



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS- UFAM
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS - ICHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA - PPGSS**

**AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS CUIDADORES DE IDOSOS
FRAGILIZADOS EM MANAUS.**

BIANCA LADISLAU ABECASSIS

**MANAUS-AM
SETEMBRO, 2011**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS- UFAM
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS - ICHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA - PPGSS**

BIANCA LADISLAU ABECASSIS

**AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS CUIDADORES DE IDOSOS
FRAGILIZADOS EM MANAUS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia - PPGSS, da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dra. Yoshiko Sasaki

**MANAUS-AM
SETEMBRO, 2011**

BIANCA LADISLAU ABECASSIS

AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS CUIDADORES DE IDOSOS FRAGILIZADOS EM MANAUS.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof^o Dra. Yoshiko Sasaki – Presidente
Universidade Federal do Amazonas

Prof^o Dra. Cristiane Bonfim Fernandez- Membro
Universidade Federal do Amazonas

Prof^o Dra. Raquel Wiggs – Membro
Universidade Federal do Amazonas

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, meu noivo, minhas irmãs e
sobrinha pelo incentivo nesta trajetória.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pelo seu imenso amor, que me conduziu a mais uma vitória em minha vida, por ter me possibilitado enfrentar os obstáculos com sabedoria e determinação, iluminando todos os meus passos.

Aos meus pais Maria Rúbia Ladislau Pereira e Salomão Soares Abecassis por estarem sempre ao meu lado dando o apoio necessário para o alcance de mais uma conquista o grau de Mestre em Serviço Social, a vocês todo meu amor e carinho.

Ao meu noivo Ferdinando D'lezet Silveira Souza pelo amor, compreensão, apoio e paciência nos momentos difíceis.

A minha avó Consuelo Ladislau Pereira pelo incentivo e palavras sábias para continuar lutando por meus objetivos.

A Professora Dra. Yoshiko Sasaki, minha orientadora que me acompanha nesta jornada científica desde a graduação, sou grata pela sua participação em minha vida intelectual, ao ensinar-me novos conhecimentos, permitindo assim meu amadurecimento intelectual, como também pela amizade que construímos ao longo desses anos, pelo apoio, incentivo e dedicação.

A Prof. Dra. Cristiane Fernandes, pelo incentivo, amizade e participação no Exame de Qualificação, trazendo relevantes contribuições.

As amigas, Daniele Maia, Josiara Pereira, Valmiene Florindo, Natalie Melo, Karen Albuquerque, Silvânia Queiroz e Ana Paula Oliveira pela torcida desta conquista e convivência, vocês são especiais.

Aos amigos também especiais Irazê e Edimilson Leão pelas palavras sábias e de incentivo.

As cuidadoras entrevistadas pela participação na pesquisa e contribuição na construção deste trabalho.

A Gestora da Política Municipal do Idoso Dra. Marta Coutinho, a Dra. Fernanda (Coordenadora do curso de cuidador formal de idosos) e a Maria (secretária), pelo apoio e participação para o desenvolvimento deste trabalho.

As mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

As professoras do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia

Ao CNPq que disponibilizou a bolsa para a realização desta pesquisa.

A Universidade Federal do Amazonas pelas oportunidades desde a graduação.

A todos vocês meu carinho e gratidão!

“Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência”(BOFF,1999).

RESUMO

O crescimento da população de idosos é um fenômeno mundial, em que muitos também estão envelhecendo, devido aos avanços da tecnologia médica que permitem o homem viver mais, mas não é garantia de qualidade de vida para todos, pois muitos envelhecem pobres tendo que lutar junto com a sua família para sobreviver. Com o aumento na expectativa de vida, os idosos de idade avançada, os acima de 80 anos, passam a demandar por cuidados para realização das atividades básicas de vida diária, pela incidência de doenças crônicas, tornando-se dependentes. A família vêm passando por notáveis transformações, a partir da inserção da mulher no mercado de trabalho, entre outros fatores, ocasionando a redução do seu tamanho, surgindo vários modelos de família e com demandas específicas. A maioria das famílias brasileiras é responsável pelos cuidados dos seus idosos, mas sem nenhuma orientação e treinamento, poucos ainda podem contratar um profissional ou cuidador formal para prestar apoio e cuidados. Nessa perspectiva, quanto ao objetivo geral, buscou-se analisar em que condições trabalham os cuidadores de idosos fragilizados nos domicílios em Manaus. Quanto aos objetivos específicos: identificar quem são os cuidadores formais e os idosos fragilizados; descrever as atividades desenvolvidas pelos cuidadores; analisar se a atuação profissional dos cuidadores nos domicílios estão de acordo com o que aprenderam no curso de formação. A metodologia foi de natureza quantiqualitativa e o método utilizado foi o estudo de caso, em que realizamos a análise das falas e dos depoimentos, numa perspectiva crítica da realidade possibilitado através do contato direto com as trabalhadoras. Do total de 248 cuidadores formados em 2008 identificamos 08, destes 05 aceitaram participar. Os critérios de inclusão foram: aceitar participar da entrevista como voluntária; 2) estar cuidando de idosos fragilizados independente do tipo de agravo de saúde; 3) atuar em domicílio. Quanto ao critério de exclusão: 1) não aceitar participar da entrevista 2) atuar em unidades de saúde, instituição de longa permanência ou ser cuidador familiar 3) Falecimento do idoso. Aplicou-se roteiro de entrevista semi-estruturada às 05 cuidadoras e 01 questionário à gestora municipal da política do idoso, totalizando 06 sujeitos, que após a coleta dos dados analisamos as falas. Resultados: As cuidadoras formais são exclusivamente mulheres do grupo envelhecidas, que atendem idosos de classes média e alta, residentes na zona Norte, consideradas trabalhadoras precarizadas pela exploração de atividades não contempladas a sua função, com não reconhecimento e valorização da família, mal remuneradas, por ainda não serem oficialmente reconhecidas como profissionais. As atividades desenvolvidas são para dar apoio às atividades básica de vida diária para autonomia e independência da pessoa idosa. Devido à intensa jornada de trabalho com contrato de trabalho formal ou não, e ausência de apoio da família a esses cuidadores, ficam sobrecarregadas, acumulam estresse, deixam de se cuidar em função do trabalho por medo de perder o emprego e o vínculo com o idoso, demandando também por cuidados de saúde e assistência. A função de cuidador formal precisa ser reconhecida como profissão, para que a família, o Estado e a sociedade possam fiscalizar esses serviços, para propiciar um atendimento qualificado aos idosos em domicílio, reduzindo significativamente a discriminação de gênero, bem como proporcionar melhor remuneração.

Palavras- Chaves: idosos fragilizados - cuidadores formais - trabalho.

ABSTRACT

The growing population of elderly is a worldwide phenomenon, in which many are also older, due to advances in medical technology that enable man to live longer but not a guarantee of quality of life for everyone, because many older, having to struggle with poor with his family to survive. With the increase in life expectancy, older age, those over 80 years, begin to demand for care by performing basic activities of daily living, the incidence of chronic diseases, making them dependent. The family have been going through a remarkable transformation, from the inclusion of women in the labor market, among other factors, causing a reduction in their size, number of emerging models of family and specific demands. The majority of Brazilian families are responsible for the care of their elders, but without any guidance and training, few can still hire a professional caregiver support and formal care. From this perspective, as to the overall goal, we sought to analyze the working conditions of caregivers of frail elders in Manaus. The specific goals: identify who are the caregivers and the frail elderly; describe the activities performed by caregivers in households consider whether working conditions affect their health, causing interference in the practice of caring. The methodology was quanti nature and the case study method. The techniques: documentary research, interviews and use the recorder. Of the total of 248 caregivers identified 08 graduates in 2008, these 05 agreed to participate. The inclusion criteria were consent to participate in the interview as a volunteer, 2) be caring for frail elderly independent of the type of health problem, 3) work at home. As for the exclusion criteria: 1) refused to participate in the interview 2) work in health units, long-term institution or family caregiver. Script was applied semi-structured interview with 05 caregivers and 01 questionnaire to municipal management policy for the elderly, totaling 06 subjects, that after collecting the data we analyze the speeches. Results: The formal caregivers are only women in the group envelhecetes that serve the elderly of middle and upper classes who lived in the north, considered the exploitation of precarious workers activities not covered by its function, with no recognition and appreciation of family, low wages, for not being officially recognized as professionals. The activities are to support the basic activities of daily living autonomy and independence for the elderly. Due to the intense day of work with formal employment contract or not, and no family support to these caregivers, are overloaded, accumulate stress, taking care to leave for work for fear of losing their jobs and the link with the elderly, also by requiring health care and assistance. The role of formal caregiver needs to be recognized as a profession, for the family, the state and society can monitor these services, to provide a skilled care for the elderly at home, significantly reducing gender discrimination, as well as providing better p

