



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ceilândia – FCE
Juliana Menezes Noronha

**A formação e capacitação do cuidador de idosos institucionalizados com
deficiências múltiplas**

Brasília – DF
2013

JULIANA MENEZES NORONHA

**A formação e capacitação do cuidador de idosos institucionalizados com
deficiências múltiplas**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora Prof^a Dr^a Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira

Brasília – DF
2013
JULIANA MENEZES NORONHA

**A formação e capacitação do cuidador do idoso institucionalizado com
deficiências múltiplas**

Comissão Examinadora

Prof^a Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira
Universidade de Brasília

Prof^a Aldira Guimarães Duarte Domínguez
Universidade de Brasília

Prof^a Ruth Losada de Menezes
Universidade de Brasília

Brasília, ____ de _____ de 2013

Dedico este trabalho ao meu pai, Eli, “In Memoriam”, pois sem ele este trabalho e muitos dos meus sonhos não se realizariam.

A minha mãe Telma, por todos os anos de amor e carinho.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, por me dar a oportunidade de graduar em uma instituição renomada, pela oportunidade de realizar um dos desejos do meu pai.

Agradeço a minha mãe Telma, que em diversas vezes não deixou eu desistir, que mostrou em tantas situações todo amor de mãe, Obrigada pelo incentivo, pela força em todos os momentos que precisei e preciso de você. Ao meu irmão. Bruno, por toda ajuda quando eu mais precisei e a toda minha família pelo apoio essencial em todos os momentos de dificuldade.

Agradeço aos meus tios, Sônia e Wilson, por cada momento de apoio e incentivo em vários momentos de desistência do curso, por todo carinho demonstrado com palavras de incentivo e amor.

Agradeço ao meu namorado Túlio, por participar de tão perto dessa reta final, por toda paciência e ajuda nos momentos de dedicação ao trabalho.

As minhas amigas universitárias por compartilhar todos os momentos de alegria e também os momentos de angústia e correria durante este processo de graduação, Tatiane, Mariana, Laís, Kauane, Kétila, Rafaela, Giuliane, Fernanda, Lorena e Thaís obrigada meninas por fazerem de momentos difíceis da graduação os mais agradáveis em momentos de descontração. Em especial minha amiga Isabel, que por sinal, será uma ótima profissional, vivemos momentos durante quatro anos que somente você sabe a importância para mim, agradeço por tudo que você já fez em nossa amizade.

A todos aqueles que participaram direta ou indiretamente para a conclusão deste curso.

Em especial agradeço a minha orientadora Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira por toda paciência e dedicação.

Lista de Siglas

AEC – Abrigo dos Excepcionais de Ceilândia

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CIDID - Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidades

GDF – Governo do Distrito Federal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PLS – Projeto de Lei do Senado

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 – Dados sobre idade, ingresso na instituição, formação e cursos realizados – AEC, 2013	29
Gráfico I – Proporção de pessoas que realizaram consultas nos últimos 12 meses, segundo grupos de idade. Brasil, 1998-2003	19
Gráfico II – Idade dos cuidadores do AEC, 2013	31
Gráfico III – Tempo de ingresso na instituição	31
Gráfico IV – Escolaridade dos cuidadores do AEC, 2013	32

RESUMO

O novo censo populacional (2007) realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) confirma a tendência de envelhecimento populacional, no mundo e no Brasil, com o aumento da população idosa e a incidência de doenças adquiridas nessa população, o que sinaliza a necessidade dos serviços de saúde disporem de profissionais capacitados adequadamente para o cuidado desses idosos. O objetivo da pesquisa foi caracterizar o perfil de cuidadores de idosos com deficiência, sua formação e qualificação. O estudo foi realizado em uma instituição filantrópica de Ceilândia/DF e com base em uma análise documental, feita nos cadernos de registro dos funcionários. O resultado da pesquisa mostrou que nem todos os cuidadores possuem a qualificação necessária para trabalhar com essa população e aponta para o fato da instituição não cumprir com as exigências legais que garantem e estabelecem as normas para os cuidados desses indivíduos, cujas necessidades são bem específicas, dada a sua maior vulnerabilidade relacionada à deficiência intelectual.

Palavras-chave: Idosos; Deficiências; Cuidadores; Capacitação

ABSTRACT

The new population census (2007) conducted by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) confirms the trend of population aging worldwide and in Brazil, with the increase of the elderly population and the incidence of acquired diseases in this population, which signals the need for health services with properly trained professionals for the care of the elderly. The objective of the research was to characterize the profile of caregivers of elderly with disabilities, their training and qualification. The study was conducted at a philanthropic institution in Ceilândia/DF based on a documentary analysis made in the record books of employees. The research result showed that not all caregivers have the necessary skills to work with this population that is considered essential since the care needs of this population group are very specific, given their greater vulnerability related to intellectual disability.

Keywords: Elderly; Disabilities; Caregivers; Qualification.

SUMÁRIO

1	Introdução	11
2	Justificativa	14
3	Capítulo I - Revisão Bibliográfica	17
4	Capítulo II -Metodologia:	
	Objetivo Gerais	27
	Objetivos Específicos	27
	Procedimentos Metodológicos	27
5	Capítulo III - Resultados e Discussões	29
6	Conclusão	34
7	Referência Bibliográfica	36

INTRODUÇÃO

Veras (2009) realizou uma pesquisa com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 1998 e 2003, que indicam melhoria das condições de saúde dos idosos e uma distribuição de doença crônica semelhante para todos os grupos de renda.

As evidências confirmam que a probabilidade de envelhecer com sucesso pode ser aumentada várias maneiras. As diferentes intervenções nos diversos estágios do desenvolvimento (intra-uterino, infância, adolescência, adulto jovem, e idoso) têm consequências positivas que podem ser estendidas para a idade avançada. O envelhecimento não começa repentinamente aos 60 anos, mas consiste no acúmulo e interação de processos médicos, comportamentais e sociais durante toda a vida.

O estudo ainda concluiu que, de acordo com projeções feitas, em 2020 o Brasil alcançará um número de mais de 30 milhões de pessoas idosas.

O número de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008 – um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. Consequentemente, doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade. (Veras, 2009, p.2)

Tais dados indicam que as políticas de saúde voltadas para os idosos utilizadas até hoje deverão se adequar e sofrer modificações para melhor assistir o seu público que hoje passa por estas mudanças.

Desde o século passado, quase todos os países do mundo vêm experimentando um processo de envelhecimento populacional e de aumento da longevidade da população. Com isso, as pessoas idosas começaram a ter maior representatividade tanto em números relativos como absolutos e um número cada vez maior passou a sobreviver, em média, mais tempo e em idades mais avançadas.

Tanto a população feminina idosa dependente quanto a masculina praticamente triplicará com o passar do tempo. (Alves, Leite e Machado, 2007, p.2).

Como o idoso apresenta maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e, consequentemente, de incapacidade, potencializamos a vulnerabilidade do idoso com deficiência, que necessita de uma atenção específica para suas necessidades.

O novo censo populacional iniciado há dois meses pelo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) confirma a tendência de envelhecimento verificada nos últimos censos. “A primeira conclusão preliminar é a confirmação da tendência de redução da taxa de fecundidade e de aumento de longevidade no país”, disse o presidente do IBGE, Eduardo Nunes (Jornal Correio Braziliense, 20 jun. 2007, p.12).

