



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Marília



CULTURA  
ACADÊMICA  
*Editora*

# A importância dos direitos humanos na compreensão e análise dos sentimentos do potencial cuidador do idoso dependente pós alta hospitalar

Sônia Aparecida Custódio  
Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Dátilo  
Antonio Carlos Siqueira Junior  
Vanessa Baliego de Andrade Barbosa  
Pedro Marco Karan Barbosa

**Como citar:** CUSTÓDIO, S. A. *et al.* A importância dos direitos humanos na compreensão e análise dos sentimentos do potencial cuidador do idoso dependente pós alta hospitalar. *In:* BRABO, T. S. A. M. (org.). **Democracia, Direitos Humanos e Educação.** Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2019. p. 125-150.  
DOI: <https://doi.org/10.36311/2019.978-85-7249-028-3.p125-150>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

A IMPORTÂNCIA DOS DIREITOS HUMANOS NA  
COMPREENSÃO E ANÁLISE DOS SENTIMENTOS DO  
POTENCIAL CUIDADOR DO IDOSO DEPENDENTE  
PÓS ALTA HOSPITALAR<sup>1</sup>

*Sônia Aparecida Custódio*

*Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Dátilo*

*Antonio Carlos Siqueira Junior*

*Vanessa Baliengo de Andrade Barbosa*

*Pedro Marco Karan Barbosa*

## 1 – INTRODUÇÃO

Há previsão, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1994), de que o Brasil, até o ano de 2025, será o sexto país do mundo em número de idosos. Sabe-se que ainda é grande a desinformação sobre a

---

<sup>1</sup> Versão revista e atualizada da dissertação de mestrado “Sentimentos do potencial cuidador na iminência da alta hospitalar do idoso dependente”.

<https://doi.org/10.36311/2019.978-85-7249-028-3.p125-150>

saúde da pessoa idosa, as particularidades e os desafios do envelhecimento populacional para saúde pública em nosso contexto social.

As políticas públicas voltadas para a pessoa idosa trazem consigo a ideia de compartilhamento de responsabilidades com o envolvimento da família, da sociedade, da comunidade e do Estado. Em relação à família, essa responsabilidade é assumida pelo cuidador familiar que assume sozinho na tarefa de cuidar do idoso dependente.

Ao iniciar este estudo deve-se ressaltar que o processo de envelhecimento, em particular, necessita de um olhar mais apurado do poder público, para que a velhice possa ser vivenciada de forma digna, saudável e com pleno gozo de direitos e garantias civis, políticas e sociais. De fato os idosos encontram-se positivados pelas leis, entretanto enfrentam dificuldades em sua efetivação. Nesse sentido, é necessário o entendimento da pessoa idosa, como sujeito de direitos com necessidade de atenção especial, tendo em vista as previsões de crescimento desta parcela da população (FERREIRA; TEIXEIRA, 2014).

Algumas reflexões iniciais nos levam a acreditar que a Educação em Direitos Humanos trata-se do ensino de valores, que são necessariamente aprendidos e apreendidos nas experiências da vida, nas relações que ocorrem em todos os espaços sociais: família, grupos religiosos, mídia, escolas e etc. (CUSTÓDIO; OLIVEIRA, 2016).

É extremamente necessária à reflexão dos direitos que os idosos possuem, por conta da atual situação em que nos encontramos, seja pelo fato de todos, de alguma maneira convivemos com pessoas de idade avançada, seja na família ou na sociedade em geral e pelo fato que um dia seremos idosos. Acreditamos que a partir do momento, em que se tem conhecimento de seus direitos e deveres, o convívio se torna mais harmonioso, tendo em vista que a pessoa idosa necessita de um tratamento diferenciado, principalmente, se for acometida por doenças crônico-degenerativas, que limitam física e psiquicamente, chegando ao ponto de necessitar de cuidadores. A saúde é um direito humano fundamental, além de direito social, assim é um tema que se encontra intimamente ligado ao direito à vida, para ser usufruída com dignidade,

conforme preceitua a Constituição Brasileira de 1988 (CUSTÓDIO; OLIVEIRA, 2016).

No artigo 16 do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003, p. 1): “Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico”. Em segundo lugar, é preciso explicitar o que é ser cuidador de idosos, ressaltando que, na literatura, há diferentes conceitos. No presente estudo, será adotado o seguinte: cuidador é aquele que dá um suporte ao idoso, podendo ser classificado em formal – para o profissional contratado e informal – para os familiares, amigos e voluntários que prestam o cuidado não remunerado.

Independente dessa classificação verifica-se que há uma responsabilidade legal das pessoas, bem como o surgimento de um novo papel social – o cuidador informal de idosos – o qual, por vezes, acaba sendo destinado a esse trabalho em vez de ter escolhido e decidido. Essa função acaba, por vezes, sendo resultado de obrigação moral e acordos verbais entre familiares, sobrecarregando uma pessoa, gerando estresse, isolamento social, sobrecarga de funções e, ainda, solidão desencadeando problemas de saúde do próprio cuidador. Isso nos remete a pensar: Onde ficam os direitos humanos dos cuidadores informal, uma vez que estes estão invisíveis.

A pesar de o próprio Estatuto do Idoso preconizar que o hospital deve oferecer condições adequadas para a permanência do acompanhante (entenda este como futuro cuidador), sabe-se que, na realidade, nem todos os hospitais oferecem essas condições.