Key words: frail elderly - caregivers - formal work

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Taxa de fecundidade total, taxa bruta de natalidade, taxa bruta de mortalidade, taxa de mortalidade infantil e esperança de vida ao nascer por sexo.....	23
Tabela 02: Tabela 02: Distribuição percentual, por grupo de anos de estudo de pessoas de 60 anos ou mais.....	30
Tabela 03: Tabela 03: Distribuição de rendimento médio domiciliar de pessoas de 60 anos ou mais.....	31
Tabela 04: Atividades ocupadas pelos idosos (as) depois de Aposentados – Brasil.....	33
Tabela 05: Atividades ocupadas pelos idosos (as) depois de Aposentados – Região Norte.....	33
Tabela 06: Atividades ocupadas pelos idosos (as) depois de Aposentados – Amazonas.....	34
Tabela 07: Tabela 07: Pessoas de 60 anos ou mais de idade, total e distribuição percentual dos aposentados e/ou pensionistas, por sexo, segundo as grandes regiões-2008.....	36
Tabela 08: Tabela 08: Proporção das pessoas de 60, 66 e 70 anos ou mais de idade aposentadas e ocupadas na semana de referencia, por sexo.....	38
Tabela 09: Arranjos Familiares dos Idosos residentes em domicílios particulares.....	43
Tabela 10: Proporção de internações de idosos no grupo de 60-69 anos, Brasil, 2008.....	50
Tabela 11: Proporção de internações de idosos no grupo de 70 anos ou mais, 2008.....	51

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 01: Distribuição da População idosa por faixa etária no Brasil, Norte e Amazonas.....	24
Quadro 02: Tipos de Doenças que mais atingem os idosos de Manaus, bairro zona Leste.....	49
Quadro 03: Perfil dos Idosos com Cuidadores Familiares Zona Leste e Zona Centro-Sul.....	58
Quadro04: Perfil dos Idosos com Cuidadores Formais.....	66
Quadro 05: Gênero e faixa etária dos candidatos ao curso de cuidadores.....	99
Quadro 06: Renda Individual e Renda Familiar dos candidatos ao curso de cuidadores.....	101
Quadro 07: Profissão e Escolaridade dos Candidatos ao curso de cuidador formal.....	102
Gráfico 01: Crescimento da população de 60 anos ou mais por grupo de idade.....	24

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIVDs – Atividades Instrumental da Vida Diária
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVDs – Atividades da Vida Diária
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CBO - Classificação Brasileira de Ocupações
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializada da Assistência Social
CTPS – Carteira de Trabalho e Previdência Social
DECI - Delegacia Especializada de Crime contra o Idoso
EUA – Estados Unidos da América
FGTS – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FIEAM – Federação das Indústrias do Estado do Amazonas
GEPPSSAM – Grupo de Estudo e Pesquisa de Política Social e Seguridade Social na Amazônia
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI - Instituições de Longa Permanência para Idosos
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social
MTE - Ministério do Trabalho e Emprego
OMS – Organização Mundial de Saúde
PADI – Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso
PIBIC – Programa de Bolsas de Iniciação Científica
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio

PNAS – Política Nacional de Assistência Social
PNI - Política Nacional do Idoso
PNSI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF – Programa Saúde da Família
RENADI. Rede Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
SEAS – Secretaria Estadual de Assistência Social
SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde
SPA – Serviço de Pronto Atendimento
SUAS – Sistema Único da Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1. A QUESTÃO DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL.....	22
1.1.Aspectos Demográficos sobre o envelhecimento no Brasil e as demandas por proteção social.....	22
1.2. A transformação da família e o lugar do idoso.....	39
1.3. A questão do idoso com dependência e a necessidade de cuidador.....	45
1.3.1. Perfil dos idosos fragilizados em Manaus.....	56
CAPÍTULO 2. A POLÍTICA DE PROTEÇÃO AO IDOSO E A QUESTÃO DO CUIDADOR.....	73
2.1. Direitos e as Políticas Públicas voltadas aos Idosos no Brasil.....	73
2.1.1. Política Pública de Atenção ao Idoso com Dependência.....	81
CAPÍTULO III. AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS CUIDADORES DE IDOSOS EM MANAUS.....	87
3.1. Gênero e as Relações de Trabalho na Contemporaneidade.....	87
3.2. A Questão do Cuidador Formal e a Relação Profissional.....	95
3.3. Características dos candidatos ao curso de cuidadores em Manaus no ano de 2011.....	98
3.3.1. Perfil dos cuidadores formais que atuam em domicílios.....	104
3.4. As condições de trabalho dos cuidadores formais nas famílias atendidas.....	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
REFERÊNCIAS.....	126
APENDICES	134
ANEXO.....	138

INTRODUÇÃO

A longevidade tornou-se um fenômeno mundial na sociedade capitalista, gerando mudanças no perfil epidemiológico de saúde; na estrutura familiar e organizacional, a partir da inclusão da mulher no mercado de trabalho, havendo com isso uma posterior redução no tamanho da família brasileira, e imprimindo novas responsabilidades para os idosos contemporâneos.

Essa conquista de prolongamento da vida se deve à queda da mortalidade, à fecundidade, aos avanços tecnológicos da medicina, ao controle das doenças através das vacinas, a uma cobertura mais ampla dos serviços de saúde e a melhoria das condições de habitação, entre outros fatores.

Com o aumento do número de idosos, entre eles os acima de 80 anos ou mais, tem sido geradas novas demandas por proteção social, que devido à fragilidade da idade somada as doenças crônicas inerentes a esta faixa etária, ficam dependentes de cuidados de outras pessoas da família e na ausência dela surgem os cuidadores para lhes garantir autonomia e independência (VERAS, 2003; CAMARANO, 2006; NERI, 2007)

Ainda segundo esses autores, essas mudanças de prolongamento de vida são conquistas da humanidade que permitem ao homem viver mais, mas não garantem qualidade de vida para todos, principalmente para os idosos pobres que, quando fragilizados ou doentes, recebem os

cuidados da família, sem nenhum treinamento e orientação e, pela sobrecarga de tarefas e pelo estresse, pode cometer violência física, psicológica e financeira.

Frente a esta discussão, é preciso destacar que a velhice e o envelhecimento são realidades heterogêneas. A velhice não é uma doença, mas é determinada pela trajetória de vida particular de cada indivíduo, levando em consideração que o processo de envelhecimento é um conjunto de fatores que envolve gênero, idade, etnia, renda, inserção na família e no mercado de trabalho, além dos aspectos biopsico-sócio- culturais que implicarão na qualidade de vida e irão interferir também no modo de envelhecer e de como se viverá a velhice. (TEIXEIRA 2008; NERI 2007; VERAS 2003; DEBERT 1999).

Outra questão apontada pela autora é que as mulheres estão mais participativas no mercado de trabalho e menos disponíveis para os cuidados dos doentes da sua família, reduzindo o número de pessoas para cuidar, e quando a família é pobre e não conta com apoio informal de amigos e vizinhos ou não tem como pagar alguém, o idoso fragilizado pode ficar sozinho em casa.

Levando em consideração também a redução do tamanho das famílias e os vários modelos de família, em que cresce o número de idoso que vive só (família unipessoal), entre outros tipos, surgem novas necessidades deste segmento por proteção social e de quem irá realizar esses cuidados.

Quando a família possui recursos financeiros poderá contratar o cuidador formal para lhe prestar apoio nos cuidados aos idosos fragilizados. Coloca-se como primordial na função do cuidador, além de outros requisitos, haver proximidade com o idoso e uma relação de afetividade.

Esse cuidador que está se profissionalizando tem proximidade, experiências em trabalhar com este público? Quem é esse cuidador? Por que ele quis ser cuidador de idosos? Será que a

trajetória de quem procura o curso de cuidador formal de idoso tem relação de trabalho com esse público? Quais as atividades desenvolvidas por este profissional nos domicílios? Como funciona o seu planejamento de trabalho para garantir a autonomia e a independência da pessoa idosa e também os cuidados com a sua saúde? É exigido do candidato, ao se inscrever no curso, passar por alguma avaliação médica, psicológica ou mesmo por uma entrevista sobre suas experiências com idosos?

A função de cuidador da pessoa idosa é uma ocupação reconhecida pelo Ministério do Trabalho, pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de 2002, na categoria ocupacional de cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos sob o número 5162-10, a qual assinala que, tanto no domicílio da pessoa idosa como em instituições, o cuidador exerce suas atividades sob alguma forma de supervisão, para garantir a qualidade dos cuidados, além de ser orientado para realizar o seu trabalho com menos desgaste pessoal.