O Abrigo dos Excepcionais Ceilândia (AEC) foi fundado em 06 de maio de 1973 e acolhe 64 pessoas, é uma instituição filantrópica sem fins lucrativos que atende adolescentes, adultos e idosos de ambos os sexos, carentes e/ou abandonados pela família. A entidade cuida dos indivíduos, fornece auxílio médico e social além de promover atividades para os acolhidos. A missão do AEC é prestar serviços nas áreas de saúde, educação e assistência social aos acolhidos, que por sua vez possuem deficiências múltiplas (intelectual e física) e que são privados da convivência familiar por abandono, negligência ou orfandade. O abrigo recebe ajuda do Governo do Distrito Federal (GDF) através de convênio com a Secretaria de Ação Social. Hoje no abrigo trabalham 21 cuidadores, sendo apenas 2 homens e com alguns que não fizeram o curso obrigatório para se capacitar como um cuidador de idosos.

A caracterização dessas pessoas nos mostra a grande necessidade de cuidadores que sejam capacitados de acordo com a real necessidade desses idosos, pois, a vulnerabilidade desse grupo é maior. Hoje no Brasil não há uma política que assiste integralmente os idosos com deficiência, visto desta forma, há uma lacuna na atenção desses indivíduos. O curso obrigatório para se tornar um cuidador nessa instituição é o mesmo feito por cuidadores de pessoas sem deficiência, observadas as diferenças nas necessidades desses indivíduos, é de extrema importância uma capacitação diferenciada, com foco nas diferenças dos idosos com deficiência.

O trabalho, para melhor abordagem da temática, está organizado em três capítulos, com questões que abordem o idoso, o deficiente, o idoso com deficiências e o papel do cuidador na atenção desses indivíduos. Traz no Capítulo I o referencial teórico, que aborda o envelhecimento populacional, os conceitos de idoso e de deficiência, com destaque para as políticas nacionais sobre saúde da população idosa e saúde da pessoa com deficiência, e a importância do cuidador qualificado para o melhor atendimento ao idoso deficiente; no Capítulo II, estão as informações acerca do estudo realizado, seus objetivos e a metodologia utilizada, enquanto no Capítulo III são relatados os resultados da pesquisa. Além desses capítulos, o trabalho traz as considerações acerca do estudo realizado e as referências bibliográficas que contribuíram para a sua definição.

JUSTIFICATIVA

De acordo com a Lei 8.080/90, é dever do Estado a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Veras (2003) aponta a situação das realidades do nosso país, com o vasto continente de podres de todas as idades, com uma política de saúde caótica, com benefícios previdenciários ínfimos, com uma assistência social praticamente inerte e com um forte preconceito contra os idosos, não é difícil presumir as dificuldades que estes, principalmente os mais pobres vivenciam.

A vulnerabilidade tem sido entendida como uma condição de risco, de dificuldade, que inabilita de maneira imediata ou no futuro aos grupos afetados, na satisfação de seu bem estar – enquanto subsistência e qualidade de vida – em contextos sócio-históricos e culturalmente determinados. (Perona apud Cotos, 2003, p.67).

É necessário um cuidado específico para que aconteça de fato o que o SUS propõe na Lei 8.080, que tem como objetivo a promoção até a recuperação da saúde de todas as pessoas.

Existe a importância de uma análise nas políticas públicas que atendem esse grupo, como também na prática e na formação e capacitação dos cuidadores que são os profissionais responsáveis pelos idosos. É de extrema importância o convencimento de um atendimento mais humanizado e que atenda as necessidades reais dos idosos para o melhor cuidado, promovendo assim o bem-estar e o aumento na qualidade de vida desse grupo que é bem vulnerável, para que isso ocorra, a formação e a capacitação do cuidador deve ser tão específica quanto as limitações de quem recebe o cuidado.

As instituições de saúde para atingir a satisfação de seu cliente, devem centrar toda a atividade para atender suas necessidades: físicas (tratamento) e emocionais (atendimento). Têm o dever de proporcionar-lhe bem estar, e, nunca esquecendo que as mesmas, existem para seus doentes, e que estes pagam a conta, e mantêm a empresa de saúde. A Filantropia também é sustentada. (Lobato, 2004, p.26)

No Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, elaborado para garantir o respeito à cidadania da pessoa idosa, existem 1180 artigos que regulamentam e garantem direitos e estipulam deveres para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa.

Além de punição para crime e desrespeito aos idosos, possui diretrizes que valorizam a autonomia, preservam a independência física, psíquica e social da população idosa, esses valores devem ser estudados com atenção pelos cuidadores durante a capacitação e formação, diferenciando a atenção dos idosos institucionalizados e com deficiências.

Cuidador é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos do cotidiano - como a ida a bancos ou farmácias -, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem. (Moreira, Caldas, 2007, p522).

Segundo o Manual do Cuidador da Pessoa Idosa (2008) o cuidador é essencial para a melhoria da qualidade de vida do idoso que apresenta um grau maior ou menor de dependência, visando sempre à estimulação da autonomia e da independência do idoso.

Outro fator relevante é a saúde dos cuidadores, segundo as autoras Mendes, Miranda e Borges (2010) cuidar de um idoso por um longo tempo exige dedicação constante do cuidador, fazendo com que sua saúde corra riscos, principalmente para aquele que o cuidado é prestado somente por ele, fazendo-o se sentir sobrecarregado. Tal fato compromete o autocuidado. Existem interferências relevantes no processo de cuidar do idoso, principalmente naqueles com baixo nível de cognição, que dependem de cuidados especiais, expondo assim o cuidador a um estresse maior.

A respeito da saúde dos cuidadores o Manual do Cuidador da Pessoa Idosa (2008) lista algumas sugestões para os gestores das instituições que podem influenciar nesse processo:

Informe os candidatos ao emprego de cuidador a respeito da sobrecarga emocional no emprego, para que haja uma expectativa realista. Uma visão prévia realista do trabalho ajudará o novo funcionário para que não fique frustrado e desiludido com o emprego; Proporcione informação adequada, educação, treinamento e acesso a outros apoios ao cuidador. A falta de conhecimentos contribui para o desgaste do cuidador e para a qualidade inferior de cuidados. Proporcione informações sobre exaustão e estratégias para enfrentamento; Proporcione grupos de apoio para os

cuidadores. Planeje reuniões regulares para discutir como os cuidadores estão lidando com os seus sentimentos em relação às pessoas idosas. Mas evite tornar essas reuniões em sessões de controle. Estimule comunicações entre o pessoal. Proporcione oportunidades para que os funcionários possam desabafar. O humor ajuda a reduzir o estresse; ria com eles; Crie um sistema de premiação e reconhecimento, a fim de aumentar a auto-estima. Proporcione *feedback* positivo e estimule os funcionários para que pratiquem exercícios de relaxamento e alongamento. (p.108).

É clara a importância da formação e capacitação adequada desses profissionais, principalmente, os cuidadores de idosos com deficiências múltiplas institucionalizados, visto que a qualificação do cuidado ao idoso com deficiência resulta em melhor cuidado e, ao mesmo tempo, em menos adoecimento desse profissional. É fundamental que o cuidador se cuide, tenha o seu período de descanso e de lazer, cuide de sua saúde, receba apoio psicológico e religioso quando necessários, pois, a tarefa é muito árdua e desgastante e é muito frequente o cuidador.