De qualquer forma, é certo que a família desempenha um papel importante frente à doença em pacientes idosos. Quando ela responde de forma adequada e positiva às mudanças impostas pela doença, há chances de o impacto ser menor. Nessas circunstâncias, os familiares passam a colaborar com o indivíduo doente para que enfrente as mudanças ocorridas em sua rotina de vida e as limitações advindas do próprio estado de saúde. Contrariamente, quando as famílias respondem de forma inadequada, pode surgir a confusão de papéis, ocorrendo atritos e sentimentos de iso-

lamento, que influem sensivelmente nos processos de ajuda e cuidado ao indivíduo hospitalizado (PENA; DIOGO, 2005, p. 668).

Quando alguém se depara com o papel de cuidador em sua vida, experimenta mudanças e desafios. Essa realidade deveria servir de alerta para o fortalecimento e a efetivação de políticas públicas voltadas para os idosos, alcançando não somente uma parcela deste segmento, mas um coletivo que necessita de informações, orientação e ação para fazer com que a nova situação, seja uma realidade vivenciada com menos sofrimento.

A Política Nacional do Idoso – PNI (BRASIL, 1994, p. 77) recomenda “apoio ao desenvolvimento de cuidadores informais”, ou seja, que os cuidadores informais recebam cuidados especiais, considerando que a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica risco de ao cuidar se tornar doente e igualmente dependente. Fica clara, então, a importância de se fazer alguma intervenção para que o cuidador de idoso não venha também a adoecer.

Conviver com uma pessoa idosa e dependente, como é o caso do cuidador, exige uma série de aprendizagens e adaptações, que vão para além do atendimento fragmentado oferecido hoje pelos serviços de saúde. Deve-se considerar o saber popular e o científico, que, associados, podem estabelecer uma nova relação de conhecimento para auxílio ao idoso dependente, possibilitando tomadas de decisão que contemplem o atendimento à necessidade de saúde apontada para a demanda do idoso e de seu cuidador (BOHM; CARLOS, 2010, p. 212).

Considerando que estamos envelhecendo, objetivamos estabelecer a importância dos direitos humanos na compreensão e análise dos sentimentos dos acompanhantes de idosos dependentes internados ao se tornarem um potencial cuidador após a alta hospitalar de seu familiar idoso.

## **1.1 – O ENVELHECIMENTO E AS POLÍTICAS DE PÚBLICAS DE SAÚDE**

A Constituição brasileira de 1988 considera responsabilidade da família, da sociedade e do Estado o suporte ao idoso, além do fornecimento de subsídios que garantam sua participação na comunidade, à defesa

de sua dignidade e bem-estar e a garantia do direito à vida. Novas leis e medidas foram empreendidas pelo Estado com o objetivo de proteger a pessoa idosa contra a discriminação, a violência e promover sua saúde e longevidade (MOREIRA; CALDAS 2007).

Nos anos 80, durante o processo de reformulação do Sistema Único de Saúde (SUS), inicia-se a expansão dos programas relativos à saúde dos idosos com o intuito de se trabalhar prevenção e promoção da Saúde. A organização do trabalho é, porém, centrado no atendimento médico, individual, curativo e direcionado às doenças crônico-degenerativas (MOREIRA; CALDAS 2007).

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo, que incorpora em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde.

O modelo de atenção voltado para o atendimento das condições agudas não responde, de forma definitiva, a uma situação epidemiológica marcada pelo predomínio relativo das doenças crônicas (MOREIRA; CALDAS, 2007).

Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, é criado, em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial. Imprimindo uma nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, tende a humanizar esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade. Atualmente não se denomina como programa e, sim, como Estratégia Saúde da Família (ESF).

A partir da regulamentação do SUS e de outras demandas dessa população que envelhece e que precisavam ser respondidas, em 1994, foi promulgada e, em 1996 regulamentada a Política Nacional do Idoso (PNI), com o objetivo de assegurar aos idosos os direitos sociais, de criar

condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Além disso, a PNI reafirma seu direito à saúde, em todos os níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), implementada em 2006, a qual determina que os órgãos e as entidades do Ministério da Saúde, relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Essa política assume o principal problema que pode afetar o idoso, a perda da sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 2006).

Vale considerar que as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) envolvem as situações relacionadas ao autocuidado, como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se, manter controle sobre suas eliminações. As Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive e inclui a capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar de casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças, tomar seus medicamentos (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, pela Portaria nº 702/SAS/MS, tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte da operacionalização das redes, no ano 2002, através da portaria 249/SAS/MS, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2002).

Em 2003, é sancionado o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades que defendem os interesses dos idosos. O Estatuto amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto refere-se ao papel do SUS na garantia

da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral e em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2003).

Embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família, que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social, e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram necessária a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

Em 2006, por meio da Portaria 399/GM, foi publicado o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, que contempla o Pacto pela Vida. Nesse documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso. A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para todos os idosos, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem estar (BRASIL, 2006).

## **1.2 – A NÃO EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DOS IDOSOS E DE SEUS CUIDADORES**

O tema, direitos humanos da pessoa idosa, merece uma reflexão que se faz extremamente necessária pela situação em que todos nos encontramos, ou seja, pelo fato de que todos convivemos com pessoas idosas seja na família ou na sociedade em geral e que um dia todos serão idosos se vivermos até a terceira idade.

Acreditamos, que a partir do momento em que conhecemos os nossos direitos, a convivência poderá se torna mais harmoniosa, se levarmos em conta que a pessoa idosa necessita de um tratamento diferenciado,

principalmente se já tiver instalado em seu organismo alguma doença crônico-degenerativa, que deixa limitações físicas e psíquicas.