Daí a relevância deste estudo no mestrado, o qual está vinculado às experiências acadêmicas desde a graduação, como ex-bolsista do Programa de Iniciação Científica - PIBIC/UFAM financiada pelo CNPq realizada no período de 2004-2005, intitulada *Famílias e políticas públicas: as múltiplas faces no relacionamento intergeracional e de gênero em suas demandas por políticas públicas de saúde, no bairro Colônia Antônio Aleixo, da zona Leste de Manaus*.

Os resultados finais apontaram que havia idosos cuidando de outros idosos doentes, em condições precárias de proteção social a este segmento, mas tal estudo não foi aprofundado, porque não era objeto de estudo naquele momento.

Agora, surge a oportunidade de voltar-se à temática “idoso e cuidador”, cujo objetivo é analisar as condições de trabalho dos cuidadores de idosos fragilizados em Manaus, tomando como base aqueles que realizaram o curso de capacitação, onde há que se destacar que não se

trata daqueles que realizaram o curso de noções básicas de cuidador familiar de idosos oferecido pela secretaria municipal de saúde - SEMSA, mas sim aqueles destinados a exercer a profissão de cuidador formal.

Vale destacar que o estudo sobre cuidadores formais ainda é pouco pesquisado no Brasil, pois as desigualdades sociais e o aumento da pobreza entre as famílias não permitem a contratação desses profissionais, sendo um serviço prestado para idosos de classes média e alta, ao contrário dos países desenvolvidos em que os próprios idosos pagam com os valores da sua aposentadoria os serviços deste profissional.

As autoras Neri (2006) e Karsh (2003) abordam as questões dos cuidadores familiares ou informais, considerando que a maioria dos idosos dependentes são cuidados por um membro da família sem remuneração e sem orientação, colocando para o Assistente Social o dever de intervir nas questões de idosos com necessidades de cuidadores.

Em Manaus este estudo além de ser pioneiro, possui relevância científica e social por revelar que os idosos e os cuidadores formais estão em situação de vulnerabilidade social, ambos precisando de apoio e de assistência, os idosos por alguns vivenciarem violência doméstica, os cuidadores pela não valorização, reconhecimento e exploração do seu trabalho.

Desta forma, buscou-se através do objetivo geral analisar em que condições trabalham os cuidadores de idosos fragilizados nos domicílios em Manaus, dando ênfase as dificuldades que eles têm no seu campo de atuação profissional. Quanto aos objetivos específicos: 1) identificar quem são os cuidadores formais e os idosos fragilizados; 2) descrever as atividades desenvolvidas pelos cuidadores; 3) analisar se a atuação profissional dos cuidadores nos domicílios estão de acordo com o que aprenderam no curso de formação.

Para desenvolver este estudo, a metodologia foi embasada em autores que tratam desta temática, construindo-se o referencial de análise (Cap. I, II e III) que orientou na construção das

categorias operacionais desta pesquisa, os quais são: idoso fragilizado, cuidador formal e trabalho.

O lócus da pesquisa foram os domicílios dos cuidadores residentes na zona Norte, Oeste e Leste e no domicílio de uma idosa na zona centro-sul. Do universo de 248 cuidadores formais formados em 2008 pela Fundação Dr. Thomas¹, identificamos uma amostra de 08 cuidadores que atuam nos domicílios, destes, 05 participaram da pesquisa, pois estabelecemos os seguintes critérios de inclusão: 1) aceitar participar da entrevista como voluntária; 2) estar cuidando de idosos fragilizados independente do tipo de agravo de saúde; 3) atuar em domicílio. Quanto ao critério de exclusão: 1) Não aceitar participar da entrevista. 2) atuar em unidades de saúde, instituição de longa permanência ou ser cuidador familiar 3) Falecimento do idoso.

A pesquisa é de natureza quantiqualitativa e o método utilizado foi o estudo de caso. Segundo Minayo (2007), este tipo de pesquisa se caracteriza por uma oposição complementar entre teoria e prática para melhor fidedignidade interpretativa, aprofundamento e riqueza de informações.

Aplicamos roteiro de entrevista semi-estruturada aos sujeitos da pesquisa, os cuidadores formais e questionário à gestora municipal da política pública ao idoso. Além deste trabalho, decidimos apresentar dois outros resultados considerados relevantes e significativos para tornar esta pesquisa enriquecedora e numa visão ampliada sobre essa discussão, apesar de não serem objeto deste estudo. O primeiro abordando os cuidadores familiares, resultado das pesquisas realizadas por três alunas de Serviço Social inseridas nos projetos de Iniciação Científica – PIBIC, cujos cuidados eram realizados em bairros das zonas Leste e Centro-Sul de Manaus. No

¹ A Fundação Dr. Thomas tem a responsabilidade de coordenar e avaliar a execução da Política Municipal do Idoso, oferecendo os seguintes serviços: Programa de Longa Permanência; Programa Conviver-Parque Municipal do Idoso; Programa de Atendimento Domiciliar de Idosos - PADI; Curso Técnico de Cuidador de Idosos e Disk Idoso.

segundo estudo, realizamos levantamento do perfil dos candidatos ao curso de cuidador formal no ano de 2011, e que em breve atuarão nessa área.

No segundo momento, coletamos os dados, analisamos as falas e os depoimentos das cinco cuidadoras entrevistadas e da gestora, numa perspectiva crítica da realidade possibilitado através do contato direto com as trabalhadoras.

Vale destacar que classificamos as cuidadoras formais por letras para analisar as falas. A primeira entrevistada foi classificada pela letra A (48 anos), a segunda pela letra B (51 anos), a terceira pela letra C (51 anos), a quarta pela letra D (64 anos) e a quinta pela letra E (51 anos). Para melhor definir o tempo de trabalho desses cuidadores nos domicílios, classificamo-los como cuidadora formal plantonista, aquela que trabalha em regime de plantão 24h por 24h; como cuidadora diarista a que trabalha duas vezes na semana; e as que não foram nomeadas trabalham todos os dias da semana, incluindo o sábado.

Segundo Chizzotti (2003), a finalidade da pesquisa qualitativa é intervir em uma situação insatisfatória, mudar situações percebidas como transformáveis.

Este estudo oportunizou conhecer o trabalho desenvolvido tanto pelos cuidadores familiares quanto pelos cuidadores formais aos idosos fragilizados em Manaus, bem como identificar algumas características dos candidatos ao curso de cuidador no ano de 2011.

Devido a algumas dificuldades encontradas em campo, envolvendo os idosos e seus cuidadores formais, optamos por analisar os trabalhos citados para poder entender melhor essa dinâmica dos cuidados e o trabalho desses cuidadores.

Primeiro selecionamos na Fundação Dr. Thomas os cuidadores formais egressos no ano de 2008 porque tinham mais tempo de formados. Identificamos 248 na relação, sendo que não

havia o controle da instituição de quem atuava ou não na função. Por isso tivemos que entrar em contato telefônico com cada um deles.

Identificamos apenas 08 cuidadores formais que estavam atuando em domicílio. Os outros estavam nas seguintes condições: 162 sem comunicação, o telefone estava desligado ou o número já era outro; 70 não atuavam na função/desempregados; 08 estão como cuidadores familiares.

A proposta inicial era entrevistar as cuidadoras formais e os idosos nos seus domicílios, e se o idoso fosse de alta dependência a família poderia ajudar a responder as perguntas.

Há de se destacar que só uma família autorizou realizar as entrevistas no domicílio da idosa, mas com a condição das entrevistas serem realizadas em horários e dias iguais tanto para a idosa quanto para a cuidadora, com a presença da filha mais velha, que ficou observando as falas e intervindo em alguns momentos, não sendo espontânea a participação da entrevistada.

Diante desta primeira experiência no domicílio da idosa, somada a não autorização das outras quatro famílias dos idosos pela sua participação na pesquisa no seu domicílio, optamos por realizar as entrevistas com as quatro cuidadoras nos seus domicílios, pois entendemos que o trabalho dessas cuidadoras atende as necessidades de cuidados dos idosos de famílias das classes média e alta, e muitos mantêm segredos, sendo menos acessíveis para expor ou revelar as suas condições de vida.

No que se refere ao levantamento dos candidatos a cuidador realizado na Fundação Dr. Thomas, encontramos como maior dificuldade a ausência de cadastros nos anos anteriores: de 2006 a 2010. Diante desse fato, selecionamos os candidatos de 2011. A Fundação Dr. Thomas recebeu 300 currículos, destes 100 iriam participar. Durante a pesquisa, como não havia previsão para seleção dos 100 candidatos, optamos por sortear aleatoriamente os 300 currículos, e destes,

retiramos 50, uma amostra significativa, representando 16% do universo, para traçar algumas características desses candidatos.

