas, dois eram enfermeiros, oito ACS e seis cuidadores familiares, vinculados às duas únicas ESF da área urbana do município. Suas inclusões tiveram a finalidade de abranger áreas com perfil de usuários diferentes (econômica, social). Estas unidades de saúde contavam com 1.646 famílias cadastradas, correspondendo a cerca de 7.266 pessoas, e 862 idosos acompanhados. Cada equipe contava com 10 microáreas; um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um médico, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, um recepcionista, 10

ACS e um auxiliar de serviços gerais. A ausência de um ACS foi justificada por motivo de saúde com atestado médico e de 14 cuidadores em razão da indisponibilidade de pessoas para cuidar do idoso dependente no domicílio na ausência do cuidador principal. Esta etapa aconteceu no mês de março de 2016 (período de oito a 10 de março), em três dias consecutivos, sendo um no turno matutino e três no turno vespertino. Cada encontro das PES durou em média duas horas.

Realizaram-se quatro momentos de PES, três com os enfermeiros e ACS (grupo 1), com revezamento entre eles, evitando deixar a área de atuação da ESF descoberta e um com os cuidadores (grupo 2), devido à disponibilidade de estes se deslocarem do domicílio para participarem das PES. Essa divisão dos participantes em dois grupos foi necessária, visto que alguns cuidadores comunicaram durante as entrevistas da primeira etapa que não se sentiram confortáveis em participar das PES junto com os profissionais. Cada enfermeiro e cuidador participou de um dia das atividades e, entre os ACS, três participaram de um encontro e cinco de dois encontros.

As PES foram agendadas antecipadamente com os participantes. Na semana anterior à coleta, os mesmos foram lembrados sobre a realização da pesquisa. Entre os profissionais e cuidadores, três justificaram sua ausência, por motivos de atestado médico ou não ter com quem deixar o idoso no domicílio e, nove confirmaram a presença e não compareceram em pelo menos um dia, dos quatro encontros das PES.

No primeiro momento do encontro, para todos os participantes das PES, ocorreu a demonstração do contrato de convivência e, após a concordância verbal, deu-se continuidade as atividades. Este reunia informações sobre comportamentos a serem seguidos, como forma de favorecer a experiência coletiva: manter celular desligado; evitar sair da sala; pontualidade; quando for comunicar levantar a mão e informar o nome; não falar ao mesmo tempo que o outro; respeitar a opinião da outra pessoa; evitar conversas paralelas; manter o sigilo de tudo que for conversado na sala; não julgar as pessoas, pois cada uma tem opinião diferente; proferir o que sente e/ou entende, e perguntar, ao sentir dúvidas. A identificação dos participantes nas PES contribuiu para a proximidade

e manter a fidelidade de autoria das informações durante as transcrições dos depoimentos.

Em seguida, iniciaram-se as apresentações de cada pessoa presente, a partir da dinâmica de interação - técnica da teia, com uso de barbante e as pessoas em pé e em círculo e, ao final, os participantes sentaram-se em círculo. Este momento foi oportuno para a sociabilização de cada integrante e compartilhamento da informação de quem cuidava, por quanto tempo e suas expectativas relacionadas às atividades a serem desenvolvidas.

Os profissionais participaram de três dias de PES. No primeiro e segundo dia participaram uma enfermeira e cinco ACS, e no terceiro dia três ACS, de áreas diferentes das ESF. No primeiro dia de atividades foi disponibilizado material impresso com questionamentos criados pelas pesquisadoras, canetas coloridas e papel de ofício. Em seguida, a solicitação foi para que se dividissem em grupo de três pessoas para discussão entre si sobre os questionamentos, e elaborassem e escrevessem suas respostas em papel ofício. Os participantes responderam: 1) Comentem sobre o que conhecem sobre responsabilidades pelo cuidado do idoso e; 2) Quais são as responsabilidades assumidas por vocês no cuidado do idoso dependente? Salienta-se que estes mesmos questionamentos foram feitos aos participantes individualmente na primeira etapa da pesquisa e, em grupo na segunda etapa, como forma de apreender depoimentos também coletivos sobre a temática.

Os participantes discutiram e construíram suas respostas em grupo (duração média de 20 minutos) e, logo após, socializaram as construções coletivas aos demais participantes. As moderadoras das PES escreveram as respostas orais de cada grupo em papel madeira, fixado em parede, como forma de visualização de todas as construções. Houve reflexões, troca de experiências, discussões e identificação de convergências e divergências das respostas.

Em seguida, deu-se continuidade da PES com os enfermeiros e ACS, por meio da técnica de exposição dialogada. Para os três dias de atividades educativas, as pesquisadoras abordaram e discutiram temas que versaram sobre: I) Envelhecimento, II) Responsabilidades pelo cuidado do

idoso e, III) Cuidado ao idoso dependente e apoio social. A exposição foi fundamentada na literatura, assim como considerou a experiência e o contexto de cada envolvido no cuidado ao idoso. As PES possibilitaram reflexões, questionamentos e sanaram dúvidas.