CAPÍTULO I - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Silva, Pinto e Guedes (2007), ao abordarem as questões do idoso com deficiência, trazem um breve histórico sobre o envelhecimento no país e visando contribuir para que os instrumentos legais voltados à garantia dos direitos à saúde da pessoa idosa com deficiência sejam repensados e/ou atualizados, até mesmo aperfeiçoados, para atender as reais necessidades dessas pessoas idosas com ou sem deficiência, aumentando assim a sua qualidade de vida e efetivando a sua inclusão social.

Silva, Pinto e Guedes (2007) enfatizam ainda que, embora o conceito de idoso tenha diferenças de país para país, a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza como pessoa idosa os indivíduos com 60 anos ou mais que residem em países em desenvolvimento, e com 65 anos e mais, os que residem em países desenvolvidos. Dos 70 aos 74 anos de idade, pode-se considerar a pessoa como “idosa”; considera “velho” a pessoa dos 75 aos 89 anos e denomina de “grande velhice” a fase em que vivem as pessoas com 90 anos ou mais de idade (Loureiro, 1990). A ONU classifica os idosos em três grupos: “pré-idosos” (pessoas entre 55 e 64 anos), “idosos jovens” (pessoas entre 65 e 79 anos) e os “idosos de idade avançada” (pessoas a partir de 80 anos). (Barreto, 1999, 55).

O Caderno de Atenção Básica identifica que a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS (2003) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte” (p.8).

O termo Envelhecimento Ativo foi adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no final dos anos 90, que reconhece além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as pessoas envelhecem. A OMS criou o Programa de Envelhecimento e Saúde, que propõe o desenvolvimento de políticas que assegurem a obtenção de melhor qualidade de vida possível, pelo maior tempo possível e para o maior número de pessoas possível.

Segundo Medeiros e Diniz (2004), com o envelhecimento crescente da população, o principal grupo de deficientes concentra-se entre os idosos, um fenômeno que torna essa

aproximação teórica ainda mais urgente. O modelo social da deficiência é uma discussão extensa sobre políticas de bem-estar e de justiça social, em que a explicação médica para a desigualdade não é mais considerada suficiente. O principal argumento aqui, é que, dado o cruzamento entre deficientes e idosos, as perspectivas teóricas e políticas do modelo social da deficiência são uma fonte rica de diálogo e inspiração para políticas de bem-estar para idosos.

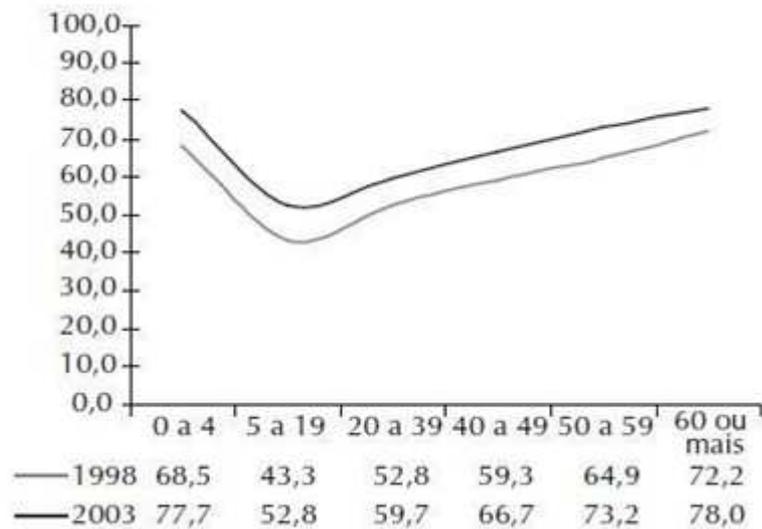
Veras (2009) traz a importância da prevenção e promoção da saúde dos idosos para um envelhecimento saudável, minimizando os riscos das doenças crônicas e degenerativas que influenciam na capacidade funcional, é possível observar também os fatores de prevenção e promoção nas diretrizes básicas da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Infelizmente, ocorre algumas lacunas hoje na implementação no que se refere a prevenção e promoção da saúde do idoso.

Embora os principais conceitos de prevenção da saúde já estejam assimilados pelos profissionais da área, percebe-se muita dificuldade na operacionalização, particularmente quando nos concentramos no grupo etário dos idosos. Apesar da presença do discurso da prevenção, a maioria dos serviços são curativos e tradicionais e argumentam ser difícil mensurar a efetividade. (p.4)

Veras (2009) ainda cita em seu trabalho os cuidados as pessoas com dependência física e mental como um critério a ser observado, pois é um fator de risco importante para a mortalidade, considerado ainda maior que o de outras doenças. Nesse contexto, o autor relata que é necessário estabelecer novas prioridades para a formulação de políticas de saúde contemporânea.

As estratégias feitas na prevenção, promoção e educação em saúde influenciam diretamente nos avanços dos riscos das pessoas idosas, podendo identificar diagnósticos precoces, tendo a consequência de aumentar a qualidade de vida, autonomia e independência das pessoas com capacidade funcional.

Este mesmo autor mostra que quando há uma falha na prevenção, promoção e educação em saúde, o paciente realiza sua primeira consulta em estágio avançado da doença, minimizando as possibilidades de cura e recuperação de diversos fatores.



GráficoI: Proporção de pessoas que realizaram consultas nos últimos 12 meses, segundo os grupos de idade. Brasil, 1998-2003.

Fonte: IBGE/COREN/PNAD 1998 e 2003.

O envelhecimento, as doenças adquiridas e a capacidade funcional são fatores influenciadores da qualidade de vida dos idosos, conforme destacam Alves, Leite e Machado (2007):

A curto e a longo prazo, o aumento no número de doenças crônicas leva a uma maior prevalência de incapacidade funcional. Ademais, com o processo fisiológico do envelhecimento, a capacidade funcional de cada sistema do organismo humano diminui. Até aproximadamente os 20 ou 30 anos, quando se atinge um ápice, as pessoas vão desenvolvendo suas capacidades e, a partir daí, o desempenho funcional vai declinando pouco a pouco, ao longo dos anos, ocorrendo o denominado envelhecimento funcional. Trata-se de um processo lento e imperceptível, mas inexorável e universal. As projeções apontam que a população idosa funcionalmente incapacitada tende a aumentar significativamente e em um período curto de tempo. Manton, utilizando os dados do NationalLongTermCareSurvey (NLTCs) de 1984 e do NationalNursing Home Survey (NNHS) de 1985, projetou a incapacidade funcional da população idosa dos Estados Unidos e os resultados demonstraram um rápido aumento até o ano de 2060. Segundo o autor, a população institucionalizada está prevista para crescer 245%, a população com incapacidade, 179% e a população que vive na comunidade e dependente em 5 a 6 AVDs (atividades de vida diária), 208%. Por sua vez, a população idosa independente está projetada para aumentar somente em 126%. (p.2)

Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 2008), em seu artigo 23, capítulo II, a Constituição determina que “é competência comum da

União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”.