Para melhor ordenamento lógico, esta dissertação foi dividida em três Capítulos.

No I Capítulo, foi trabalhada a questão do Idoso no Brasil, sinalizando o crescimento deste segmento, principalmente os de idade mais avançada, sendo estes os mais afetados por doenças crônicas, trazendo novas demandas por proteção social e que, devido a sua condição de saúde, ficam dependentes da família e, na ausência dela, assume o cuidador formal para realizar os cuidados. A pesquisa empírica revelou como são realizados os cuidados aos idosos fragilizados em Manaus, nos seus domicílios.

No II Capítulo buscou-se identificar o que há de políticas públicas voltadas aos idosos na área da seguridade social, trazendo à pauta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e Atenção Básica, de 2006, que voltam a atenção aos idosos com fragilidades e à necessidade de cuidadores para promover autonomia e independência na realização das atividades básicas de vida diária. Em seguida, houve a pesquisa com a gestora municipal das políticas públicas ao idoso que falou sobre o curso de formação de cuidadores em Manaus.

No III Capítulo, realizou-se uma breve discussão sobre as mudanças no mundo do trabalho, inserindo no contexto da precarização do trabalho, os profissionais do *care*, que se ocupam das atividades de cuidadores nos domicílios, o gênero e as relações de trabalho. Logo após essa análise, apontamos os resultados sobre a atuação dos cuidadores formais em domicílio e as características mais relevantes dos candidatos ao curso de cuidador formal em Manaus.

CAPÍTULO I

A QUESTÃO DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL

1.1. Aspectos Demográficos sobre o Envelhecimento no Brasil e as Repercussões nas Demandas por Proteção Social.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua como idoso, para os países desenvolvidos, aquele que possui 65 anos ou mais e, para os em desenvolvimento, como o Brasil, a pessoa com 60 anos ou mais.

Os avanços tecnológicos da medicina, os controles das doenças através de campanhas preventivas na área da saúde pública permitiram ao ser humano viver mais nessa contemporaneidade. Antes somente os países desenvolvidos alcançavam a longevidade, porque propiciavam melhores condições, enquanto que os países pobres não se beneficiavam desse prolongamento da expectativa de vida.

O envelhecimento populacional tornou-se um fenômeno mundial, apresentando características distintas e desiguais entre os países. Nos países desenvolvidos, esse processo ocorreu de forma gradual com melhores oportunidades para se planejar a velhice, ao contrário do Brasil, cujo crescimento acontece desde os últimos 40 anos em ritmo acelerado sem perspectivas de melhores condições de vida para os idosos.

Os Estudos da Organização das Nações Unidas, publicados em 2002, projetaram que a população do planeta para 2050 terá maior número de idosos do que o de crianças abaixo dos 14 anos, mas não é garantia de que haja melhor qualidade de vida na velhice para todos,

principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil, onde a maioria é pobre e envelhece tendo que “lutar” para sobreviver juntamente com suas famílias.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD/IBGE 2008, a expectativa de vida dos brasileiros fica cada vez mais parecida com a dos países desenvolvidos, que já atinge uma média de 73anos. Esse índice é mais elevado para as mulheres, chegando aos 77 anos, do que para os homens que chegam aos 70 anos. Na região Norte e no Amazonas, esses números não fogem da média da realidade brasileira, como pode ser observado na tabela abaixo:

Taxa de fecundidade total, taxa bruta de natalidade, taxa bruta de mortalidade, taxa de mortalidade infantil e esperança de vida ao nascer por sexo.

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Taxa de fecundidade total	Taxa bruta de natalidade (%)	Taxa bruta de mortalidade (%)	Taxa de mortalidade infantil (%)	Esperança de vida ao nascer		
					Total	Homens	Mulheres
Brasil	1,89	16,15	6,22	23,59	73,0	69,3	76,8
Norte	2,37	20,51	4,87	24,20	71,9	69,1	74,9
Rondônia	1,89	18,89	5,14	23,00	71,5	68,8	74,4
Acre	2,91	24,52	5,02	29,80	71,7	69,1	74,4
Amazonas	2,57	20,67	4,47	25,10	71,9	68,9	75,0
Roraima	2,32	29,16	4,90	18,60	70,3	67,8	72,8
Pará	2,40	19,42	4,87	23,70	72,2	69,3	75,3
Amapá	2,69	28,29	4,83	23,20	70,7	66,9	74,7
Tocantins	2,07	19,06	5,50	26,40	71,6	69,3	73,9

Fontes: Projeto IBGE/Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA/BRASIL (BRA/02/P02), População e Desenvolvimento: Sistematização das Medidas e Indicadores Sociodemográficos Oriundos da Projeção da População por Sexo e Idade, por Método Demográfico, das Grandes Regiões e Unidades da Federação para o Período 1991/2030 e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

Tabela 1. Taxa de fecundidade total, taxa bruta de natalidade, taxa bruta de mortalidade, taxa de mortalidade infantil e esperança de vida ao nascer pro sexo.

Observa-se que a população de idosos além de estar aumentando também está envelhecendo, devido à redução nas taxas de natalidade e mortalidade infantil, ganhando mais anos de vida as mulheres idosas porque elas são as que mais cuidam de sua saúde, entre outros fatores. Daí a longevidade ser predominantemente feminina.

Dados da PNAD/IBGE 2008 apontam que para uma população de 189.953.000 habitantes já existem 21 milhões de idosos brasileiros (11,7%). O crescimento desta população na faixa etária de 60 anos ou mais já soma 51%, sendo que o grupo etário que apresenta maior índice de crescimento é o de 80 anos ou mais, com 69%. Um dado relevante é quanto aos centenários que, em 1991, somavam um total de 13.865 e, em 2000, já correspondiam a 24.576, o que representava um aumento de 77%, sendo que a maior parte deles, 4.457 estava concentrada em São Paulo; 2.808 estavam na Bahia; 2.765 em Minas Gerais e 2.029 no Rio de Janeiro. Apesar de crescente, o grupo de centenários é considerado uma “raridade”. O Gráfico e a tabela abaixo mostram a evolução deste crescimento por grupo etário:

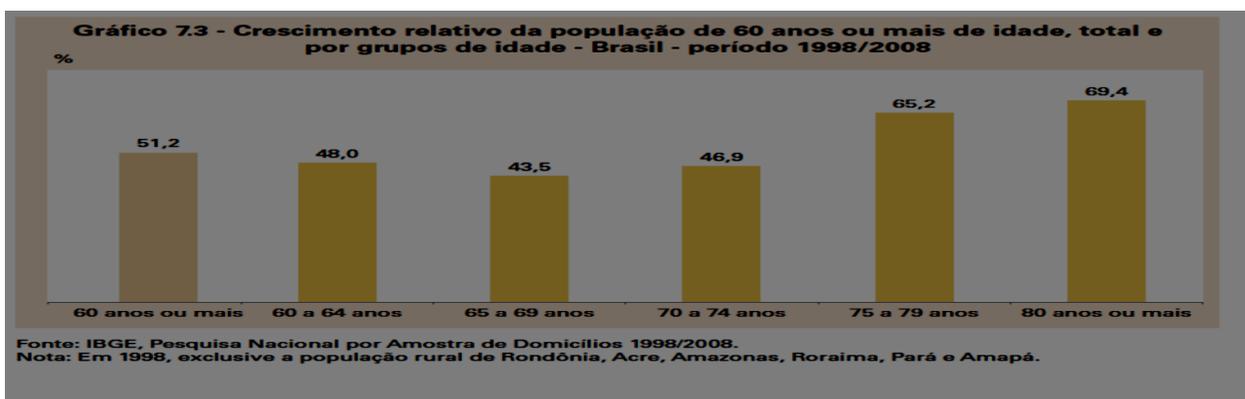


Gráfico 01: Crescimento da população de 60 anos ou mais por grupo de idade.

ANO	ÁREA	FAIXA ETÁRIA						POP. IDOSA	%	POP. TOTAL
		60 a 69	%	70 a 79	%	80+	%			
2008	BRASIL	11.587.000	55,07	6.458.000	30,69	2.849.000	13,54	21.039.000	11,07	189.953.000
	NORTE	643.734	59,43	306.540	28,30	137.943	12,73	1.083.000	7,06	15.327.000
	AMAZONAS	129.162	60,35	61.182	28,58	27.192	12,70	214.000	6,29	3.399.000

Quadro 01: Distribuição da População idosa por faixa etária no Brasil, Norte e Amazonas.
FONTE: IBGE 2008.