Com a presença de três ACS no terceiro dia (não houve enfermeiros), participantes do primeiro e segundo dia das PES, teve início a partir da leitura e reflexões das seguintes frases escritas em recorte de papel: I) As famílias, em algumas situações, responsabilizam-se por seus idosos, quando há necessidade de ajuda e, II) A responsabilidade do envelhecimento precisa ser de todos. Foi solicitado aos participantes que comentassem sobre o entendimento das frases e, subsequente, as pesquisadoras, intercalaram as respostas com os conhecimentos científicos.

Com os cuidadores familiares, após dinâmica de interação (técnica da teia) que durou média de 20 minutos, as pesquisadoras começaram as contextualizações, discussões e reflexões, a partir da exposição dialogada direcionadas ao envelhecimento, como de modificações biopsicossociais, funcionalidade, autonomia, dependência, cuidado no domicílio, responsáveis e responsabilidades pelo cuidado ao idoso dependente, mudanças no cotidiano de cuidadores após a assunção do cuidado, autocuidado do cuidador e apoio social.

Os profissionais e cuidadores participaram ativamente da PES, com comentários e relatos de suas experiências no cuidado. Entre os cuidadores, observou-se que dois estavam preocupados com o horário de encerramento da atividade, devido à necessidade de retornar ao domicílio para cuidar do idoso. Acrescidos, entre eles, houve sugestões de realizar outros momentos educativos com o tema voltado para os cuidados aos idosos acamados no domicílio e os com diabetes *mellitus* (DM).

Os diálogos durante as PES foram transcritos na íntegra, com dupla digitação e organizados no programa *Microsoft Office Word 2010* para leitura e compreensão. Para resguardar o anonimato dos participantes, as respostas foram identificadas com as letras segundo a função no grupo social: “E” (enfermeiro), “A” (ACS) e “C” (cuidador), seguida da numeração conforme sua ordem de realização (E1; A1, C1).

A análise dos dados das PES foi feita tomando como guia a técnica da configuração triádica, humanista-existencial-personalista¹² segundo os passos: I) Leitura atenta do conteúdo manifesto dos participantes, com o intuito de apreender o seu significado dentro da estrutura global. Este aconteceu após a organização de todos os depoimentos; II) Releitura de todo o material digitado, com o propósito de apreender as unidades de significado, a partir da análise minuciosa do material. Isso favoreceu a compreensão dos depoimentos e a criação dos significados dentro da estrutura global.

E, nos passos: III) Identificação e classificação dos aspectos que convergiam no conteúdo dos vários depoimentos, para sua análise global; IV) Agrupamento das unidades de significado em subcategorias e categoria. Neste IV passo, utilizou-se realce de texto com cores variadas, de forma a organizar as unidades de significado que convergiam; V) Apresentação descritiva dos agrupamentos e; VI) Análise compreensiva dos dados significantes dos agrupamentos e a apresentação de sua ideia principal.¹²

Na apresentação dos agrupamentos, houve a triangulação dos dados dos diálogos e depoimentos de todos os participantes produzidos nos quatro momentos das PES (três com profissionais e um com cuidadores), a partir da identificação de convergências, na subcategoria I “Responsáveis pelo cuidado do idoso dependente no domicílio”. E entre os profissionais na subcategoria II “Configuração de enfermeiros e ACS sobre suas responsabilidades no cuidado ao idoso dependente no domicílio”. Esta possibilitou a apresentação de agrupamentos coletivos entre os participantes. Estudo aprovado com o parecer consubstanciado: 1.388.138 e CAAE: 47661615.2.0000.5531, em 13 de janeiro de 2016, pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sendo conduzido conforme os padrões éticos exigidos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Todos os enfermeiros, ACS e cuidadores familiares eram do sexo feminino e não

receberam capacitação e/ou orientações sobre cuidados aos idosos dependentes para desenvolver suas responsabilidades a essas pessoas. Quanto ao parentesco dos cuidadores, três eram filhas, duas esposas e uma irmã; destas, cinco cuidavam de maneira integral de idosos com diagnósticos de mal de Parkinson, doença de Alzheimer, retardo mental, hipertensão arterial, DM, câncer de próstata e/ou osteoporose. As características dos participantes das PES estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1- Características de enfermeiros, ACS e cuidadores familiares de idosos dependentes. Salvador-Ba, 2018.

Variável	Enfermeiro	ACS	Cuidador familiar
Participante (n)	2	8	6
Idade (anos)			
25 a 40	2	4	-
41 a 59	-	3	3
60 a 69	-	1	3
Raça/cor			
Branca	1	-	2
Parda	1	7	4
Preto	-	1	-
Estado civil			
Casado/união consensual	1	6	4
Solteiro	1	2	-
Divorciado	-	-	2
Escolaridade	-	-	
Analfabeto			1
Primeiro grau incompleto		-	2
Primeiro grau completo		-	2
Segundo grau incompleto		-	1
Segundo grau completo		6	-
Ensino superior	1	2	-
Especialização	1	-	-
Tempo de cuidado (ano)			
Até 1	1	-	-
3	1	-	-
5 a 9	-	2	4
12	-	2	-
16 a 17	-	4	1

A partir da análise dos diálogos dos enfermeiros, ACS e cuidadores participantes das PES, emergiram uma categoria e três subcategorias empíricas.