Segundo Medeiros e Diniz (2004), a ideia básica do modelo social é de que a deficiência não deve ser entendida como um problema individual, mas como uma questão eminentemente social, transferindo a responsabilidade pelas desvantagens dos deficientes das limitações corporais do indivíduo para a incapacidade da sociedade de prever e ajustar-se à diversidade. Em torno do modelo social da deficiência surge, na década de 1970, a Upias (The Union of the Physically Impaired Against Segregation), uma das primeiras organizações de deficientes com objetivos eminentemente políticos, e não apenas assistenciais, como era o caso das instituições para deficientes criadas nos dois séculos anteriores.

Sasaki apud Silva, Pinto e Guedes (2007) resgata a trajetória dos termos utilizados em diferentes épocas na conceituação das pessoas com deficiência. Segundo ele, no começo da história, esse segmento era considerado como “inválidos”, ou seja, “indivíduos sem valor”, conseqüentemente “inútil” para a sociedade, família, etc. Esse termo foi usado até o século XXI. Entre os anos 60 e 80 esse segmento populacional foi designado pelos seguintes vocábulos: “os defeituosos” (significando os indivíduos com deformidade física), os “deficientes” (como os indivíduos com deficiência física, intelectual, auditiva, visual ou múltipla) e posteriormente pela expressão “os excepcionais”, correspondendo aqueles com deficiência intelectual.

Nos anos de 1988 até 1993 eram classificados como “portadores de deficiência”, logo reduzidos para “portadoras de deficiência”. E a partir de 90 até hoje, recebeu várias denominações, como por exemplo: “pessoas com necessidades especiais”, “portadoras de necessidades especiais”. Em 1994, passaram a ser designadas como “pessoas com deficiência”, conceituação essa, aceita no mundo todo e no Brasil.

Como no trabalho citado, usarei as normas e conceitos da pessoa com deficiência estabelecidos e definidos de acordo com a OMS (1980) por meio da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens - CIDID, na Organização Internacional do Trabalho (1983), por meio da Convenção de 159; pelo Decreto 3.298/99, e pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006). Segundo a definição da CIDID (1989) deficiência foi classificada como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; a incapacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida em que se considera normal para um ser humano; e a desvantagem como uma situação prejudicial para um determinado indivíduo, em

consequência de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso, em função da idade, sexo e fatores sociais e culturais (Brasil, 2006c, p.11).

Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 2008), ocorreram algumas alterações nessas classificações:

A OMS, quase dez anos depois – em 1997 – reapresentou essa Classificação Internacional com um novo título e novas conceituações. Agora com a denominação de Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde (CIDDM-2), o documento fixa princípios que enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades, em vez da valorização das incapacidades e das limitações. A CIDDM-2 concebe a deficiência como perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais. Já a atividade está relacionada com o que as pessoas fazem ou executam em qualquer nível de complexidade, desde aquelas simples até as habilidades e as condutas complexas. A limitação da atividade, antes conceituada como incapacidade, é agora entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal. A raiz da incapacidade é a limitação no desempenho da atividade que deriva totalmente da pessoa. No entanto, o termo incapacidade não é mais utilizado porque pode ser tomado como uma desqualificação social. Ampliando o conceito, a CIDDM-2 inclui a participação, definida como a interação que se estabelece entre a pessoa portadora de deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto socioambiental. (p.8)

A deficiência passou a ser compreendida como parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indica necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente (CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, 2003).

Medeiros e Diniz (2004) trazem algumas diferenças da deficiência e falam sobre a exclusão na relação da deficiência:

Originalmente, a Upias propôs uma definição que explicitava o efeito da exclusão na criação da deficiência: “Lesão: ausência parcial ou total de um membro, órgão ou existência de um mecanismo corporal defeituoso; Deficiência: desvantagem ou restrição de atividade provocada pela organização social contemporânea que pouco

ou nada considera aqueles que possuem lesões físicas e os exclui das principais atividades da vida social” (p.108)

Os autores ainda enfatizam que a lesão não é o único determinante da deficiência e, talvez, sequer seja o principal em muitos casos, a argumentação do modelo social encontrou nos idosos um caso paradigmático: um ambiente hostil pode fazer com que a acumulação de limitações leves na funcionalidade corporal torne-se causa de grandes deficiências entre os idosos. Relatam também que à medida que mais grupos são reconhecidos como deficientes, o peso que o conceito de lesão tem na definição da deficiência passa a diminuir. (p.112)

Segundo Medeiros e Diniz (2004), em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) revisou o catálogo internacional de classificação da deficiência para adequar-se a essa perspectiva. Nessa revisão, toda e qualquer dificuldade ou limitação corporal, permanente ou temporária, é passível de ser classificada como deficiência. De idosos a mulheres grávidas e crianças com paralisia cerebral, o International Classification of Functioning, Disability and Health (Classificação Internacional de Funcionamento, Deficiência e Saúde) propõe um sistema de avaliação da deficiência que relaciona funcionamentos com contextos sociais, mostrando que é possível uma pessoa ter lesões sem ser deficiente (um lesado medular em ambientes sensíveis à cadeira de rodas, por exemplo), assim como é possível alguém ter expectativas de lesões e já ser socialmente considerado como um deficiente (um diagnóstico preditivo de doença genética, por exemplo).

Esses autores ainda apontam a relação do termo deficiência com o envelhecimento, situações que merecem uma redefinição das políticas públicas voltadas para este público:

Associar o envelhecimento à deficiência é algo que encontra alguma resistência devido ao estigma associado ao termo “deficiente”, mas dentro da interpretação do modelo social faz sentido argumentar que muitos idosos são excluídos de uma parte importante da vida social, em uma proporção muito maior do que aquela que poderia ser atribuída as suas eventuais limitações e, portanto, experimentam não só a deficiência, como a discriminação baseada em preconceitos relativos a suas capacidades corporais. (p.113)

Os dados sobre deficiências no Brasil (BRASIL, 2008) indicam que, até a última década do século XX, o país ressentia-se da inexistência de dados oficiais sobre a população com deficiência. Os estudos, as pesquisas e os projetos voltados para essa população tomavam

como referência a estimativa da OMS segundo a qual 10% da população de um país, em tempos de paz, possui algum tipo de deficiência.

Os resultados do Censo de 2000, no que se referem à população com deficiências, refletem essa nova abordagem conceitual-metodológica. Foram identificadas 24,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, o equivalente a 14,5% da população brasileira. A maior proporção se encontra na Região Nordeste (16,8%) e a menor na Região Sudeste (13,1). Os estados do Rio Grande do Norte (17,6%), da Paraíba (18,0%) e do Piauí (17,6%) são os que apresentam, proporcionalmente, o maior número de pessoas com deficiências. As menores proporções foram encontradas nos estados de São Paulo (11,3%), Paraná (13,0%) e no Distrito Federal (13,4%). Do total de 24,5 milhões de pessoas com deficiências no Brasil, 48,1% são portadoras de deficiência visual; 22,9% de deficiência motora; 16,7% de deficiência auditiva; 8,3% de deficiência mental e 4,1% de deficiência física.

A Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar – PNAD, realizada de 1981 a 1991, inclui questões relativas à deficiência: número e tipos de deficientes e assistência recebida. O resultado mostrou que 2% da população é portadora de deficiência, das quais quase a metade diz respeito à deficiência motora. Essa pesquisa aponta, da mesma forma que o Censo realizado em 1991, uma maior prevalência de incapacidades sensoriais e motoras na população acima de 50 anos. Em relação ao gênero, o Censo mostrou que 50,4% da população geral era do sexo feminino e 49,6% do sexo masculino. Já a população de deficientes apresentou-se de forma inversa: 44,4% do sexo feminino e 55,65% do masculino. A diferença maior ocorre quanto a deficiência mental e, principalmente, a deficiência motora. A maior prevalência de deficiência motora na população masculina, predominante entre os jovens e adultos, sugere decorrer, sobretudo das causas externas, tais como os acidentes de trabalho, de trânsito, etc. De outra parte, não se encontra justificativa para a incidência maior de deficiência mental no sexo masculino até a faixa etária de 50 anos de idade. A partir dessa faixa etária, a situação se inverte com predomínio de deficiência mental no sexo feminino. Vários fatores poderão estar relacionados, destacando-se, em especial, o aumento da vida média da população feminina. Os resultados do Censo 91, por outro lado, não indicam diferença na prevalência de deficiências entre as populações urbanas e rurais; em relação à deficiência motora especificamente, há um relativo aumento na faixa de 20 anos ou mais de idade na população da região urbana, justificável pelos fatores de violência e acidentes. O texto conclui que tanto os resultados da PNAD/81 quanto os do Censo/91, ambos por amostragem e de abrangência nacional, apresentam percentuais inferiores aos estimados pela

OMS. Essa diferença pode estar relacionada aos procedimentos metodológicos, como os critérios para definição da amostra ou, ainda, a dificuldade na coleta de dados e a própria conceituação de deficiência, seus tipos e graus, adotados por essas pesquisas.

No Brasil, a atenção aos deficientes surgiu com o caráter de atendimento elementar, nas áreas de educação e de saúde, desenvolvida em instituições filantrópicas, evoluindo depois para o atendimento de reabilitação, sem assumir, contudo, uma abordagem integradora desse processo e preservando, na maioria dos casos, uma postura assistencialista (BRASIL, 2008).

Segundo Maior apud Brasil (2008) originalmente, as reabilitações no Brasil surgem em “instituições filantrópicas, sem proposta de participação comunitária, sem ouvir os próprios reabilitandos e conduzidas à margem do Estado”. Por outro lado, considerando-se que o atendimento integral à pessoa portadora de deficiência, por parte do poder público estatal, ainda é precário, as críticas que possam ser feitas ao papel de entidades devem ser relativizadas. Além disso, devem estar sempre acompanhadas da ressalva de que são pioneiras e majoritárias nas áreas da assistência social, da educação e da atenção médica a parcelas desse segmento populacional.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 2008), tem como propósitos reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e no seu desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde do citado segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Além disso, o alcance do propósito desta política requer a criação de ambientes favoráveis à saúde das pessoas portadoras de deficiência e a adoção de hábitos e estilos saudáveis, tanto por parte dessas pessoas quanto daquelas com as quais convivem, fatores que constituem condições indispensáveis para a qualidade de vida buscada para tal processo. Entre os elementos essenciais nesse sentido estão a criação de ambientes favoráveis, o acesso à informação e aos bens e serviços sociais, bem como a promoção de habilidades individuais que favoreçam o desenvolvimento das potencialidades de tais pessoas. Como um dos elementos de sua diretriz, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência explicita a necessidade da capacitação de recursos humanos na atenção à pessoa portadora de deficiência.

Segundo o Projeto de Lei já aprovado (PLS nº 284/2011) que regulamenta a profissão de cuidador de idoso, esse profissional deve ser maior de 18 anos, ter concluído o ensino fundamental e um curso específico que o qualifique a exercer a profissão. Esse treinamento

deve ser feito em instituições de ensino reconhecidas por órgão público federal, estadual ou municipal.

A respeito do curso que deve ser feito, o Manual do Cuidador da Pessoa Idosa (2008) relata que o curso deve ter o mínimo de 100 horas de duração, com 80 aulas teóricas e 20 práticas. Nele devem ser abordados os diversos aspectos do envelhecimento, as condições para manter uma boa saúde, as doenças mais comuns que ocorrem na velhice, as relações interpessoais: idoso x família x cuidador, informações sobre rede de serviço e legislação, a ética e a função do cuidador e, finalmente, o auto-cuidado do cuidador. Nas aulas práticas devem ser trabalhadas e observadas as diversas funções do cuidador da pessoa idosa, de modo a colocar em prática os conhecimentos adquiridos em sala de aula.

Manual do Cuidador da Pessoa Idosa (2008) traz ainda que deve ser observado ainda outras qualidades como qualidades físicas e intelectuais; capacidade de ser tolerante e paciente; capacidade de observação; qualidades éticas e morais; responsabilidades; motivação; bom senso e apresentação.

Schwanke e Feijó (2007) relatam a classificação dos cuidadores e sua importância. Para elas existe a distinção entre cuidado formal e informal com base no critério da natureza do vínculo entre idosos e cuidadores. O cuidado formal é aquele oferecido por profissionais e o informal, por não-profissionais. Chama a atenção o fato nos estudos realizados no Brasil (Sommerhalder, Neri, 2005; Valásques, Dal Rio, Marques e Medeiros, 1990, Mendes, 1998) quando é ressaltado o perfil dos cuidadores, a feminilização desta atividade. Silva (1995), em sua dissertação de Mestrado escreve que é evidente porque as mulheres acabam assumindo este papel. A elas é delegado socialmente o papel de cuidar de tudo o que está vinculado aos relacionamentos dentro do lar.

Ainda em relação ao perfil dos cuidadores, Medeiros e Diniz (2004), citam em seu texto que na década de 1990, pensadoras feministas lançam um argumento com profundas implicações para as políticas públicas: a experiência da deficiência é uma experiência familiar com recorte de gênero. Ao mostrar que a deficiência é acompanhada de arranjos familiares voltados para o cuidado da pessoa deficiente essas pensadoras evidenciam que não são apenas as pessoas com algum tipo de restrição corporal que necessitam da atenção das políticas públicas. Como, devido à divisão sexual do trabalho, os cuidadores são predominantemente mulheres, a deficiência, quando entendida como um fenômeno familiar, possui um viés de gênero. São as mulheres, por exemplo, que se afastam do mercado de trabalho para cuidar das pessoas com deficiência, de crianças pequenas, ou idosos. Nos casos dos homens idosos, este

recorte inclui uma sobreposição de gênero à idade. Dado o padrão típico de arranjo familiar, são as mulheres idosas que cuidam desses homens. Esse afastamento tem uma série de implicações para as mulheres, como a ausência de recolhimentos para o sistema previdenciário entre as mulheres em idade economicamente ativa e isso não pode passar esquecido pelas políticas públicas.

É possível fazer uma análise no Manual dos Formadores de Cuidadores de Pessoas Idosas, formulado pelo Governo do Estado de São Paulo (2009) são abordados vários aspectos que o cuidador deve obter durante seu curso para o melhor cuidado do idoso. Atualmente, os cuidadores aparecem na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) na família 5162 - Cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos. A ocupação é denominada “Cuidador de idosos” (código 5162-10) e tem como sinônimos “Acompanhante de idosos, Cuidador de pessoas idosas e dependentes, Cuidador de idosos domiciliar, Cuidador de idosos institucional, Gero-sitter”. Sua função primária é: Cuidar de idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida.