Na tabela acima, constata-se que a Região Norte e o Amazonas ainda possuem números bastante reduzidos de idosos se comparados às demais regiões e aos estados brasileiros. A região

Norte apresenta 1.083.000 e o Amazonas aparece com 214.000 idosos. Apesar de não muito expressivo esse número vem apresentando um crescimento progressivo, o qual, em sua maioria, é representado por migrante, que vieram em busca de trabalho, renda ou melhores condições de vida. (IBGE, 2000)

Segundo essa mesma fonte, os números de idosos brasileiros já superam alguns dos países europeus como França, Inglaterra e Itália que possuem entre 14 e 16 milhões de idosos, ocupando a oitava colocação dentre os países com maior número de idosos em sua população. Os primeiros do *ranking* são China, Índia, EUA, Japão, Rússia, Alemanha e Indonésia.

Ainda, projeções dessa mesma fonte apontam que haverá 32 milhões de idosos brasileiros em 2025 e seremos o sexto lugar no *ranking* mundial de países com maior população de idosos. O fator preocupante é que esse crescimento acontece de modo diferente entre os estados brasileiros em que as desigualdades socioeconômicas são mais intensas.

Outra questão que merece atenção é que a sociedade ainda não se preparou para a velhice, ainda se pensa no Brasil como um país de jovens, o que gera graves consequências e, ao mesmo tempo, subsídios para um debate maduro quanto ao sistema previdenciário, a feminização da velhice, os custos do tratamento de saúde dos idosos e a composição e organização das famílias.

Os problemas associados ao envelhecimento, como aposentadorias e doenças próprias da terceira idade, têm como consequências altos custos para o Estado e, portanto, requerem adoção de políticas públicas eficientes para atender melhor esta demanda, que é considerada como dependente, pela fragilidade causada pela idade, em termos de trabalho e renda e por ser beneficiária da previdência social ou não, posição na família. Estes são desafios para o Estado, a sociedade e a família que devem criar condições para libertá-los dos preconceitos e da marginalização, resgatando sua dignidade, proporcionando-lhes qualidade de vida,

independência e autonomia pelo maior tempo possível e convertendo suas reivindicações em conquistas (CAMARANO,1999; ALBUERQUE, 2008; MENDES,2009).

Deste modo, pode-se entender que promover qualidade de vida não é se preocupar somente em as questões de saúde, mas engloba um conjunto de fatores que implicam assegurar melhores condições de vida ao ser humano: moradia, saneamento básico, alimentação, educação, trabalho, renda, prevenção de doenças, entre outros serviços, pois, de acordo com Beauvoir (1990), “a idade cronológica e a idade biológica estão longe de coincidir” (p. 40). A senescência é vivida de variadas formas, uns envelhecem rápido, outros, lentamente e outros são considerados condizentes com suas idades. “O declínio é acelerado ou retardado por inúmeros fatores: a saúde, a hereditariedade, o meio ambiente, as emoções, os hábitos passados, o nível de vida”. (idem). Em relação às pessoas que até então aparentavam a idade que tinham ou até menos e como que de repente sofressem um “ataque de velhice” (Idem, p. 41), afirma que são alguns fatores como uma doença, o *stress*, a perda de um ente querido, um desgosto, uma decepção ou um fracasso, que fazem com que seu sistema deteriore apresentando sua real idade. E esta queda emocional além de atingir os órgãos pode levar até a morte. Mas se o idoso não for acometido por tais situações, se possuir uma boa saúde, poderá compensar as capacidades perdidas e prolongar seus anos de vida.

Isto se explica porque a velhice é uma experiência bastante heterogênea e determinada pela trajetória de vida particular do indivíduo, entendida como uma totalidade biopsicossociocultural que envolve gênero, classe social, personalidade, história de vida, contexto socioeconômico, nível educacional, capacidade de manter uma rede de relações afetivas e sociais, bem como o nível de satisfação com as várias situações e eventos de vida, logo estes fatores irão interferir no modo de envelhecer e de como se viverá a velhice.

Ainda que a velhice tenha conquistado visibilidade por conta do crescimento da população idosa e do aumento da longevidade e o atendimento tenha se voltado em defesa dos direitos da pessoa idosa, mesmo assim, não é tratada com a devida importância perante os meios de comunicação, pelo próprio preconceito e pela noção depreciativa que se tem do idoso.

As atitudes, os preconceitos e estereótipos atribuídos à velhice e aos idosos são predominantemente negativos. No imaginário social, o conceito amplo de velho é construído em contraposição à identidade dos jovens. As qualidades estigmatizadoras associam-se a perdas e déficits, a imagens como improdutividade, imobilidade, demência, incapacidade, dependência, doença, solidão, implicância, tristeza, desatualização, desinformação; outras são mais sutis, cercadas de cinismo, encontradas no tom protetor que faz com que os idosos nem percebam que estão sendo objeto de preconceito, como os termos: “velhinho”, “vovozinha”, “tia”, “idade legal”, “maior idade”, “melhor idade” ou “gatão de meia idade”. Raramente se permite que as pessoas idosas sejam ouvidas sobre suas experiências de vida, prevalecendo uma concepção distante da realidade daqueles que envelhecem, negando ao velho a possibilidade de constituir-se como sujeito (CURADO, MERCADANTE,2003; NERI,2007, ALMEIDA,2003; MASCARO,2004).

Esta concepção negativa que se faz da velhice pode afetar a qualidade de vida da pessoa idosa, impedindo-a de valorizar as potencialidades inerentes a esta etapa.

Pesquisas realizadas por (Neri,2007; Mercadante 2003; Mascaro,2004) com idosos, no Brasil, sobre como eles vivenciam o processo do envelhecimento, apontam que muitos dos depoentes com mais de 60 anos responderam que não se percebem como idosos dentro dos estereótipos estabelecidos pelo conceito geral de velhice e afirmam que velho é o outro, associando a velhice a um corpo doente. Imaginam que só os outros é que irão envelhecer, ficar velho e morrer. Há um pequeno grupo que apreende a velhice como uma etapa aparentemente

positiva em que os indivíduos conquistam experiência de vida, um espírito mais desenvolvido, mas que não significa que se incluam na categoria de velho.

Apontam os autores que a construção da identidade do idoso é negada por todos os sujeitos entrevistados. A fuga à categoria genérica de velho se explica porque enxergam a velhice como declínio cujo primeiro sinal aparece no corpo: pele enrugada, cabelos brancos, andar alquebrado. Relacionam também que ser velho é ser doente, por isso classificam que velho é “o outro”. Afirmam que o corpo envelhecido é tão doente que o sujeito não tem mais condições de cuidar de seu próprio corpo.

Neri (2007) elucida que os sentimentos em relação à velhice são carregados de valor e oscilam entre o encanto e o terror, a aceitação e a rejeição, a valorização e a negação, o respeito e a desvalorização. Todos sonham com uma vida longa e saudável, mas quando chegam à velhice, não se reconhecem velhos e, à medida que envelhecem tendem a fixar a velhice em idades cada vez mais avançadas.

A velhice é uma fase natural da vida e não há como fugir deste ciclo: nascimento, crescimento, amadurecimento, envelhecimento e morte. “Morrer prematuramente ou envelhecer, não existe outra alternativa” (MASCARO, 2004; BEAUVOIR, 1990)

Conforme Neri (2000), a noção de **velho** é associada à imagem de decadência e comumente confundida com a incapacidade do trabalho: “ser velho é pertencer à categoria emblemática dos indivíduos idosos e pobres” (Idem, 2000, p.72).

Em relação à pobreza, Diaz (2005) assinala que a partir da Cúpula de Copenhague (1995), esta foi definida em termos de falta de oportunidades, ausência de poder, **isolamento e discriminação** – sem considerar a escassez de renda e a insatisfação de necessidades básicas como elementos também definitórios, embora não exclusivos. A autora destaca ainda:

Neste enfoque, ganharam vigência os termos de exclusão social e vulnerabilidade e se colocaram como desafios a vencer, mediante políticas de ataque à pobreza, as quais – segundo os paradigmas vigentes – deviam ser orientadas para favorecer a equidade, a participação cidadã e a justiça social. A partir de então a pobreza se associa aos direitos humanos e à condição de cidadania. (Idem, p.84)

Nessa perspectiva de pobreza, há 40 anos, Beauvoir (1990) já dizia que a condição das pessoas idosas era escandalosa e que é preciso entender por que a sociedade se acomoda tão facilmente a essa situação. Dados dos anos 60, que tratam da situação dos idosos nos países desenvolvidos, já revelavam que os idosos pobres sofrem ainda com o isolamento e a discriminação, características da pobreza. Segundo a autora, a sociedade:

De maneira geral, fecha os olhos para os abusos, os escândalos e os dramas que não abalam seu equilíbrio; não se preocupa mais com a sorte das crianças abandonadas, dos jovens delinquentes, dos deficientes, do que com a dos velhos. Nesse último caso, entretanto, sua indiferença parece, *a priori*, mais surpreendente; cada membro da coletividade deveria saber que seu futuro está em questão; e quase todos têm relações individuais e estreitas com certos velhos. (Idem, p.265)

O tema da pobreza e da exclusão social na velhice é apontado como paradigmático e envolve, de forma relacional nos dois aspectos, trajetórias de vulnerabilidade ou mesmo ruptura dos vínculos nas dimensões familiar, cultural, do trabalho e da cidadania.