Categoria - Perspectivas de enfermeiros, agentes comunitários de saúde e cuidadores familiares sobre responsabilidades pelo cuidado do idoso dependente no domicílio

Desta categoria, emergiram três subcategorias, as quais descrevem sobre os responsáveis e as responsabilidades de cada pessoa no cuidado ao idoso. Há responsabilidades individuais e coletivas.

Subcategoria I - Responsáveis pelo cuidado do idoso dependente no domicílio

Os enfermeiros, ACS e cuidadores familiares consideram como responsáveis pelo cuidado do idoso, a família, a sociedade e o Estado, contudo, explicitam que primeiro deve ser a família, e na necessidade, assumem os demais responsáveis. Eles referem a regulamentação dessa responsabilidade no Estatuto do Idoso.

Eu acho que a responsabilidade do idoso é de todos. (A6) É do cuidador, do ACS, do enfermeiro, da equipe, do vizinho, do médico, do assistente social, do Estado, do amigo, do parente mais distante. (E2, A6, C16) A responsabilidade pelo cuidado ao idoso primeiro é da família. (C4, A6, E2) Que tem que ter o compromisso realmente com o idoso. Está no Estatuto do Idoso que é de obrigação da família cuidar de seu querido idoso. (A6, E2) Quando a família não assume, (A6) ou quando não tem família, (A1) entra a sociedade. Quando a sociedade é omissa, aí entra o Estado. (A6)

Subcategoria II – Responsabilidades de enfermeiros e ACS pelo cuidado do idoso dependente

no domicílio

Os enfermeiros citaram como de suas responsabilidades a realização de visitas domiciliares com os ACS pelo menos uma vez ao mês, e destacaram ser de sua obrigação a orientação aos idosos e seus familiares. Os ACS, além de visita e orientação às famílias, agem de forma respeitosa durante o acompanhamento do cuidado prestado pelo cuidador ao idoso dependente no domicílio. Eles citam a elevada demanda relacionada aos programas desenvolvidos na ESF como fatores que dificultam a realização da visita domiciliar por parte do enfermeiro.

Realizar visitas domiciliares regularmente, com os profissionais que atuam na ESF. (E1) Eles [ACS] têm a obrigação de fazer pelo menos uma visita no mês. (E1, E2) A obrigação da gente [profissional] é orientar. Orientar a forma correta do cuidado, e não a gente ter a prática de um banho, de dar a medicação. (E2) Saber respeitar os limites na medida do possível, monitorar de forma em que eles não se sintam impotentes e impor limites quando necessário. (A1, A2, A6, A8, A10) Esclarecer dúvidas. (A1, A2, A6, A8) O enfermeiro não está conseguindo dar conta da demanda porque hoje em dia ele tem um número de hipertensos imenso, de diabético, de gestantes, de pré-natal, de preventivo e de CD [crescimento e desenvolvimento infantil]. Às vezes, ele tem que priorizar dois, três agentes para fazer as visitas. (A3) Ele não está achando tempo para se deslocar da unidade, então, se a gente analisar a visita domiciliar está pequena, porque a demanda com os idosos está sendo muito grande. (A3)

Os ACS explicitaram que não conseguem identificar sua função junto às famílias, e que se sentem impotentes em alguns domicílios durante as visitas aos idosos. Ao mesmo tempo, queixam de que suas orientações não estão tendo efeito positivo, o que gera dúvidas quanto ao sucesso de seu trabalho. Relataram resistências ao processo de orientação em relação aos hábitos dos cuidadores, exceto o cuidado com a medicação. O enfermeiro expressou a necessidade de manter a orientação permanente sobre a medicação dos idosos.

A gente fica tipo assim, parece que meu trabalho está sendo em vão. (A5) Orientação está tomando, (A4, A10) tanto do ambiente, quanto do físico, da atenção. (A10) A gente passa a orientação, mas não tem retorno. (A10) Tem

casas que a gente se sente impotente. A gente fala assim, qual é o meu papel aqui? Eu não estou conseguindo identificar o que eu trouxe? (A4) Eles [cuidadores] não pedem para ensinar cuidar, porque acham que sabem, toda vida fizeram aquele hábito e acha que é correto. (A6) Em relação a medicação, sempre me pedem [orientação], é tanto que explico. Tem um mesmo que é deficiente, mudo e surdo, todo mês que eu vou [domicílio] está toda embaralhada [a medicação]. É uma loucura. (A10) É ter cuidado com a medicação do idoso. Ah, mas ele está cansado de saber que ele toma remédio, não importa. (E1) Mas tem coisas que não é da nossa alçada. Eu posso orientar, mas não posso fazer. (A10) Daí a gente não pode mudar. A gente quer mudar, mas infelizmente, é a realidade. Muitos resistem. (A10)

Subcategoria III - As responsabilidades de cuidadores familiares pelo cuidado do idoso dependente no domicílio