CAPÍTULO II – CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO, OBJETIVOS E METODOLOGIA

Sendo uma técnica decisiva para a pesquisa em ciências sociais e humanas, a análise documental é indispensável porque a maior parte das fontes escritas – ou não – é quase sempre a base do trabalho de investigação; é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos. A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (Ludke e André, 1986).

Para realização do trabalho. Foi analisado no AEC os documentos referentes aos cuidadores que trabalham na instituição, através de um livro que contém o registro de todos os funcionários foi possível identificar o perfil dos cuidadores.

O grupo escolhido para fazer o estudo são indivíduos que trabalham no cuidado de idosos com deficiências múltiplas institucionalizados que merecem uma atenção diferenciada por cuidarem de pessoas que tem suas limitações intelectuais e físicas, e também por serem indivíduos institucionalizados.

Objetivo geral:

Conhecer a qualificação e a formação dos profissionais que atuam como cuidadores de idosos com deficiência em uma instituição de assistência na cidade de Ceilândia.

Objetivos Específicos:

- Levantar o perfil dos cuidadores atuantes na instituição;
- Identificar a qualificação desses profissionais atuantes;
- Relacionar as recomendações voltadas à qualificação do cuidador;
- Destacar as lacunas na formação e na qualificação para o cuidado com idosos com deficiência, através da análise do perfil dos cuidadores.

A análise foi realizada pela análise documental feita a partir do registro dos funcionários do AEC. Neste caderno de registro existem informações a respeito de todos os funcionários, independente do setor que atua. Como critério de inclusão da análise, somente foi analisado as informações referentes aos cuidadores de idosos. Como critério de exclusão, não entraram na análise os aqueles funcionários do AEC que não atuam como cuidadores, cuidadores de idosos sem deficiência, cuidadores informais (familiares, etc).

De acordo com o objeto do estudo e o público escolhido para a pesquisa, foram analisadas algumas questões sobre a formação e a capacitação do cuidador que é o profissional de saúde responsável pelos idosos com deficiências múltiplas acolhidos no AEC, com o objetivo de identificar a formação e qualificação desses cuidadores e a eventual existência de lacunas ou a sinalização de ajustes, tendo como referência a prática e o cotiado do trabalho desses profissionais.

Aspectos a serem observados na análise documental:

- Perfil dos cuidadores atuantes na instituição;
- Idade e sexo;
- Tempo de ingresso na instituição;
- Escolaridade e tipo de formação profissional;
- Curso específico para qualificação de cuidador de idosos e tempo decorrido de sua realização;
- Curso de reciclagem, atualização e/ou aperfeiçoamento na modalidade de educação continuada realizado dentro da instituição;
- Adequação e suficiência da formação para atendimento ao idoso com deficiência.

CAPÍTULO III- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Hoje no AEC trabalham 42 funcionários: 2 técnicos em enfermagem atuantes na área; 2 lavadeiras; 4 que atuam nos serviços gerais como limpeza e manutenção; 2 motoristas; 1 gerente do depósito, 5 cozinheiras; 5 funcionários na parte administrativa sendo os cargos de coordenador administrativo, assistente social, auxiliar administrativo, secretário, nutricionista e psicólogo; 21 cuidadores, sendo apenas 2 do sexo masculino que trabalham, especialmente, no cuidado dos abrigados do sexo masculino, por questões éticas e de ordem da instituição.

Foi possível analisar os dados através do caderno de registro dos funcionários. Observa-se no Quadro 1 o perfil dos cuidadores do AEC, em especial, sua formação e capacitação para a atual profissão.

QUADRO1: Perfil dos cuidadores

	Data de nascimento	Ingresso na AEC	Formação	Possui curso do cuidador com certificado	Quando fez o curso
Sujeito 1	19/06/1978	1/06/2013	Ensino Superior Completo	Não possui.	-
Sujeito 2	18/09/1990	01/04/2013	Técnico em Enfermagem	Não possui.	-
Sujeito 3	05/04/1978	1/11/2012	Ensino Médio	Não possui	-
Sujeito 4	21/08/1985	13/12/2012	Ensino Médio	Possui o curso com certificado.	03/2013
Sujeito 5	29/05/1984	01/11/2012	Técnico em Enfermagem incompleto.	Não possui.	-
Sujeito 6	30/09/1984	01/07/2013	Técnico em Enfermagem incompleto	Não possui.	-

Sujeito 7	10/08/1977	01/06/2013	Ensino Médio	Não possui.	-
Sujeito 8	24/05/1969	01/06/2013	Técnico em Enfermagem incompleto	Não possui..	-
Sujeito 9	20/07/1984	02/01/2012	Ensino Médio	Não possui.	-
Sujeito 10	24/10/1972	28/11/2012	Ensino Médio	Não possui.	-
Sujeito 11	18/04/1974	27/11/2012	Superior Incompleto	Não possui..	-
Sujeito 12	28/09/1961	18/03/2010	Ensino Médio	Não possui..	-
Sujeito 13	23/03/1985	01/03/2008	Ensino Médio	Possui curso com certificado.	02/2011
Sujeito 14	04/11/1970	Trabalha no AEC há mais de 20 anos.	Ensino Médio	Não possui.	-
Sujeito 15	01/07/1956	04/05/2005	Ensino Médio	Não possui.	-
Sujeito 16	30/11/1974	01/04/2011	Ensino Médio	Não possui.	-
Sujeito 17	04/05/1956	Trabalha no AEC há mais de 10 anos	Ensino Médio	Não possui.	-
Sujeito 18	01/11/1976	14/01/2012	Ensino Médio	Não possui.	-
Sujeito 19	24/04/1987	20/09/2012	Ensino Médio	Não possui.	-
Sujeito 20	24/07/1982	01/04/2013	Técnico em Enfermagem	Não possui.	-
Sujeito 21	23/02/1974	01/06/2012	Ensino Médio	Não possui	-

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do Caderno de Registro dos Funcionários do AEC, 2013.

Como já relatado, vimos que segundo o Projeto de Lei já aprovado (PLS nº 284/2011) todo cuidador de idosos deve ser maior de 18 anos, ter concluído o ensino fundamental e um curso específico que o qualifique a exercer a profissão. Durante a pesquisa concluímos que apenas 2 dos 21 cuidadores que realizaram o curso de cuidadores de idosos possuem o certificado na instituição, no caderno de registro dos funcionários.

É possível analisar a idade dos cuidadores pelo gráfico a seguir:

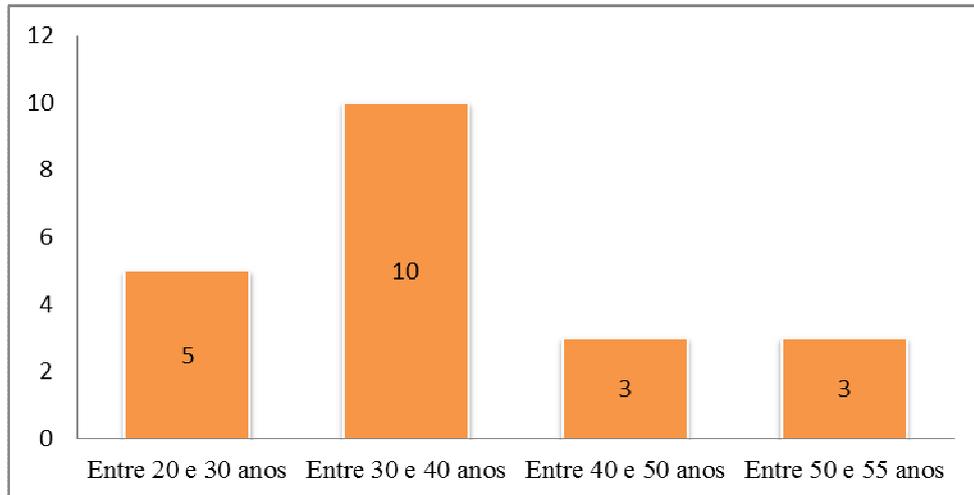


Gráfico II: Idade dos cuidadores

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do Caderno de Registro dos Funcionários do AEC, 2013.