Barros (1999) sinaliza que os idosos pela dificuldade de inserção no mercado de trabalho, constituem uma parcela vulnerável da população sujeita à pobreza. Com dificuldades de obter renda por meio do trabalho, passam a depender de aposentadorias e outros benefícios para sua sobrevivência e de sua família.

Afirma ainda o autor que as regiões Norte e Nordeste são as que apresentam maiores índices de pessoas pobres, tanto idosos quanto não- idosos, e as regiões Sul e Sudeste apresentam menores índices, enquanto o Centro-Oeste ocupa uma posição intermediária. Tal fato se explica devido aos idosos apresentarem poucos anos de estudo como mostra a tabela 02 abaixo

Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas	Pessoas de 60 anos ou mais de idade					
	Total (1 000 pessoas)	Média de anos de estudo	Distribuição percentual, por grupos de anos de estudo (%)			
			Sem instrução e menos de 1 ano	1 a 3 anos	4 a 8 anos	9 anos ou mais
Brasil	21 022	4,1	32,2	19,5	31,3	17,1
Norte	1 080	3,0	44,3	21,0	22,7	11,9
Rondônia	106	2,2	48,7	20,7	25,0	5,6
Acre	45	2,7	53,3	14,1	20,7	11,9
Amazonas	213	3,8	42,2	15,3	22,5	20,0
Roraima	20	2,8	46,6	20,7	23,4	9,3
Pará	544	3,0	41,1	24,2	23,9	10,8
Região Metropolitana de Belém	162	5,4	18,2	21,4	33,8	26,7
Amapá	30	4,0	36,0	20,4	25,9	17,7
Tocantins	121	2,1	57,0	19,6	15,9	7,5
Nordeste	5 438	2,7	52,1	17,2	18,9	11,8
Maranhão	553	2,1	57,9	18,7	15,2	8,1
Piauí	349	2,7	54,8	17,0	15,1	13,1
Ceará	919	2,8	50,7	17,9	20,1	11,3
Região Metropolitana de Fortaleza	321	4,9	31,9	16,0	27,4	24,8
Rio Grande do Norte	333	2,4	52,1	18,7	21,0	8,2
Paraíba	438	2,5	55,0	17,8	16,3	10,9
Pernambuco	887	3,5	43,9	16,4	23,3	16,4
Região Metropolitana de Recife	381	5,6	25,1	14,7	30,0	30,2
Alagoas	302	2,1	57,9	16,0	17,8	8,3
Sergipe	161	2,9	45,5	20,7	23,2	10,7
Bahia	1 496	2,7	53,6	16,2	18,0	12,2
Região Metropolitana de Salvador	303	6,0	21,1	15,0	31,2	32,6
Sudeste	9 915	4,9	22,8	19,0	37,1	21,0
Minas Gerais	2 342	3,8	31,2	22,7	32,3	13,8
Região Metropolitana de Belo Horizonte	545	5,0	20,7	18,5	39,3	21,5
Espírito Santo	377	4,0	34,6	18,6	27,2	19,6
Rio de Janeiro	2 327	6,1	16,4	15,6	37,8	30,1
Região Metropolitana do Rio de Janeiro	1 776	6,5	13,2	14,1	40,0	32,7
São Paulo	4 869	4,9	20,9	18,9	39,9	20,2
Região Metropolitana de São Paulo	2 236	5,5	17,8	14,1	44,2	23,9
Sul	3 329	4,4	21,8	23,6	38,7	15,9
Paraná	1 183	3,9	28,5	25,0	31,5	15,0
Região Metropolitana de Curitiba	304	5,5	15,4	20,9	38,5	25,3
Santa Catarina	684	4,2	21,2	24,2	39,8	14,7
Rio Grande do Sul	1 461	4,9	16,6	22,3	44,0	17,1
Região Metropolitana de Porto Alegre	494	5,8	14,3	18,6	42,4	24,7
Centro-Oeste	1 260	3,8	37,1	20,5	25,8	16,7
Mato Grosso do Sul	231	3,5	35,2	22,6	29,5	12,7
Mato Grosso	246	3,1	41,4	23,4	23,1	12,1
Goiás	585	3,2	41,5	20,6	24,7	13,2
Distrito Federal	198	6,6	20,7	14,1	27,8	37,5

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

Tabela 02: Distribuição percentual, por grupo de anos de estudo de pessoas de 60 anos ou mais.

Segundo o IBGE (2000), apesar do avanço do crescimento de idosos alfabetizados no país, eles continuam em desvantagem em relação às outras faixas etárias, com 3,4 anos de estudo contra 5,7 da população adulta, sendo que, em 2008, esse índice subiu para 4,1.

Em 2000, existiam 5,1 milhões de idosos não alfabetizados e 64,8% que sabiam ler e escrever pelo menos um bilhete simples. As regiões do Nordeste e Norte eram as que apresentavam maiores índices de idosos sem instrução e com rendimentos mais baixos que as outras regiões. Na região Norte, 44,3% sem instrução e menos de 1 ano de estudo. Esse índice era maior na região Nordeste, com 52,1%.

Pode-se refletir que a baixa escolaridade interfere nas condições de vida dos idosos e de sua família, reduzindo as chances de permanecerem no mercado formal de trabalho e de terem acesso aos benefícios de aposentadorias mais vantajosos, pois de acordo com o IBGE (2008) quanto maior o grau de instrução, melhores serão a trajetória de trabalho dos indivíduos e suas condições de vida ao envelhecerem. Isto se verifica nos dados apontados pelo IBGE (2008) quanto ao rendimento dos idosos brasileiros apontados na tabela 03, abaixo:

Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas	Pessoas de 60 anos ou mais de idade, residentes em domicílios particulares				
	Total (1 000 pessoas) (1)	Distribuição percentual, por classe de rendimento médio mensal domiciliar <i>per capita</i> (salário mínimo) (%)			
		Até 1/2	Mais de 1/2 a 1	Mais de 1 a 2	Mais de 2
Brasil	20 995	11,0	31,0	28,9	24,2
Norte	1 080	18,0	38,4	26,6	13,0
Rondônia	106	12,6	41,0	31,5	12,0
Acre	45	13,1	32,1	33,9	17,7
Amazonas	213	18,7	33,5	27,7	16,0
Roraima	20	12,6	34,5	29,9	16,2
Pará	545	18,8	38,8	25,0	12,2
Região Metropolitana de Belém	162	11,0	31,6	27,6	22,1
Amapá	30	18,9	49,1	19,0	13,0
Tocantins	120	20,4	43,2	25,9	9,2

Tabela 03: Distribuição de rendimento médio domiciliar de pessoas de 60 anos ou mais.

No Brasil, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste, os idosos estão em situação de maior vulnerabilidade e pobreza. Na Região Norte, 38,4% dos idosos residentes recebem mais de ½ a 1 salário mínimo de renda, e essa similaridade da renda se verifica também no Amazonas, com 33,5%.

As aposentadorias e pensões, que se constituem como a principal fonte de renda, não suprem suas necessidades, pois de acordo com Chaimowicz (1997), a renda que esses idosos recebem é insuficiente para a responsabilidade que assumem em seus domicílios, considerando-se que eles arcam com o seu próprio sustento e o de filhos e netos. Por isso, muitos desses idosos retornam às atividades produtivas do mercado informal, alguns sem registro em carteira, sob extensas jornadas de trabalho, cujos serviços são incompatíveis com a idade, recebendo uma baixa remuneração como consequência dos poucos anos de estudos que possuem, exercendo funções de vigias, pedreiros, serventes, empregadas domésticas, passeadeiras e lavadeiras.

Peixoto (2000) faz distinção de trabalho entre homens e mulheres idosos e aponta que raros são aqueles que conseguem obter as mesmas condições de trabalho no mercado formal, sendo subempregados ou não tendo emprego fixo. Os homens trabalham em geral como carpinteiros, pintores de parede, motoristas de caminhão, encanadores. A autora ainda aponta que as mulheres exercem atividades domésticas como costura, lavagem de roupa, manicure ou fazem bolos ou doces para vender. Aquelas que trabalham fora de casa costumam fazer faxina em domicílios ou vendem produtos de beleza ou lingerie. A aposentadoria torna-se assim a passagem obrigatória para outro trabalho.