Hoje em dia são prezados valores, como o individualismo, o imediatismo e, sobretudo, a capacidade funcional do corpo, é preciso que a problemática do envelhecimento esteja cada vez mais presente nas discussões acerca dos direitos do homem e do cidadão. Da mesma forma, a efetivação dos direitos da pessoa idosa, se faz importante, para além do normativo, pois somente esses direitos escritos na letra morta da lei, através da Constituição Federal, Política Nacional do Idoso, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e do Estatuto do Idoso, não assegura, de imediato, uma velhice tranquila, vinculada à melhoria das condições de vida e saúde (FERREIRA; TEIXEIRA, 2014).

Os direitos humanos têm dois documentos, que são considerados importantes: a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789) e a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). Esses documentos são de grande relevância na tentativa de universalização dos direitos, mas conquistá-los representa um processo de muita luta. Além disso, o *status* de cidadão, paulatinamente foi configurando os indivíduos como portadores de direitos e não apenas de deveres (FERREIRA; TEIXEIRA, 2014).

A necessidade urgente de proteção dos direitos, para sua efetivação, atinge todo rol de direitos fundamentais aos indivíduos, mas principalmente, os direitos sociais, que necessita de um aparato estatal que os regule, controle e proteja. Essa tarefa se torna mais difícil nos dias atuais, num mundo globalizado e administrado em grande parte pela política neoliberal, que prega um estado mínimo para sociedade civil, e a maximização para influencia do capital/mercado (FERREIRA; TEIXEIRA, 2014).

Os idosos que pertencem a uma faixa etária de maior fragilização necessitam de cuidados e atenção diferenciada, tendo em vista o desgaste natural que o corpo sofre à medida que vamos ficando mais velhos, variando entre os indivíduos de acordo com as condições de vida, contexto social e conforme a genética de cada um. Neste momento de maior precisão é que as políticas sociais tendem a ser menos universalizantes e mais seletivas (BEAUVOIR, 1990).

Apesar das dificuldades com relação a não efetivação dos direitos, podemos dizer que as legislações como Política Nacional do Idoso, O Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde do Idoso, representa um grande avanço, no sentido de seu reconhecimento, mas é necessário se concretizar. Mas numa época como esta de “menos Estado e mais mercado”, apresentado como proposta de inovação para resolução da crise do Estado, os desafios se tornam ainda, imensos (FERREIRA; TEIXEIRA, 2014).

Interessante notar, que os direitos humanos para pessoa idosa, interessam a todos, uma vez que pressupomos que envelheceremos. É uma luta que toda sociedade deve se inserir, principalmente pelo fato do idoso estar privatizado para família. Em seu artigo 3º, a Política Nacional do Idoso (PNI), afirma que “[...] a família, a sociedade, o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida” (BRASIL, 1994). Nesse sentido, a PNI reafirma direitos garantidos constitucionalmente, mas aponta “a participação da sociedade civil como espaço de efetivação de serviços e proteção social, podemos considerar o mercado, em especial, a modalidade não mercantil, como a família, e aqui se inclui o cuidador” (TEIXEIRA, 2008, p. 279).

## 2 – MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa que utiliza as abordagens do método qualitativo. Minayo, ao descrever o método qualitativo, refere que ele se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2013, p. 57).

Ressalta-se a importância da objetivação, isto é, do processo de investigação que reconhece a complexidade do objeto das ciências sociais, teoriza, revê criticamente o conhecimento acumulado sobre o tema em pauta, estabelece conceitos e categorias, usa técnicas adequadas e realiza análises, ao mesmo tempo, específicas e contextualizadas (MINAYO, 2013, p 62).

Este estudo foi realizado no município de Marília (SP), com população estimada pelo IBGE, em 2013, de 228.618 habitantes (IBGE, 2013).

Foi utilizado, como campo para coleta dos dados, um hospital de ensino – Unidade I. Trata-se de um hospital que atende à alta complexidade e é referência para o atendimento de idosos, conforme portaria nº 677 de 30 de setembro de 2002 (BRASIL, 2002, p. 89). A grande maioria de pacientes está em condições críticas de saúde, com doenças crônico-degenerativas, fato que nos levou a escolher essa unidade hospitalar. Em decorrência do perfil dos pacientes, seus acompanhantes estão mais presentes durante o período de internação.

Os sujeitos deste estudo foram catorze acompanhantes com potencialidade de virem a ser o cuidador familiar e catorze idosos acometidos por patologia crônica com grau de dependência total ou parcial, que demandariam cuidados no domicílio. Considera-se dependência total, quando o idoso depende totalmente do cuidador para atender às suas necessidades de autocuidado e dependência parcial, quando necessita de ajuda para alguns cuidados ou atividades (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007, p. 321).

Para escolha dos sujeitos que comporiam a amostra, foram elencados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

#### Critérios de inclusão do paciente

- Paciente idoso internado com possibilidade de alta hospitalar;
- Ser paciente dependente de cuidados no domicílio, conforme escala de Katz et al (1963);
- Estar internado, no mínimo, há 10 dias.
- Critérios de inclusão do acompanhante
- Acompanhante aceitar participar do estudo;
- Ser acompanhante durante a internação e com possibilidade de ser o cuidador no pós-alta;
- Ter grau de parentesco com o doente;

- Acompanhante não ter limitação física e cognitiva que pudesse prejudicar a possibilidade de ser o potencial cuidador.
- Critério de exclusão do acompanhante
- Ser cuidador formal
- contratado com cursos de capacitação

Para definição do número de sujeitos a serem entrevistados, foi utilizado o critério da saturação ou de recorrência dos dados, momento esse em que a busca de novos sujeitos não acrescenta mais nenhum dado à investigação.