Os cuidadores expressaram que cuidavam integralmente e diariamente dos idosos dependentes no domicílio, consideram esta tarefa de grande responsabilidade e fundamentam o ato de cuidar em aspectos religiosos e morais. Eles revelaram que o cuidado prestado é expressão de amor, paciência e aprendizado adquirido na família, mas desconhecem alguns aspectos do cuidado ao idoso, e fundamentam esse cuidado. Entre eles, a fé, confiança em Deus, paciência e esperança são valores que expressaram satisfação em cuidar. A expectativa é que irão cuidar até que ocorra a morte do cuidador, ou da pessoa cuidada. Outra expectativa é de ser cuidado quando se tornar idoso. Para eles, cuidar é difícil por ter que conciliar os cuidados pessoais com os do idoso dependente e a manutenção da casa.

Tudo dele [idoso] é comigo. (C16) Tudo é dado no tempo, para dar o banho, escovar os dentes, vestir a roupa, a merenda, o almoço, (C4, C9) a água, o chá, levar no banheiro, fazer exercícios. (C9) Não deixamos passar a hora de nada. (C5) Estamos lá na correria. (C9, C16) É cuidar da casa, (C4) comprar as coisinhas balanceadas. (C18) É uma responsabilidade muito grande. (C5) Se a gente cuida, é por amor. Tem que ter paciência, (C4, C5, C9, C16) para cuidar do jeito que sabemos, que aprendemos. Porque fazemos do nosso jeito, mas tem muitas coisas com o idoso que a gente não tem o entendimento. (C16) Tem que ter muita fé, muita confiança em Deus para

poder cuidar, porque não é fácil. (C5) É muito difícil. (C5, C9) Deus dá muita paciência para a gente, que a gente vence. (C16) Graças a Deus cuído dele satisfeita. (C9) Cuidar até quando Deus chamar eu ou ele. (C9) E seja o que Deus quiser (C9, C16). Estou cuidando do modo que posso. (C10) Tem que cuidar direitinho, a gente também vai ficar velho. (C4)

Discussão

As informações sociodemográficas dos participantes do estudo demonstraram semelhanças aos de outros quanto às características do enfermeiro,¹³ ACS¹⁴ e cuidadores familiares⁹ serem do sexo feminino, com predomínio do cuidado ao idoso ser de atribuição da mulher. Assim como há déficit e/ou inexistência de capacitação e/ou orientações sobre cuidados aos idosos.^{1,10}

Neste estudo, o uso da configuração triádica, fundamentada no referencial teórico humanista-existencial-personalista¹² possibilitou a compreensão das responsabilidades dos participantes pelo cuidado do idoso dependente ancorada em aspectos moral, ético, jurídico, deontológico, diretrizes e regulamentações das profissões. Como visto, em algumas situações, houve particularidades de cada participante, em outras, convergências, a exemplo, de quem são os responsáveis por esse cuidado no domicílio.

No Brasil, as normativas de atenção ao idoso explicitam os responsáveis por seu cuidado. A CF estabelece que “[...] os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”.^{7:102} Embora, muitas vezes, isso não tem acontecido na prática.

É descrito na CF do Brasil⁷ e no Estatuto do Idoso⁸ que é dever da família, da sociedade e do Estado amparar os idosos, assegurar seus direitos de cidadania e estimular sua permanência na comunidade junto à família, com participação social ativa, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. Ainda, é explicitado a obrigação desses responsáveis assegurarem aos idosos, com prioridade, a efetivação do direito à saúde, alimentação, educação, cultura, lazer, cidadania, liberdade, dignidade e respeito.⁸ Há compreensão entre os participantes deste estudo sobre quem são os responsáveis pelo cuidado do idoso dependente, de forma hierárquica, como

expresso nas normativas brasileiras supracitadas, sendo salientado, por eles, seu fundamento somente no Estatuto do Idoso, o que demonstra déficit de conhecimentos destes.

Os cuidadores informais, como o familiar, são pessoas fundamentais na manutenção e garantia da continuidade do cuidado ao idoso dependente no domicílio, uma vez que desempenham função primordial na administração e organização do cuidado.¹⁵ Cuidar de idosos é complexo devido às mudanças e às adaptações no cotidiano de quem cuida e de quem é cuidado. Assumir tal atribuição, e, na maioria das vezes, de forma quase repentina, tem ocasionado tensão excessiva aos cuidadores.¹⁶⁻¹⁷ Isto porque, cuidar de idosos não é uma tarefa fácil; esta atividade, por vezes, vai além do desejo do familiar, e circunstâncias e/ou necessidades variadas têm influenciado a decisão da assunção pelo cuidado do idoso dependente.

Estudo evidencia que cuidadores familiares expressam o cuidado como tarefa difícil e complexa, particularmente, devido à inexperiência, ao despreparo, à insegurança relacionada às demandas dessa atividade, e a não ter apoio para dividir essa responsabilidade no domicílio.¹⁸ Soma-se a isso, quando o idoso necessita de cuidado ininterrupto, como em situações de dependência total, funcional e/ou cognitiva, visto exigir da pessoa que cuida paciência, amor, renúncia de desejos, dedicação, tempo disponível, auto-organização, modificações de rotinas, (re)adaptação e definição de prioridades para executar essa atividade.