Dados do IBGE (2009) apontam, na tabela abaixo, as atividades mais ocupadas pelos idosos/ idosas que retornam ao trabalho depois de aposentados, no Brasil e na Região Norte

Atividades ocupadas pelos idosos (as) depois de Aposentados - Brasil

Atividades ocupadas pelos Homens Idosos depois de Aposentados	Atividades ocupadas pelas Mulheres Idosas depois de Aposentadas
Trabalhadores agrícolas	Trabalhadores agrícolas
Produtores agrícolas	Trabalhadores na pecuária
Produtores na pecuária	Trabalhadores dos serviços domésticos em geral
Vendedores e demonstradores em lojas ou mercados	Vendedores e demonstradores em lojas ou mercados
Trabalhadores na pecuária	Operadores de máquinas de costura de roupa
Gerentes de produção e operações	Produtores agrícolas

Tabela 04: Atividades ocupadas pelos idosos (as) depois de Aposentados – Brasil

Fonte: PNAD/IBGE (2009)

Atividades ocupadas pelos idosos (as) depois de Aposentados – Região Norte.

Atividades ocupadas pelos Homens Idosos depois de Aposentados	Atividades ocupadas pelas mulheres Idosas depois de Aposentadas
Produtores agrícolas	Trabalhadores na pecuária
Produtores na pecuária	Trabalhadores agrícolas
Trabalhadores agrícolas	Produtores agrícolas
Vendedores e demonstradores em lojas ou mercados	Produtores na pecuária
Produtores na agropecuária em geral	Vendedores à domicílio
Trabalhadores na pecuária	Vendedores e demonstradores em lojas ou mercados

Tabela 05: Atividades ocupadas pelos idosos (as) depois de Aposentados – Região Norte.

Fonte: PNAD/IBGE (2009)

No Amazonas essa realidade não é muito diferente. Dados da Pesquisa por Amostra de Domicílio – PNAD/ IBGE (2009) apontam as atividades mais representativas por gênero que os idosos/idosas ocupam depois de aposentados, sinalizadas abaixo:

Atividades ocupadas pelos idosos (as) depois de Aposentados – Amazonas.

Atividades dos Homens Idosos ocupam depois de Aposentados	Atividades das Mulheres Idosas ocupam depois de Aposentadas
Produtores Agrícolas	Trabalhadores Agrícolas
Trabalhadores Agrícolas	Produtores Agrícolas
Gerentes de produção e operações	Professores (com formação superior) de disciplinas da educação geral de 5° a 8° série do ensino fundamental
Vendedores e demonstradores em lojas ou mercados	Vendedores e demonstradores em lojas ou mercados
Trabalhadores de montagem de estruturas de madeira, metal e compostos	Trabalhadores dos serviços domésticos em geral
Advogados	Cozinheiro

Tabela 06: Atividades ocupadas pelos idosos (as) depois de Aposentados – Amazonas.
Fonte: PNAD/IBGE (2009).

Essa mesma fonte aponta que os homens idosos no Amazonas são mais participativos no mercado de trabalho depois de aposentados do que as mulheres idosas, sendo que esta participação é maior no mercado informal, com 14.206, do que no mercado de trabalho formal, com 4.191. Já para as mulheres idosas, a inserção no mercado de trabalho se torna mais difícil pelos poucos anos de estudos que tiveram comparando-se aos homens, pois apenas 9.943 estão inseridas no mercado informal e 2.268 no mercado formal de trabalho.

De acordo com Demo (2003), agrava-se a questão social, sobretudo em sociedades como a brasileira, onde a oferta de trabalho informal supera a formal, e estes índices repercutem nas condições de vida, renda, saúde, moradia e alimentação dos idosos, reduzindo as chances de sobrevivência, sendo-lhes negado o direito de exercer o seu poder de cidadãos, uma vez que usufruem de aposentadorias de baixos valores ou quando não conseguem este acesso, lhes é disponibilizado o Benefício de Prestação Continuada – BPC criado pela lei 8.742/93 LOAS, cujo critério de inclusão assegura a garantia de um mínimo social, cujos beneficiários são idosos com idade de 65 anos ou mais e as pessoas com deficiência que apresentam incapacidades tanto para

o trabalho como para a vida diária independente, somado principalmente a esses critérios a comprovação da renda per capita familiar de 1/4 do salário mínimo por pessoa.

Diversos autores (NERI 2006, BERZINS 2003, VERAS 2003) têm destacado a questão da longevidade feminina como uma das principais mudanças no cenário previdenciário brasileiro. Os dados do IBGE (2008) apontam que as mulheres idosas são as que mais se tornam pensionistas, numa média de 18,9%, fato justificado pelo óbito de seus cônjuges, enquanto os homens idosos somam apenas 1,4%.

Apesar dos ganhos previdenciários de pensão por morte serem atribuídos exclusivamente às mulheres idosas pelo elevado número delas na posição de viúvas, não significa que tal benefício venha contribuir para um aumento da qualidade de vida, devido aos baixos salários de aposentadorias de seus cônjuges estarem associados a um valor mínimo de contribuição previdenciária. E que devido à trajetória de trabalho da grande maioria das mulheres idosas ter sido dentro de suas casas, cuidando dos membros da família, dos doentes e idosos sem remuneração e sem contribuição previdenciária, as opções que lhes asseguram renda na velhice são: a pensão por morte, com direito a 13º salário; o amparo assistencial para o idoso aos 65 anos ou deficiente (BPC), um benefício vitalício que não dá direito a 13º salário, com comprovação de renda per capita de 1/4 do salário. Optando por receber um benefício previdenciário, é eliminada a possibilidade de somar renda com o benefício assistencial, e se não se incluem em nenhum desses critérios, ficam desprotegidas, sobrando-lhes a possibilidade de trabalho informal depois de idosa ou seu sustento, quando adoecem, ficar sob a responsabilidade dos filhos.

Os autores acima elucidam que são os homens idosos que estão em posição de “melhor vantagem”, devido ao acesso que tiveram ao mercado formal de trabalho, o que lhes garante o direito aos benefícios previdenciários, entre eles o de aposentadoria, pois de acordo com os

dados do IBGE (2008), 75,4% deles recebem aposentadoria contra a minoria de mulheres idosas, com apenas 44,9%.

Isto se explica devido às mulheres ficarem em sua maioria como donas-de-casa, assumindo responsabilidades com filhos e outros parentes nos cuidados, deixando de lado a possibilidade de exercer trabalhos remunerados. Esses dados são revelados na tabela 07 abaixo:

Tabela 7.15 - Pessoas de 60 anos ou mais de idade, total e distribuição percentual dos aposentados e/ou pensionistas, por sexo, segundo as Grandes Regiões - 2008

Grandes Regiões	Pessoas de 60 anos ou mais de idade, por sexo				
	Homens				
	Total (1 000 pessoas)	Distribuição percentual dos aposentados e/ou pensionistas (%)			
		Aposentados	Pensionistas	Aposentados e pensionistas (1)	Outros
Brasil	9 215	75,4	1,4	2,4	20,8
Norte	520	61,6	3,0	1,5	33,9
Nordeste	2 396	76,3	1,5	2,8	19,4
Sudeste	4 234	77,0	1,2	2,1	19,7
Sul	1 467	79,8	0,9	3,1	16,2
Centro-Oeste	598	62,3	1,7	1,9	34,1

Grandes Regiões	Pessoas de 60 anos ou mais de idade, por sexo				
	Mulheres				
	Total (1 000 pessoas)	Distribuição percentual dos aposentados e/ou pensionistas (%)			
		Aposentados	Pensionistas	Aposentados e pensionistas (1)	Outros
Brasil	11 825	44,9	18,9	11,8	24,4
Norte	563	49,8	14,4	7,9	27,9
Nordeste	3 045	55,2	13,6	11,8	19,4
Sudeste	5 688	39,0	22,6	10,8	27,6
Sul	1 866	45,9	18,1	17,4	18,6
Centro-Oeste	663	40,4	17,9	8,4	33,3

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.
(1) Pessoas que acumulam tanto aposentadoria quanto pensão.

Tabela 07: Pessoas de 60 anos ou mais de idade, total e distribuição percentual dos aposentados e/ou pensionistas, por sexo, segundo as grandes regiões-2008.

A respeito dessa discussão, Berzins (2003) e Motta (1999) consideram a velhice uma experiência e uma trajetória diferenciadas tanto para homens quanto para as mulheres nos

aspectos sociais, econômicos, nas condições de vida e de doença, assim como também na subjetividade. Este recorte do gênero utilizado pelas autoras serve para determinar o lugar que os idosos e as idosas ocupam na sociedade.