O instrumento de coleta dos dados foi organizado em duas partes, sendo a primeira o levantamento de dados para conhecer o perfil dos acompanhantes, identificados por idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião e grau de parentesco. Os sujeitos da pesquisa (idosos dependentes) foram identificados por idade, sexo, estado civil e tempo de internação.

A segunda parte constou de uma entrevista cuja questão norteadora: “Quais são os seus sentimentos referentes ao processo de cuidar de idosos internados após a alta hospitalar?” foi aplicada aos acompanhantes dos pacientes internados, em horário conveniente para não prejudicar a assistência ao doente. Os que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a gravação, elas foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora, levando-a a estabelecer as temáticas a serem analisadas.

Os dados qualitativos foram submetidos à técnica de análise de conteúdo de Bardin. Trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e por objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2012, p. 51).

Procedeu-se, então, à análise temática das unidades de significação identificadas na comunicação. Com essa técnica, pode-se caminhar na direção da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado (BARDIN, 2012, p. 134–5).

Essa análise de conteúdo obedeceu às seguintes etapas: Pré-análise, Exploração do Material, Tratamento dos resultados/inferências/interpretação (BARDIN, 2012, p. 125–132).

Na primeira etapa, a pré-análise, após a transcrição na íntegra das entrevistas, foi realizada uma leitura flutuante do material coletado, em que o pesquisador se envolve com as falas dos sujeitos, ultrapassando as barreiras do imaginário. Após a organização do material, verificando se respondiam ao objetivo da pesquisa, deu-se a interpretação, selecionando temáticas e conceitos teóricos para análise.

Na segunda etapa, explorou-se o material. Codificaram-se os dados brutos e, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto, criaram-se as unidades de registro com recorte das entrevistas, de acordo com as falas de maior significância no material coletado.

Nessa etapa, foram estabelecidas as temáticas que têm, como objetivo, fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos para o tema pesquisado.

Na sequência, na terceira etapa, os resultados obtidos foram tratados e interpretados a partir de inferências previstas no quadro teórico, ou abriram-se outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

Para efetivação do estudo, a pesquisa foi encaminhada ao Diretor Clínico do Hospital das Clínicas I e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos da Faculdade de Medicina de Marília, sendo aprovada pelo parecer CEP, de número 23091213.2.0000.5413.

### **3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS TEMÁTICAS**

Quanto ao perfil, os 14 acompanhantes com potencial para serem os futuros cuidadores, 13 são do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idades variando entre 32 e 68 anos. As relações de parentesco com os idosos doentes formaram um grupo distinto, sendo 8 filhas, 3 sobrinhas, 1 irmã, 1 marido e 1 esposa. Quanto à religião, 11 são católicos e 3 evangélicos. Quanto à escolaridade, há 1 analfabeta, 2 possuíam 4º ano do antigo ensino primário; 3, o ensino fundamental incompleto; 1, o ensino fundamental completo; 2, o ensino médio incompleto e 5 o ensino médio completo. Quanto ao estado civil, 7 eram casados, 1 amasiada, 4 solteiras, 1 separada e 1 divorciada.

Como se pode observar, a grande maioria das acompanhantes é casada, com grau de instrução em ensino médio, religião católica e com grau de parentesco de filhos. Esse perfil de cuidadores está em sintonia com o que se encontra na literatura, no que tange à feminização do cuidado.

Os relatos foram trabalhados à luz da pesquisa qualitativa, pela qual se buscou analisar e compreender os sentimentos dos acompanhantes. A coleta dos dados relatados permitiu a organização de três temáticas de análise, elaboradas a partir do conteúdo das entrevistas por convergência das ideias: Sentimento de solidariedade para o cuidado; Sentimento de impotência para o cuidado e Sentimento da necessidade de apoio familiar para o cuidado.

Foram expressos sentimentos diversos relatados pelos entrevistados, como amor, prazer, gratidão, falta de preparo para o cuidado, impotência, medo, recuperação da saúde, “não tem mais jeito acabou”, a importância da união familiar e um curioso sentimento de obrigação, dentre outros, o que nos possibilitou inferir as temáticas descritas acima. Passa-se à discussão, considerando as temáticas identificadas.

#### **TEMÁTICA 1: SENTIMENTO DE SOLIDARIEDADE PARA CUIDAR**

Ao iniciar a discussão da primeira temática, optamos por conceituar solidariedade e cuidar, procurando dessa forma dar sentido e

entendimento ao relatado nas descrições apontadas nos depoimentos dos entrevistados.

A princípio, busca-se conceituar solidariedade enquanto qualidade de ser solidário, laço ou vínculo recíproco de pessoas ou coisas independentes; adesão ou apoio à causa de outrem; sentido moral que vincula o indivíduo à vida, aos interesses e as responsabilidades entre pessoas unidas por interesses comuns, de maneira que cada elemento do grupo se sinta na obrigação moral de apoiar o outro, solidariedade de classe, sentimento de quem é solidário; dependência recíproca (FERREIRA, 2010, p. 1957).

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Abrange, portanto, mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2004, p. 33).

Concordamos que o cuidado é inerente ao ser humano. Esse fato talvez explique os sentimentos de solidariedade que os acompanhantes em sua maioria expressam. Há uma mistura de sentimentos positivos, conforme se pode verificar abaixo:

*E<sub>1</sub> Eu acho que o importante é ela saber que ela está sendo cuidada, que ela não tá abandonada. O primordial é isso.*

*E<sub>6</sub> Eu me sinto bem em cuidar dela, [...] fico muito feliz por estar aqui ao lado dela.*

Na família, o indivíduo constrói a sua identidade e se transforma, reconhecendo esse espaço como o seu *habitat natural*. Assim, falar de família é falar da sua importância na vida do ser humano, o que se reflete nas mudanças que ocorrem na sociedade (AUGUSTO; SILVA; VENTURA, 2009, p. 105).