Entre os motivos que levam a família a decidir cuidar do idoso dependente está a reciprocidade, ou seja, a obrigação mútua que envolve os membros para tomar conta um do outro, quando necessitar, em diferentes momentos da vida, principalmente quando o cuidador é filho.¹⁵ Essa responsabilidade moral dos familiares associa-se às relações diárias construídas com o idoso dependente.¹⁹ Constatou-se neste estudo que, embora essa responsabilidade envolva obrigações e cause implicações biopsicossociais, alguns membros cuidam satisfeitos. Esse dever tem relação com os valores, assim como os aspectos moral e ético destes.

É fato que os desafios enfrentados pela família no cuidado ao idoso são variados.²⁰

Estende-se a isso, que essa demanda tem ocasionado ao familiar desgaste emocional e/ou físico, sobrecarga de atividades e comprometimento de sua participação no mercado de trabalho.^{15,20-21} Contudo, a espera por melhoras do idoso impulsiona a continuidade dessa atividade por essas pessoas. A esperança e a espiritualidade são aspectos positivos relevantes para os cuidadores e confere sentido na vida, sendo preciso ser incentivadas por profissionais de saúde. Estas são manifestadas em fé, afeto, amor e crenças religiosas.²¹ Resultados semelhantes foram evidenciados neste estudo, no qual a responsabilização pelo idoso é sustentada no amor, no dever moral e na fé em Deus. E para cuidar, a pessoa precisa ter paciência, diante da complexidade dessa responsabilidade.

É visto que os cuidadores têm apresentado resiliência elevada,¹⁵ apesar do déficit de apoio social e das dificuldades para consegui-lo. Não obstante, eles reconhecem que precisam de apoio^{9,15} e, com isso, evitar sobrecarga e desgastes relacionados ao cuidado.^{10,15} Essa necessidade de apoio social ocorre porque há possibilidades de comprometimento da condição de saúde dos cuidadores relacionado ao cuidado do idoso dependente.

Quanto ao apoio formal, é necessário ampliar as visitas domiciliares às pessoas que cuidam.⁹ O enfermeiro, ao realizar assistência domiciliar, educação em saúde e consulta periódica aos idosos, favorece a diminuição da sobrecarga de cuidado e melhoria da qualidade de vida (QV) dos cuidadores.¹⁷ É sabido que a prática educativa é promissora, e pode ser realizada pelos membros da equipe de saúde da ESF, como enfermeiros e ACS. Como visto neste estudo, as PES influenciaram na qualidade do cuidado ofertado ao idoso, minimizando a insegurança e sanando dúvidas dos familiares, assim como reafirmam a responsabilidade para com as ações de promoção da saúde.

Os profissionais da ABS apontam o que consideram necessário para cuidarem dos idosos dependentes.²²⁻²³ Para eles, é preciso articulações interdisciplinares e multiprofissionais para criar uma rede de cuidado mais eficiente, contratar profissionais e especialistas para fortalecer a

assistência na ESF, realizar acolhimento, capacitação e práticas educativas para equipe e cuidadores, e visitas domiciliares.²³ Acrescidos, os de ensino superior, como enfermeiro, enfatizaram a relevância do conhecimento para garantir a resolutividade das demandas em nível local. Os ACS citaram o carinho e a escuta. E todos destacam a necessidade de ter paciência com essas pessoas.²² Esses resultados se assemelham aos deste estudo quanto a necessidade de ter paciência para lidar com os idosos.

A paciência, como atributo do cuidador, é fundamental, sobretudo, porque ele cuida do idoso dependente da forma que aprendeu na prática cotidiana, sem orientações dos profissionais de saúde. São atribuições do enfermeiro na ABS a participação no planejamento, gerenciamento e avaliação das ações realizadas pelos ACS juntamente da família, assim como contribuição, participação e desenvolvimento de atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e de outros membros da equipe, como dos ACS.²⁴

Há incipiência de conhecimentos de aspectos gerontogeriátricos e desprovimento de capacitação de profissionais da ESF na perspectiva da atenção à saúde do idoso.^{19,22,25-26} Esse despreparo é apontado como lacunas na formação e/ou inexistência de educação nos serviços de saúde, o que contribui para que a assistência desses profissionais distancie dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que orientam a ESF. Destarte, é preciso investir na formação permanente de profissionais, como enfermeiros e ACS, que sejam capazes de cuidar dos idosos, sobretudo, os dependentes, assim como melhorar a formação e orientação do cuidador familiar.^{19,27} Esses resultados estão em concordância com os evidenciados nesta investigação, o qual ratifica a necessidade de investir na qualificação dos enfermeiros, ACS e cuidadores familiares, voltada para a atenção aos idosos, com o propósito de melhorar a qualidade do cuidado desse segmento populacional.