Observa-se que a no gráfico 2: Idade dos cuidadores é indicado que a menor idade dos cuidadores é de 20 a 30 anos, com 5 profissionais atuantes nesta faixa etária; a maioria dos cuidadores do AEC possuem entre 30 e 40 anos, com 10 profissionais; entre a idade de 40 a 50 e 50 a 55 existem 6 cuidadores, 3 em cada média de idade.

Em relação ao tempo que o indivíduo ingressou na instituição como cuidador existe uma variação muito grande do tempo:

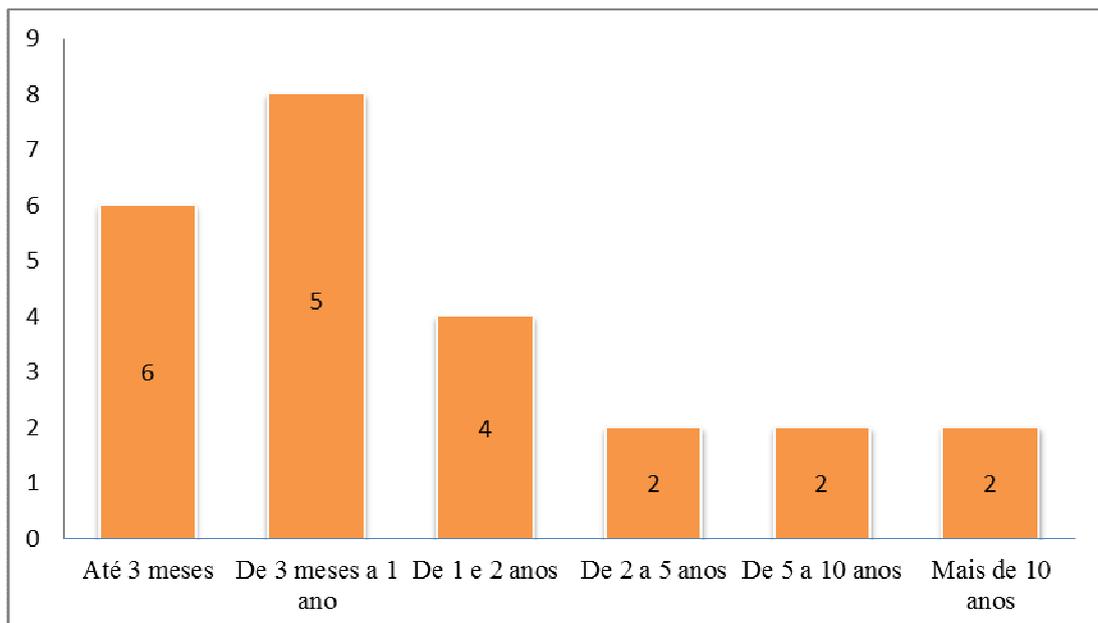


Gráfico III: Tempo de ingresso no AEC

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do Caderno de Registro dos Funcionários do AEC, 2013.

No tempo sinalizado no gráfico 3: tempo de ingresso no AEC, é possível analisar que existe uma variação de 3 meses até 20 anos. Dos 21 cuidadores, a maioria ingressou há 3 meses, 5 pessoas de 3 meses a 1 ano. Tendo em vista que o Manual do Cuidador da Pessoa Idosa (2008) mostra que a atividade de Cuidador de Idosos foi classificada como ocupação pelo Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, passando a constar na tabela da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, sob o código 5162-10 e que para se inserir como um profissional da classe é necessário o curso de cuidador de idosos. Era esperado que esses cuidadores que começaram a trabalhar no AEC depois do ano de 2008 já tivessem feito o curso anteriormente, como uma exigência da instituição, porém, os resultados nos mostra outra realidade, os 2 cuidadores que possuem o curso de cuidador de idosos, um deles realizou o curso há apenas 7 meses e o outro a 5 anos e 3 meses. Os cuidadores que trabalham na instituição há mais de 10 anos não possuem o curso, o que aponta que não foi exigido pela instituição o certificado do curso de cuidador de idosos. Dessa forma, é possível sinalizar a necessidade de atualização na formação dessas pessoas tanto que trabalham há muito tempo, quanto às demais.

Para melhor caracterização do perfil dos cuidadores, foi analisada também a escolaridade desses profissionais:

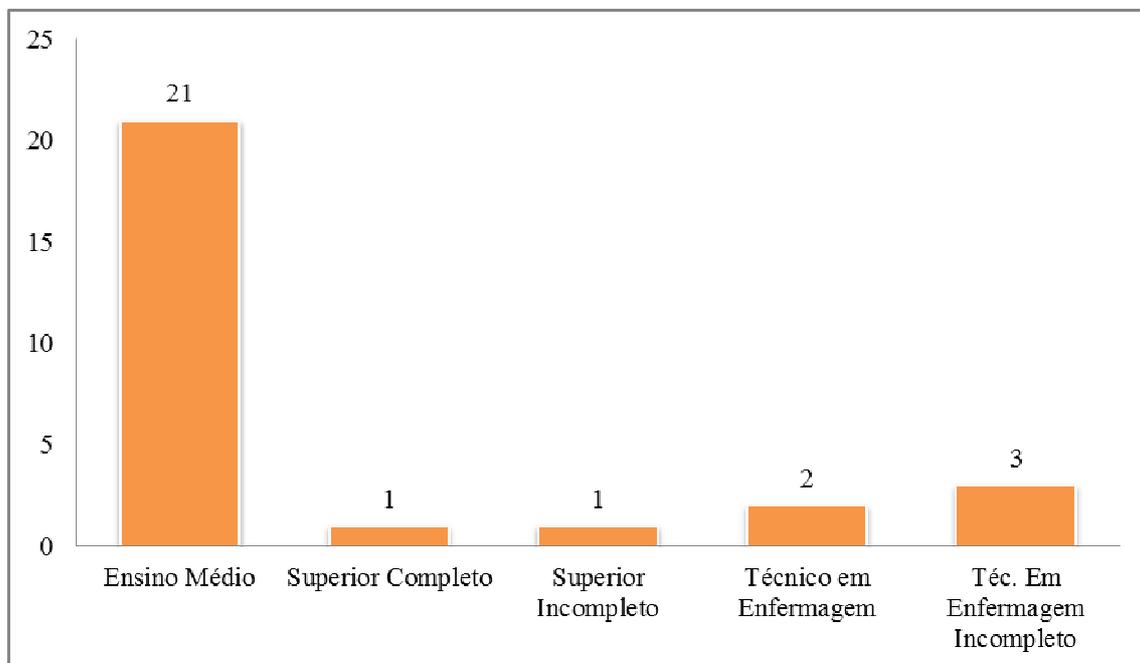


Gráfico IV: Escolaridade dos cuidadores

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do Caderno de Registro dos Funcionários do AEC, 2013.