Dessa forma, são encontrados múltiplos modelos de família e várias são as pessoas que dela fazem parte, desempenhando diversos papéis. Mais do que garantir os direitos, conforme preconiza o Estatuto do Idoso, o papel da família tem sido de fundamental importância quando se observa o contexto no qual está inserido o idoso na saúde pública e, ainda

mais, quando ele se torna dependente de cuidados (AUGUSTO; SILVA; VENTURA, 2009, p. 105).

Muitas vezes, as filhas assumem o papel de cuidadoras por não haver outra pessoa que aceite esse papel. No caso, parece haver um sentimento de obrigatoriedade, quando se trata de filhos que deverão cuidar de seus pais dependentes, misturado com sentimentos de gratidão e cuidado para recuperação, como se pode observar na fala abaixo:

*E<sub>4</sub> Sentimento de cuidar dele, me criou e agora eu tenho que cuidar dele [...], a gente tem que superar e fazer de tudo para pessoa ficar bem, na casa, na família, para ter a recuperação dela.*

A fala nos remete à obrigatoriedade moral, imposta pelos costumes, pela cultura familiar, sem preocupação com a lei neste primeiro momento, pois, essas pessoas, ainda, são consideradas potenciais cuidadoras (AUGUSTO; SILVA; VENTURA, 2009, p. 108).

Ficou evidente que não há um preparo formal para se tornar cuidador de um familiar. Cuidar de um idoso dependente é uma situação complexa, que acarreta sobrecarga de trabalho, responsabilidades, incertezas e cansaço físico. Após a alta hospitalar, muitos são os problemas vividos pelo paciente e pela família quando, no domicílio, necessitam desenvolver tarefas de cuidados, situações antes vivenciadas junto aos profissionais de saúde do hospital.

É a partir da preocupação ou, até mesmo, da responsabilidade legal dos familiares que surge nesse processo um *novo* papel social que por vezes, acaba sendo imposto, em vez de escolhido e decidido, pelo chamado cuidador familiar (AUGUSTO; SILVA; VENTURA, 2009, p. 106).

Associado ao fato de que o cuidar é uma função inerente ao casamento, quando se trata de cônjuges, ao mesmo tempo evidencia-se que também existe um componente afetivo que conduz essa atuação e contribui para que um cônjuge cuide do outro: um sentimento de carinho, de gostar do outro, como se percebe na fala abaixo (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004, p. 814):

*E, Olha, é o seguinte: Como eu sou casado há 46 anos, agora, agora faz 46 anos, eu cuido bem dela porque eu acho que é a necessidade de um casal que veve bem cuidar da esposa, porque se o caso acontecesse comigo, ela cuidaria de mim [...] eu cuido e cuido muito bem, como se fosse um enfermeiro, eu cuido bem dela. O que for preciso fazer eu faço.*

O cuidar pode ser entendido como uma manifestação de afeto por parte do cônjuge, e a concepção popular de amar remete a essa forma de compromisso com o outro. Na língua portuguesa, cuidar denota “aplicar a atenção; o pensamento; ter cuidado com os outros e consigo mesmo; tratar de assistir”, dentre outros significados (FERREIRA, 2010, p. 589).

Assim, quando o cuidador se refere a seu dever ou a sua obrigação, é possível considerar que está se referindo a uma obrigação moral determinada, expressa em uma regra de ação, que nesse caso é o cuidar (AUGUSTO; SILVA; VENTURA, 2009, p. 114).

O dever, entretanto, refere-se, também, às ações impostas por normas sociais, que, por sua vez, estão inscritas num conjunto de crenças e valores compartilhados entre membros de uma sociedade, sendo a família privilegiado lugar de transmissão e manutenção dos valores (AUGUSTO; SILVA; VENTURA, 2009, p. 110).

Assumir o fato de ser o responsável pelo cuidado não é sempre uma opção porque, em geral, o cuidador não toma a decisão de cuidar, o que se define na indisponibilidade de outros possíveis cuidadores. Quanto mais o cuidador se envolve, mais os não cuidadores se desvencilham do cuidado. Assim, percebe-se que, uma vez assumindo, o cuidado dificilmente é transferível (AUGUSTO; SILVA; VENTURA, 2009, p. 110).

## **TEMÁTICA 2: SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA PARA O CUIDADO**

Embora não tenha sido explicitado por nós, neste estudo, mas verificado no momento da coleta de dados, o fato é que os idosos apresentavam doenças crônico-degenerativas com co-morbidades, eram doentes acamados dependentes pelo menos por um bom tempo, ou, quem sabe, o seriam pelo resto de suas vidas. Observou-se que a maioria das

entrevistadas, acompanhantes, quem sabe futuras cuidadoras domiciliares, ainda não apresentavam habilidade para o cuidado, o que ocasiona ver seu sentimento de impotência. Agregado ao fato de serem mulheres, jovens, casadas, com filhos, tendo outros afazeres e compromissos para além de ser um cuidador exclusivo, a falta de habilidade para o cuidado da pessoa dependente as coloca em situação que leva ao sentimento apontado nesta temática.