O despreparo e a insegurança de enfermeiros para assistir os idosos na atenção primária à saúde têm relação com a formação profissional, o que dificulta prestar cuidado integral, visto que as

experiências acadêmicas foram pontuais e direcionadas à doença. Posto isto, pensar na formação destes na perspectiva da integralidade do cuidado ao idoso é desafiador e necessário.²⁵ Todavia, a ampliação de conhecimentos no contexto do envelhecimento favorece o planejamento e a implementação de ações direcionadas às necessidades e singularidades dos idosos.¹⁹ Esse despreparo relacionado com os aspectos gerontológicos é frequente entre enfermeiros que atuam na ESF e que assistem idosos também no domicílio, como demonstrado nesse estudo.

A visita domiciliar é realizada por diferentes profissionais de saúde e pode configurar-se como estratégia de trabalho potente.²⁸ Esta prática favorece maior aproximação de enfermeiros e ACS, com usuários dos serviços de saúde e a realidade das famílias, assim como propicia maior compreensão do processo de saúde/doença/cuidado da população e contribui para a identificação de suas necessidades de saúde.^{13,28} Destarte, tem ocorrido de forma insuficiente, especialmente por conta da sobrecarga de trabalho desses profissionais na ESF relacionada às demandas da população de seus serviços, que consomem parte significativa do tempo e, por conseguinte, influenciam no deslocamento destes para a realização das visitas.¹³

A visita domiciliar é vista por idosos, cuidadores e familiares como relevante para atender suas demandas e, quando regulares, melhora o bem-estar dos envolvidos, o vínculo e o acolhimento na produção do cuidado.²⁰ Nesse espaço de produção de cuidado, o enfermeiro desempenha função essencial de educação em saúde às pessoas dependentes e seus cuidadores.¹⁰ À vista disto, esta prática deve ser periódica e realizada pela equipe de saúde da ESF e, em particular, quando há situações de dependência na família.

Os enfermeiros e ACS priorizam as visitas domiciliares programadas às pessoas acamadas, ou que tenham dificuldades de se locomover até a ESF.¹³ Tal achado assemelha-se, ao verificar déficit de visitas domiciliares por parte dos enfermeiros aos idosos, o que fomenta a necessidade de ampliar esse tipo de assistência a essas pessoas dependentes.

Ao adentrar aos domicílios, os profissionais deparam-se com algumas surpresas e

incertezas.¹⁴ Os ACS têm função indispensável nas visitas das famílias com idosos, e se constituem mediadores e elo na integração da comunidade com os serviços de saúde.^{4,14,22} Todavia, é preciso verificar se a visita domiciliar dos ACS tem servido como estratégia de cuidado para os idosos frágeis, no que consiste tal ocupação e se esses profissionais se reconhecem como agentes dessa responsabilidade às famílias no âmbito da ESF.¹⁴

Estudo aponta que as visitas domiciliares se constituíram a principal atividade dos ACS. Contudo, a idealização de suas competências e o lugar que ocupam na equipe têm gerado sentimento de impotência e limitação diante dos desafios que se deparam na atenção das famílias.⁴ Nesse contexto, para que sua atuação na ESF seja efetiva, é indispensável integrá-los na equipe, apoiar suas ações e investir em sua capacitação e educação permanente.^{14,22} Isso, favorece a melhoria do cuidado aos idosos que apresentam comprometimento da funcionalidade e contribui para que as visitas domiciliares às famílias funcionem como estratégia para reorientação do atual modelo de atenção à saúde.¹⁴

Os ACS têm função social importante quando os idosos não contam com o apoio de familiares, a família não pode ou não quer assumir o cuidado. Em alguns casos, eles são a única referência de cuidado.^{22,26} Além do apoio formal, o apoio informal, como de vizinhos, é fundamental na atenção à saúde dessas pessoas, haja vista estes serem parceiros no cuidado e, sobretudo, em situações em que o idoso não conta com o apoio familiar.²⁰

Para as pessoas idosas e suas famílias, os enfermeiros no serviço de saúde e no domicílio têm desenvolvido ações educativas. Na consulta de enfermagem, este profissional deve favorecer a aproximação do idoso com as práticas de cuidado e considerar os aspectos da avaliação multidimensional como o ambiente, o risco de quedas e a relação familiar.²⁹ Além disso, orientar os idosos e/ou seus cuidadores sobre alimentação saudável, (auto)cuidado, autonomia, mudanças de estilo de vida, sociabilização com pessoas de outras gerações.

Os enfermeiros e ACS deste estudo destacaram a orientação como uma de suas

responsabilidades e uma demanda dos cuidadores. Alguns ACS sentem-se impotentes ao realizarem visitas domiciliares, por não observarem mudanças no cotidiano de cuidado das famílias após orientações, e questionam suas atribuições junto às mesmas. Eles acreditam na resistência relacionada ao modo em que aprenderam a cuidar, na prática diária e sem orientações dos profissionais de saúde. O enfermeiro reconhece a importância de manter a orientação permanente aos cuidadores. Essa impotência e a não modificação na forma do cuidado visto, pode ter relação com a inexistência de orientações recebidas por parte dos cuidadores, logo, cuidam sem considerar as especificidades do idoso.