A respeito da escolaridade dos cuidadores, o gráfico 4: escolaridade dos cuidadores nos mostra que todos os cuidadores do AEC concluíram o ensino médio; apenas 1 possui curso superior completo; 1 possui curso superior incompleto; 2 concluíram o curso técnico em enfermagem; 3 estão concluindo o curso técnico em enfermagem. Desses, os que possuem o curso do cuidador de idosos possuem apenas o ensino médio completo.

Ao analisar os documentos, percebe-se que é mais valorizada a experiência como cuidador e as atividades feitas no próprio Abrigo. Podendo ser aqui ressaltada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) que valoriza as práticas profissionais, e tem como objetivo a aprendizagem no trabalho.

Como esperado, a maioria dos cuidadores não possuem o certificado do curso de cuidador de idosos, além disso, o curso não é suficiente nem adequado para capacitá-los para a profissão de cuidador de pessoas com deficiência múltiplas. Existem dificuldades no cuidado dessas pessoas, principalmente por se tratarem de idosos com deficiência intelectual, pois, de fato, o curso de cuidador de idosos não os capacitam para lidar com essa e outras deficiências, pois, não existem, nos cursos oferecidos para qualificação desse profissional, conteúdos ou abordagens que tratem do tema da deficiência ou informem sobre as especificidades desse segmento populacional.

Embora o acesso às informações inseridas nos Cadernos de Registros dos Funcionários tenha assegurado maior institucionalidade aos dados do estudo, elas acabaram se configurando, também, uma limitação, já que é possível que os Cadernos não estejam atualizados sobretudo com relação à formação, à capacitação ou à realização de curso específico para o cuidado de idosos.

Em relação ao incentivo da educação continuada, ainda que as informações extraídas não permitam uma avaliação, de acordo com informações prestadas pelo AEC quando da reunião para autorização de acesso às informações sobre os cuidadores, o referido incentivo é referido como a liberação uma hora mais cedo do trabalho para aqueles profissionais que tenham interesse ou estejam, por conta própria, fazendo algum tipo de formação ou capacitação.

CONCLUSÃO

Considerando-se que o envelhecimento da população é uma realidade constatada num grande número de nações de hoje, não é surpreendente que ele venha se colocando com sempre maior intensidade como desafio também no Brasil, conseqüentemente, a atenção no cuidado ao idoso também se torna um desafio crescente. Como o idoso apresenta maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e de incapacidade, potencializamos a vulnerabilidade do idoso com deficiência, que necessita de uma atenção específica para suas necessidades.

Foi identificada a necessidade de uma formação e capacitação adequadas às reais necessidades dos idosos institucionalizados que possuem deficiências múltiplas, não sendo a formação existente hoje dos cuidadores do AEC suficiente para a melhor atenção e cuidado de idosos com deficiências múltiplas.

Considerando que dos 21 cuidadores, 15 possuem idade entre os 20 e 40 anos, e que a maioria desses ingressaram na profissão há 3 meses, era esperado que esses cuidadores possuíssem a exigência publicada em 2008 de ter a qualificação do curso do cuidador, essa situação fica ainda mais preocupante com relação à formação, poucos possuem alguma formação nos cursos da área da saúde como o técnico em enfermagem, que daria um suporte no cuidado desses indivíduos, no entanto, justamente em função da idade predominante e do ingresso recente em uma instituição de assistência, a busca por qualificação desses profissionais, ainda que depois do seu ingresso, poderá incidir sobre melhores cuidados a essa população institucionalizada pelo menos nos próximos anos, qualificação essa, incentivada pela Política de Educação Permanente.

Como estudante de Saúde Coletiva, identifico uma lacuna tanto na implementação das normas que são estabelecidas hoje para trabalhar como um cuidador de idosos quanto nas políticas públicas voltadas às pessoas com deficiências múltiplas institucionalizadas para que haja uma melhor atenção e cuidado a essas pessoas com grande vulnerabilidade.

Uma limitação do estudo está relacionada a inexistência de informações sobre atualizações nas fichas cadastrais dos profissionais da instituição, o que dificulta a análise dos resultados e pode levar à conclusões sobre ausência de cursos realizados que eventualmente os tenham sido feito, mas que podem não terem sido incorporados.

É identificada neste trabalho a importância de outros estudos a respeito do curso de cuidador de idosos, as matérias oferecidas, sua carga horária e experiência em vivência como os estágios para saber se são adequados e suficientes para o melhor cuidado e atenção dos indivíduos, até mesmo sem a vulnerabilidade da deficiência.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Íuri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n., p.1199-1207, 04 out. 2007.

BRASIL, Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 set. 1990.

Brasil. [Estatuto do idoso (2003)]. **Estatuto do idoso** : Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e legislação correlata. – 5. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 169 p. – (Série legislação; n. 51)

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASÍLIA. Tomiko Born. Secretaria Especial Dos Direitos Humanos (Org.). **Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial Dos Direitos Humanos, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demogr.**, Rio de Janeiro, p.1-215, 2010.

LUDKE, M; ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Débora. **A nova maneira de se entender a deficiência e o envelhecimento**. Brasília, setembro. 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/td_1040.pdf>. Acesso em: maio de 2013.

MENDES, Glauciane; MIRANDA, Sílvia; BORGES, Maria. **Saúde do Cuidador de Idosos: um desafio para o cuidado**. Ipatinga: Unileste-MG-V.3-N.1-Jul./Ago. 2010.

MOREIRA, Marcia; CALDAS, Célia. **A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso**. Rio de Janeiro, setembro. 2007.

NASCIMENTO, Edna Costa Araújo. **Atendimento Humanizado ao Idoso**. 2010. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (3º) - Curso de Técnico em Enfermagem, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas, Capetinga, 2010.

NUNES, Eduardo. Em 30 anos, Brasil será um país "adulto e maduro", diz presidente do IBG. **Correio Braziliense**, Brasília. 72 de set , 2010.

SCHWANKE, Carla H. A.; FEIJÓ, Anamaria G. S.. **Cuidando de cuidadores de idosos**. Brasília, setembro. 2007. Disponível em: <http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/arquivos/revista_bioetica.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2012.

SEGALLA, Juliana Izar Soares da Fonseca; SILVA, Cristiane Ribeiro da; PEDROSO, Gabriela Saes. O idoso e a deficiência – um novo olhar à questão da inclusão social do idoso. In: Congresso Nacional do Conpedi, 17., 2008, Brasília. **Congresso Nacional do CONPEDI**. Brasília DF: Brasília, 2008. p. 1017 - 1033.

SILVA, Francisca Souza, PINTO, Maria José Mendes e GUEDES, Maria Lucy Alves de. **Análise das Políticas Públicas de Saúde Voltadas para a pessoa idosa com deficiência no Brasil e no Distrito Federal**. 2007. Monografia (Especialização) - Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

VELASQUEZ, M.D., DAL RIO, M.C., MARQUES, D.D., MEDEIROS, S.A. da R. Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: NÉRI, A.L. (org). Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais, 2 ed. Campinas, (São Paulo): Alínea, 2006.

Veras RP. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: **demandas e desafios contemporâneos**. Introdução. *CadSaude Publica*. 2007.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n., p.548-554, 10 dez. 2009.