*E<sub>1</sub> De início, um pouco de impotência, por não saber como agir... eu estou pronta a aprender e ajudar ela da melhor maneira possível.*

*E<sub>13</sub> Apesar de não ter muito conhecimento, apesar que, eu tô tendo ajuda de meu filho, porque ele entende mais.*

Cuidar é uma ação e um comportamento que envolve conhecimentos, valores, habilidades e atitudes empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer. O cuidado é inerente ao ser humano e, por isso, cuidar de alguém requer do cuidador habilidades que acabam se expressando no cotidiano do cuidado (BRAZ; CIOSAK, 2009, p. 373).

Além disso, os problemas, gerados na família e para o cuidador informal, decorrentes do cuidado de idoso no domicílio com algum grau de dependência, levam à busca da reorganização para alcançar o equilíbrio por meio de estratégias que possam garantir o enfrentamento dessas situações (BRAZ; CIOSAK, 2009, p. 373).

Apesar da falta de habilidade para o cuidado, apontada por alguns dos sujeitos da pesquisa, existe boa vontade ou grande disposição para aprender e, por parte dos profissionais de saúde do hospital, para ensinar.

*E<sub>12</sub> [...] a gente aprende muita coisa no hospital, como o paciente tá sendo tratado, e as enfermeiras também. A gente, vendo o exemplo delas e a dedicação delas, a gente aprende. né?*

O processo de tornar-se cuidador é gerado, então, no enfrentamento diário, aprendendo a lidar com as necessidades do idoso doente e, muitas vezes, tendo de se adaptar a elas. A identidade do cuidador, por-

tanto, vai sendo construída no processo de cuidar do outro. É no seu fazer diário que a dimensão do cuidar vai sendo internalizada e concretizada. É no relacionamento com o outro (paciente) e consigo mesmo que o cuidador vai produzindo, para além da atividade de cuidar, a sua identidade (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004, p. 819).

Há também aqueles acompanhantes que ficam sós na fase de internação em que uma doença acomete o idoso e precisam de ajuda externa:

*E<sub>11</sub> [...] ela está muito debilitada e sozinha. É duro virar ela, ela quebrou o fêmur, né, e também como mora praticamente duas idosas, eu teria que ficar lá cuidando 4 a 5 horas por dia. Eu teria que ficar ali passando, lavando, cozinhando, por causa disto[...].*

Os cuidadores familiares muitas vezes desconhecem que poderiam recorrer aos profissionais de saúde e aos serviços de saúde para buscar apoio, orientações e ajuda no seu fazer. Algumas ações implantadas pelo sistema de saúde têm buscado fortalecer a contribuição familiar para manutenção e melhora dos níveis de saúde de seus integrantes e, conseqüentemente, dos cuidados realizados nos domicílios às pessoas que apresentam algum tipo de dependência. A implantação dessa proposta, na prática, porém ainda carece efetivação (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004, p. 823–824).

As políticas públicas de vários países, incluindo o Brasil, reconhecem oficialmente a contribuição dos cuidadores informais, dos familiares, dos voluntários para complementar a assistência pública. Mas a questão do financiamento do cuidado comunitário permanece um desafio a ser enfrentado (CALDAS, 2003, p. 738).

A dependência precisa ser reconhecida como uma importante questão de saúde pública. Seu impacto sobre a família e a sociedade não poder ser subestimado. No Brasil, apesar de a Política Nacional de Saúde do Idoso reconhecer a importância da parceria entre profissional de saúde e as pessoas que cuidam do idoso, aponta que essa parceria deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e seu cuidador, evitando-se assim, na medida do

possível, hospitalizações, asilamento e outras formas de segregação e isolamento (CALDAS, 2003, p. 738).

Ocorre que essa política ainda não foi regulamentada e, portanto, não foram abordadas questões relativas ao financiamento das ações previstas nela, tampouco explicitadas as estratégias a serem utilizadas para alcançar os objetivos supracitados, fato merecedor de atenção séria e imediata (CALDAS, 2003, p. 738).

Vários estudos têm sido realizados nos últimos anos mostrando o papel desempenhado pelos cuidadores familiares na sociedade, constituindo uma rede autônoma de atendimento a situações que envolvem saúde, doença e cuidado, sem o devido reconhecimento e apoio por parte dos serviços de saúde oficiais. Os cuidadores familiares muitas vezes desconhecem que poderiam recorrer aos profissionais de saúde e aos serviços de saúde para buscar apoio, orientações e ajuda no seu fazer. Algumas ações implantadas pelo sistema de saúde têm buscado, em seus princípios, fortalecer a contribuição familiar para manutenção e melhora dos níveis de saúde de seus integrantes e, conseqüentemente, dos cuidados realizados nos domicílios às pessoas que apresentam algum tipo de dependência. Todavia, como já foi dito, a implantação desta proposta na prática ainda carece efetivação (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004, p. 824-5).

### **TEMÁTICA 3: SENTIMENTO DA NECESSIDADE DA INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO**

Esta terceira temática a respeito da necessidade de sentir o apoio da família para o cuidado aparece com bastante força durante as entrevistas. Acreditamos que este tema aparece de forma natural, pois, apesar de todas as mudanças que a família passou ao longo dos séculos, ainda contamos uns com os outros quando somos acometidos pelas intempéries da vida. Além disso, não poderíamos deixar de citar a responsabilidade legal dos familiares.

Esse contar uns com os outros flui, neste primeiro momento, de forma tranquila, quando os familiares se dão bem:

*E<sub>6</sub> [...] porque ela também é uma pessoa muito boa e com um coração generoso. Nós amamos muito essa irmã nossa, por ser a mais velha.*

*E<sub>8</sub> Com isso a gente só tem a aprender, nós somos filhos, não só por obrigação. A gente só tem que fazer por amor e assim... é... né... e assim é por amor mesmo, né.*

Os filhos são cuidadores principais quando o cônjuge não pode cuidar, por motivo de doença física e mental ou quando é falecido. Esse sentimento de afeto em relação ao idoso transcende também a outros familiares além dos filhos, pois a relação de parentesco faz com que outros cuidadores potenciais, como netos e noras se apresentem no processo de cuidar (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004, p. 817–8).