Entre as dificuldades para a realização do cuidado ao idoso, estão a inexistência de ações específicas,^{25,30} ações restritas, acessibilidade, desenvolvimento insuficiente da intersetorialidade e despreparo na formação profissional.³⁰ Na ESF, a assistência ao idoso não é diferenciada à do adulto, mesmo com demandas e particularidades biopsicossociais diferentes. Logo, é relevante romper com o modelo único para atendimento à população, que limita a assistência conforme as necessidades do sistema e não da pessoa.²⁶ Para tanto, os serviços de atenção primária à saúde precisam se organizar para ofertar assistência integral aos idosos de acordo suas necessidades.²⁰

Fica evidente a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, com o propósito de fortalecer as ações da ESF,^{22,29-30} e, a EPS torna-se importante para a qualificação na área de saúde do idoso, de forma a atender às necessidades dessa população e das demais faixas etárias em processo de envelhecimento.²⁹⁻³⁰ Assim, é preciso repensar a formação da equipe multiprofissional na graduação, pós-graduação e nos serviços de saúde para atender as demandas da transição, conforme o perfil demográfico e epidemiológico.³⁰ Além disso, deve realizar educação em saúde aos cuidadores familiares. Essa demanda de PES evidenciada, ao ser implementada, pode influenciar positivamente na qualidade dos cuidados prestados aos idosos dependentes, no empoderamento, na autonomia e nas práticas de (auto)cuidado das pessoas.

Apontam-se como limitações deste estudo o intervalo de tempo entre os encontros e a

quantidade de momentos para a realização das PES. Sua ampliação poderia favorecer maior adesão dos participantes e, paralelamente, desdobramentos variados sobre a compreensão das responsabilidades pelo cuidado do idoso dependente. Por esta razão, recomenda-se que futuras pesquisas sejam desenvolvidas em longo prazo com intervenções educativas periódicas aos enfermeiros, ACS e cuidadores familiares, considerando o tempo e o intervalo das PES.

Conclusão

Os achados evidenciaram que os profissionais vinculados às ESF cuidam dos idosos sem considerar as especificidades da faixa etária, e os cuidadores, como aprenderam na experiência com a situação, tendo relação com a incipiência de conhecimentos de aspectos gerontogerítricos. Logo, há necessidade de capacitá-los, sendo as PES essenciais - a educação permanente em saúde para os enfermeiros e ACS e a educação em saúde para os cuidadores familiares.

Há compreensão de que a família, a sociedade e o Estado são responsáveis pelo cuidado do idoso. Entre as responsabilidades dos enfermeiros, está a visita domiciliar que, por sua vez, encontra-se limitada diante das demandas deste profissional na ESF. Os ACS, ao se depararem com as singularidades das famílias, em algumas situações, questionam suas responsabilidades e as implicações destas no cotidiano das pessoas, como ao orientar as famílias e não observarem modificações no cuidado ao idoso dependente.

Entre os cuidadores familiares, a assunção pelo cuidado dos idosos ocorre devido às relações construídas no curso da vida, mesmo este lhe exigindo muita responsabilidade. A fé, confiança, paciência, esperança e expectativa de ser cuidada são valores que expressam a satisfação de cuidar, inclusive quando não há compartilhamento e este ocasiona implicações biopsicossociais.

A enfermagem precisa ampliar os conhecimentos gerontogerítricos desde a graduação. E, como evidenciado, os enfermeiros reconhecerem a incipiência destes conhecimentos para atender as demandas dos idosos, como em situação de dependência e, muitas vezes, tomam decisões

relacionadas à saúde do idoso sem considerar suas especificidades, o que reforça a necessidade e relevância de práticas educativas em saúde no contexto da atenção primária à saúde com a finalidade de qualificar o cuidado. Os enfermeiros, com esse conhecimento adquirido, podem capacitar os integrantes de sua equipe como técnicos de enfermagem e ACS, bem como os cuidadores familiares que assumem a responsabilidade pelo cuidado diário dos idosos dependentes no domicílio.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. 2006 [acesso 2019 fev 18]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_2528.pdf
2. Bagnato MHS, Renovato RD. Práticas educativas em saúde: um território de saber, poder e produção de identidades. In: Deitos RA, Rodrigues RM, organizadores. Estado, desenvolvimento, democracia & políticas sociais. Cascavel: Edunioeste; 2006. p.87-104.
3. Lopes EM, Anjos SJSB, Pinheiro AKB. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(2):273-7.
4. Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):231-40. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100026>
5. Faller JW, Zilly A, Alvarez AM, Marcon SS. Filial care and the relationship with the elderly in families of different nationalities. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(1):22-30. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0050>
6. Fernández MB, Herrera MS. El efecto del cuidado informal en la salud de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes en Chile. *Rev Méd Chile*. 2020;148(1):30-6. doi: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000100030>
7. BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Capítulo VII - Da família, da criança, do adolescente, do jovem e do idoso. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 25 fev. 2019.
8. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 07 dez. 2019.
9. Flores González E, Seguel Palma F. Functional social support in family caregivers of elderly adults with severe dependence. *Invest Educ Enferm*. 2016;34(1):68-73. doi:

<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a08>

10. Day CB, Bierhals CCBK, Santos NO, Mocellin D, Predebon ML, Dal Pizzol FLF, et al. Nursing home care educational intervention for family caregivers of older adults post stroke (SHARE): study protocol for a randomised trial. *Trials*. 2018;19(96):2-9. doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2454-5>
11. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):103-12. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>
12. Vietta EP. Configuração triádica, humanista-existencial-personalista: uma abordagem teórica - metodológica de aplicação nas pesquisas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 1995 [acesso 2018 dez 22];3(1):31-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v3n1/v3n1a04.pdf>
13. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletrônica Enferm*. 2014;6(1):161-9. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>
14. Magalhães KA, Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. A visita domiciliária do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(12):3787-96. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.07622014>
15. Willemse E, Anthierens S, Farfan-Portet MI, Schmitz O, Macq J, Bastiaens H, et al. Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(270):2-10. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1487-2>
16. Nunes DP, Brito TRP, Duarte YAO, Lebrão ML. Caregivers of elderly and excessive tension associated to care: evidence of the Sabe Study. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;21(Suppl 2):e180020. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2>
17. Ugur HG, Erci B. The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life. *Acta Clin Croat*. 2019;58(2):321-32. doi: <https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.02.16>
18. Silva MS, Beuter M, Benetti ERR, Bruinsma JL, Donati L, Girardon-Perlini NMO. Situações vivenciadas por cuidadores familiares de idosos na atenção domiciliar. *Rev Enferm UFSM*. 2019;9(e10):1-21. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769232528>
19. Anjos KF, Boery RNSO, Bacelar K, Rosa DOS. Responsibilities for the care with the dependent elderly in the household. *Rev Baiana Enferm*. 2020;34:e34893. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34893>
20. Schenker M, Costa DH. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(4):1369-80.

doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>

21. Souza EN, Oliveira NA, Luchesi BM, Gratão ACM, Orlandi FS, Pavarini SCI. Relationship between hope and spirituality of elderly caregivers. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(3):e6780015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006780015>

22. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(4):779-86. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400017>

23. Silva RM, Brasil CCP, Bezerra IC, Figueiredo MLF, Santos MCL, Gonçalves JL, et al. Desafios e possibilidades dos profissionais de saúde no cuidado ao idoso dependente. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2021;26(1):89-98. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.31972020>

24. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 fev. 2021.

25. Melo POC, Rozendo CA, Sobral JPCP, Brito FMM. Formação para atuar com a pessoa idosa: percepção de enfermeiras da atenção primária à saúde. *Enferm Foco [Internet].* 2019 [acesso 2020 jul 14];10(2):103-9. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1948/529>

26. Coelho LP, Mota LB, Caldas CP. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. *Physis (Rio J).* 2018;28(4):e280404. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280404>

27. Minayo MCS. The imperative of caring for the dependent elderly person. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019;24(1):247-52. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.29912018>

28. Rocha KB, Conz J, Barcinski M, Paiva D, Pizzinato A. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psicol Saúde Doenças.* 2017;18(1): 170-85. doi: <https://doi.org/10.15309/17psd180115>

29. Costa JB, Furtado LGS, Girard CCP. Saberes e práticas do enfermeiro na consulta com o idoso na estratégia saúde da família. *Rev Atenção Saúde.* 2019; 17(62):24-30. doi: <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n62.6182>

30. Damaceno MJCF, Chirelli MQ. The Implementation of senior health care in the family health strategy: the view of professionals and managers. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(5):1637-46. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04342019>

Editora Científica Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editora Associada: Silviamar Camponogara

Fomento / Agradecimento: Não se aplica (Doutoranda foi Bolsista Capes no período).

Autor correspondente

Karla Ferraz dos Anjos

E-mail: karla.ferraz@hotmail.com

Endereço: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem.
Rua Basílio da Gama S/N, 7º andar Bairro: Canela. Salvador Bahia.

CEP: 40110-907.

Contribuições de Autoria

1 – Karla Ferraz dos Anjos

Concepção ou desenho do estudo/pesquisa; análise e/ou interpretação dos dados; revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

2 – Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Análise e/ou interpretação dos dados; revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

3 – Tânia Maria de Oliva Menezes

Análise e/ou interpretação dos dados; revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

4 – Maria do Rosário de Menezes

Análise e/ou interpretação dos dados; revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

5 – Vanessa Cruz Santos

Análise e/ou interpretação dos dados; revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

6 – Darci de Oliveira Santa Rosa

Concepção ou desenho do estudo/pesquisa; análise e/ou interpretação dos dados; revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

Como citar este artigo

Anjos KF, Boery RNSO, Menezes TMO, Menezes MR, Santos VC, Rosa DOS. Práticas educativas em saúde sobre responsabilidades pelo cuidado do idoso dependente. Rev. Enferm. UFSM. 2021 [Acesso em: Anos Mês Dia]; vol.11 e36: 1-26. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769248228>