Sendo esposo ou esposa, filho (a), pai, mãe, neta (o) ou sogra (o), percebe-se que a relação de parentesco influencia na escolha de quem cuida do idoso doente, bem como evidencia os laços afetivos entre os familiares. Quanto mais estreita for a relação parenteral, mais chance tem o indivíduo de vir a ser o responsável pelo cuidado (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004, p. 818).

No entanto, quando os acompanhantes dos pacientes conseguem identificar a possibilidade da não ajuda dos familiares, a preocupação passa a ser um fator preponderante apontada por eles nos relatos:

*E<sub>1</sub> [...] eu tenho mais três irmãos, mais se eles acharem que não vão ajudar, né... não tem como obrigar. Eu vejo que eu vou fazer a minha parte, espero fazer a minha parte e também diante de Deus, eu fiz o meu melhor e é isso que eu espero.*

*E<sub>4</sub> [...] aí é complicado, família desestruturada, desunida... Ah, problema deles mesmo. Então não tem muita união [...] Não preocupação os irmãos têm, mas não são unidos para vim cuidar.... Agora é complicado.*

Frente à necessidade, toda ajuda é necessária e bem vinda, seja da família ou de Deus:

*E<sub>5</sub> Minha mãe participa. Ela ajuda a cuidar, é eu e ela mesmo para não cansar tanto... então fica assim... uma luta.... graças a Deus que está dando força e a gente tá conseguindo.*

A crença em um ser superior, a fé, a espiritualidade e as práticas religiosas são percebidas pelos cuidadores como estratégias muito eficazes de enfrentamento da sobrecarga do cuidado, da angústia, do estresse e da depressão decorrentes do processo de cuidar. A religiosidade e a espiritualidade não só funcionam como estratégias de enfrentamento ao estresse e à depressão, como também auxiliam na subsistência, no bem-estar psicológico e no processo de reintegração social desses cuidadores (SIMÃO; SALDANHA, 2012, p. 300).

Geralmente, a ausência dos demais membros da família no auxílio para o desempenho do cuidar é fator desencadeante de possíveis conflitos. A sobrecarga das tarefas, a não divisão, ou, ainda, o monopólio do cuidar pode resultar em doenças físicas e mentais para o cuidador, tornando-o ímpar às relações sociais externas e ainda solitário pelo não reconhecimento por parte dos demais familiares (AUGUSTO; SILVA; VENTURA, 2009, p. 112).

Devido à desunião, um quer passar a responsabilidade para o outro:

*E<sub>12</sub> Não... é outra minha irmã, apesar dela não ter paciência, vai ter que ficar com ela. Assim em geral, ou eu...*

Quando são os filhos têm de assumir esse papel, aparecem claramente conflitos a respeito de quem vai ser o cuidador principal (FERREIRA et al., 2012, p. 282).

Assim, a escolha acaba por ser tomada diante de uma determinada situação, tornando o cuidar além de um ato de reciprocidade de cuidados, também uma questão de obrigação moral, a partir da constatação de que há em nosso país uma lei (BRASIL, 2003) que indica o filho como um dos mantenedores dos pais idosos, exercendo assim direitos e deveres sobre esses. Os sentimentos, como amor, zelo e retribuição de cuidados, acabam, então, por serem reforçados ainda mais por uma ação moral (AUGUSTO; SILVA; VENTURA, 2009, p. 107). Quando nos deparamos com o papel de potencial cuidador em nossas vidas, experimentamos mudanças e desafios. Isso nos poderia servir de alerta para repensarmos o que estamos fazendo uns pelos outros enquanto família. Os significados que são com-

partilhados, de forma direta ou indireta, acabam influenciando o curso da doença e as tratativas para o cuidado.

#### 4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar este estudo deve-se ressaltar que o processo de envelhecimento, em particular, necessita de um olhar mais apurado do poder público, para que a velhice possa ser vivenciada de forma digna, saudável e com pleno gozo de direitos e garantias civis, políticas e sociais. De fato os idosos encontram-se positivados pelas leis, entretanto enfrentam dificuldades em sua efetivação. Nesse sentido, é necessário o entendimento da pessoa idosa, como sujeito de direitos com necessidade de atenção especial, tendo em vista as previsões de crescimento desta parcela da população (FERREIRA; TEIXEIRA, 2014).

Buscou-se estabelecer a importância dos direitos humanos na compreensão e análise dos sentimentos dos acompanhantes de idosos dependentes internados ao se tornarem um potencial cuidador após a alta hospitalar de seu familiar idoso, a partir dos relatos, sentimentos vivenciados pelo familiar-acompanhante na época da internação.

A análise dos dados relatados pelos acompanhantes possibilitou-nos a identificação três temáticas: Sentimento de solidariedade para cuidar; Sentimento de impotência para o cuidado e Sentimento de apoio familiar. As temáticas identificadas foram construídas a partir dos núcleos de sentidos: amor, prazer, gratidão, falta de preparo para o cuidado, impotência, medo, recuperação da saúde, “não tem mais jeito, acabou”, a importância da união familiar, dever e obrigatoriedade, dentre outros.

Ressalta-se que os sentimentos apontados pelos entrevistados, na sua grande maioria, levaram a acreditar que há boa vontade, no sentido de disposição para o cuidado nessa fase de acompanhamento, sendo esses acompanhantes considerados potenciais cuidadores.

Sentimentos de estresse, cansaço, sobrecarga, entre outros, também foram apontados no registro dos dados relatados, mostrando-nos

que sentimentos considerados prejudiciais à saúde também fazem parte do dia-a-dia desses acompanhantes, ainda com o paciente no leito hospitalar.

É extremamente necessária à reflexão dos direitos que os idosos possuem, por conta da atual situação em que nos encontramos, seja pelo fato de todos, de alguma maneira convivemos com pessoas de idade avançada, seja na família ou na sociedade em geral e pelo fato que um dia seremos idosos. Acreditamos que a partir do momento, em que se tem conhecimento de seus direitos e deveres, o convívio se torna mais harmonioso, tendo em vista que a pessoa idosa necessita de um tratamento diferenciado, principalmente, se for acometida por doenças crônico-degenerativas, que limitam física e psiquicamente, chegando ao ponto de necessitar de cuidadores.

Acreditamos que mudanças que promovam melhor qualidade de vida para idosos dependentes e seus cuidadores devem ser feitas. Nesse sentido, percebe-se que ainda há omissão do Estado no estabelecimento de políticas públicas que beneficiem, de fato, essas pessoas, como, por exemplo, a criação de uma rede de cuidados a idosos dependentes, investimentos em educação para capacitação de cuidadores, suporte financeiro e educacional para a família, rotatividade de cuidadores entre profissionais para que os cuidados com o doente não fiquem a cargo apenas de um cuidador, dentre outras possibilidades.

As políticas públicas voltadas para a pessoa idosa trazem consigo a ideia de compartilhamento de responsabilidades com o envolvimento da família, da sociedade, da comunidade e do Estado. Em relação à família, essa responsabilidade é assumida pelo cuidador familiar que assume sozinho na tarefa de cuidar do idoso dependente.

Por fim, esperamos ter contribuído com a reflexão a respeito do cuidado e ter proporcionado a possibilidade de novos diálogos e novas interações com a família e entre o cuidador formal e informal.

## REFERÊNCIAS

- AUGUSTO, F. M. F.; SILVA, I. P.; VENTURA, M. M. Filhos cuidadores: escolha, mudanças e desafios. *Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 103–18. 2009.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2012.
- BEAUVOIR, S.de. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BOHM, V., CARLOS, S. A. Ser cuidador de idosos: sentimentos desencadeados por esta relação. *Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 13 n. 1, p. 211–20, 2010.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 399, de 22 de fev. de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde, consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43–51.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 out. 2006. Seção 1, p. 142.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 jan. 1994. Seção 1, p.77.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 677 de 30 de setembro de 2002. Habilita, com pendências a serem regularizadas pelo gestor estadual/municipal, as unidades prestadoras de serviços – UPS, discriminadas em anexo, como Centro de Referência em Saúde do Idoso integrantes da Rede Estadual de Atenção a Saúde do Idoso do Estado de São Paulo, para realizar os procedimentos previstos nas Portarias GM/MS 738 e SAS/MS 249, ambas de 14 de abril de 2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, 30 set. 2002. Seção 1, p. 89.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de Nº 1395, de 09 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da União*, n.237, p. 20-24, 13 dez. 1999. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 702, de 12 de abril de 2002. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília, 12 abr. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002, de 16 de abril de 2002 – Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e normas de cadastramento e funcionamento dos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (Anexos I, II e III). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2002.

- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados à pessoa idosa e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1.
- BRAZ, E.; CIOSAK, S.I. O tornar-se cuidadora na senescência. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 373, abr–jun, 2009.
- CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19. n. 3, p. 738, 2003.
- CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 6 n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/812/929>. p.819. Acesso em: 10 jul. 2014.
- CUSTÓDIO, S. A.; OLIVEIRA, S. P. C. Direitos humanos, educação médica e saúde: uma discussão necessária. In: SEMINÁRIO DIREITOS HUMANOS NO SÉCULO XXI, 9.; ENCONTRO DE DIREITOS HUMANOS DA UNESP, 9., 2016., Marília. *Anais eletrônicos [...]* Marília: UNESP, 2016. Disponível em: [http://www.inscricoes.fmb.unesp.br/anais\\_completo.asp# 511](http://www.inscricoes.fmb.unesp.br/anais_completo.asp# 511). Acesso em: 26 set. 2017.
- DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista Eletrônica Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317–25, 2007.
- FERREIRA, A. B. H. *Dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.
- FERREIRA, H. P. et al. O impacto da doença crônica no cuidador. *Revista Sociedade Brasileira Clínica Médica*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 278–84, 2012.
- FERREIRA, A. P.; TEIXEIRA, S. M. Direitos da pessoa idosa: desafios à sua efetivação na sociedade brasileira. *Argumentum*, Vitória, v. 6, n. 1, p. 160–173, jan/jun, 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2010 e estimativa. 2013. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/232G6>. Acesso em: 25 ago. 2014.
- KATZ, S.; FORD, A.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, França, v.185, n. 12, p. 914-919.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MOREIRA, M. D.; CALDAS C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 520–525, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde Publicada no glossário de Promoção da Saúde da OMS de 1998*. OMS/HPR/HEP/98.1. Genebra: OMS, 1994.

PENA, S. B.; DIOGO, M. J. D. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 663–9, 2005.

SIMÃO, M. J. P.; SALDANHA, V. Resiliência e psicologia transpessoal: fortalecimento de valores, ações e espiritualidade. *Mundo Saúde*, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 291–302, 2012.

TEIXEIRA, S. M. *Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: Implicações para a proteção social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2008.