Motta (1999) ainda explica que devido às relações de gênero ter sido historicamente construída sob formas de dominação e subordinação, a mulher exerceu os papéis de obediência e conformismo: domesticidade, maior repressão social e sexual, desestímulo ou dificuldade de acesso e permanência no mercado de trabalho, desigualdade de formação e de condições de trabalho em relação aos homens, negação aparente de interesse e capacidade para a política e apropriação do seu corpo expresso no controle familiar e na medicalização das funções reprodutivas. Este padrão encontra-se em franco desmonte, mas norteou a vida das mulheres que hoje são velhas. Aos homens foi dado o apoio de intensa e variada parceria sexual, afirmação da “masculinidade”, obrigação de ser o provedor único da família e expectativa de recebimento dos “serviços” domésticos das mulheres, foi isso o que vigorou e ainda persiste para os homens dessa mesma geração.

A autora chama atenção para as condições de vida das mulheres idosas serem as mais precárias, incluindo-se nessa discussão também as mulheres pertencentes originalmente à classe média, pois elas podem estar vivendo em grande pobreza, ou até na miséria por se tratar de uma geração com escassa participação no mercado de trabalho e, portanto, com poucos recursos pessoais de sobrevivência. A situação se acentua pela falta de companheiro ou solidão, devido ao maior número de viúvas, separadas, solteiras com filhos, ou de mulheres chefiando famílias e que nunca se constituíram “completas”.

Esta realidade é vivenciada de forma diferente para os homens idosos que, mesmo com uma renda de aposentadoria de valor baixo, possuem melhores “oportunidades financeiras” do

que as mulheres idosas, porque conseguem complementar a renda no mercado informal depois de aposentados, situação esta que se torna mais difícil para as mulheres.

Na tabela 08, identificada abaixo confirma essa realidade em que os homens idosos se mantêm ativos no mercado de trabalho mesmo depois de aposentados:

Grandes Regiões	Proporção das pessoas de 60, 65 e 70 anos ou mais de idade aposentadas e ocupadas na semana de referência, por sexo (%)								
	60 anos ou mais			65 anos ou mais			70 anos ou mais		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Brasil	18,5	27,5	11,5	17,6	27,8	10,0	14,3	23,1	7,8
Norte	18,6	26,0	11,8	19,5	28,2	11,5	14,1	21,7	7,5
Nordeste	23,7	33,5	16,0	22,5	33,6	13,8	18,8	29,3	10,7
Sudeste	14,2	22,4	8,1	13,6	22,5	7,2	10,6	17,7	5,8
Sul	24,0	34,5	15,8	21,9	33,9	12,8	18,2	29,6	10,3
Centro-Oeste	15,2	23,2	7,9	15,5	25,2	7,0	13,2	22,2	5,5

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

Tabela 08: Proporção das pessoas de 60, 66 e 70 anos ou mais de idade aposentadas e ocupadas na semana de referência, por sexo (%)

Na tabela acima, observa-se que, no Brasil, 30% dos homens idosos permanecem ativos no mercado depois de aposentados, na faixa etária entre 60-70 anos, ocorrendo um declínio na sua participação na faixa etária acima dos 70 anos, justificado pela fragilidade da idade mais avançada. Para as mulheres idosas pertencentes à mesma faixa etária que os homens idosos, a participação é menor, 12% e, acima dos 70 anos, uma participação menor, de apenas 7%. Os valores apurados na Região Norte não diferem da realidade verificada nas outras regiões brasileiras.

As condições socioeconômicas dos idosos refletem na sua saúde e no seu acesso aos serviços de saúde. Diaz (2002) elucida que as pessoas pobres e de baixa renda, entre elas os idosos, têm piores indicadores de saúde e de capacidade funcional.

Teixeira (2008) afirma que a grande maioria dos trabalhadores idosos, no Brasil vive de mínimos sociais, sendo alta a incidência de pobres, de indigentes, e de idosos sem nenhuma renda, havendo ainda aqueles que estão inseridos em atividades depois de aposentados, principalmente entre os mais pobres. Afirma ainda a existência dos idosos que, apesar do baixo nível de escolaridade e da grande incidência de doenças, além das dificuldades funcionais, precisam chefiar suas famílias.

Pode-se constatar que esses idosos pobres, pela aceleração do declínio biológico, pelo uso intensivo da força de trabalho e pelas suas condições de vida precárias, se tornam muito mais vítimas da incapacidade física e mental, comprometendo sua autonomia e independência.

1.2. A Transformação da Família e o Lugar do idoso.

Ao longo do processo histórico, a família vem passando por notáveis transformações no âmbito produtivo e na sociedade, modificando a sua estrutura organizacional. Na contemporaneidade, vem se caracterizando como um espaço de apoio e inserção para o indivíduo, em especial para a população idosa. Esse apoio não é mais de suporte financeiro, dado o crescimento de idosos beneficiados pela previdência ou assistência social, mas de atenção e cuidados domésticos, onde se incluem casos de doenças incapacitantes para as atividades da vida cotidiana, embora nela também estejam presentes a existência da desigualdade, os conflitos, as tensões e até mesmo a violência.

De acordo com o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS, 2009), a família ganha o reconhecimento de que possui suas características, identidades culturais, interesses, necessidades e potencialidades distintas e que sua composição pode apontar demandas específicas, por exemplo, famílias com crianças pequenas que demandam atenções diferenciadas daquelas destinadas às famílias com pessoas com deficiência. Portanto, a família deixa de ser constituída unicamente por casamento formal, conhecida por nuclear burguesa, composta por pai, mãe e filhos, para conviver com novos modelos de família e concepções.

Deste modo, a família passa a ser conceituada como um conjunto de pessoas unidas fortemente por laços afetivos, construídos sobre uma base de consanguinidade ou não. Sobre os tipos de família, Szymanski (2002) pontuou nove. São elas:

- 1) Família nuclear: é a família formada por pai, mãe e filhos biológicos, ou seja, é a família formada apenas por duas gerações;
- 2) Famílias extensas: são as famílias formadas por pai, mãe, filhos, avós e netos ou outros parentes, isto é, a família formada por três ou quatro gerações;
- 3) Famílias adotivas temporárias: são as famílias (nuclear, extensa ou qualquer outra) que adquirem uma característica nova ao acolher um novo membro, mas temporariamente;
- 4) Famílias adotivas: são as famílias formadas por pessoas que, por diversos motivos, acolhem novos membros, geralmente crianças, que podem ser multiculturais ou birraciais;
- 5) Famílias de casais: são as famílias formadas apenas pelo casal, sem filhos;
- 6) Famílias monoparentais: são as famílias chefiadas só pelo pai ou só pela mãe;
- 7) Famílias de casais homossexuais, com ou sem criança: são as famílias formadas por pessoas do mesmo sexo, vivendo maritalmente, possuindo ou não crianças;
- 8) Famílias reconstruídas após o divórcio: são as famílias formadas por pessoas (apenas um ou o casal) que foram casadas, que podem ou não ter crianças do outro casamento;
- 9) Famílias de várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo: são famílias formadas por pessoas que moram juntas e que, mesmo sem ter consanguinidade, são ligadas fortemente por laços afetivos. (p. 25)

Apesar de nas últimas décadas do século XX e início do século XXI ter-se percebido uma redução considerada no tamanho da família brasileira e o surgimento de enormes variações nos seus arranjos, o modelo nuclear ainda permanece hegemônico na organização da sua estrutura

embora esse modelo também tenha passado por notáveis reduções, segundo dados do IBGE (2000), de 57,4% em 1996 para 49,4% em 2006.

De acordo com Teixeira (2008), essas mudanças familiares são justificadas pela queda da natalidade, possibilitada pelo uso dos métodos contraceptivos e consequente redução da fecundidade proporcionada pela inserção da mulher no mercado de trabalho; ampliação de sua escolaridade; adiamento do desejo de ter filho e o projeto de não tê-los; as separações e instabilidades dos relacionamentos conjugais que ampliam as famílias monoparentais chefiadas pelas mulheres, bem como o aumento na expectativa de vida ser predominantemente feminino; e redução nas taxas de natalidade e mortalidade.

Assim, o atendimento à família deve ser planejado a partir do conhecimento das necessidades e expectativas diferenciadas dos seus membros, de acordo com a forma que esse grupo se organiza, considerando se a família é monoparental, extensa, intergeracional, entre outros. O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) reconhece que somente é possível tecer uma rede de proteção social, se acolher mais de um membro dessa família na busca de superação da vulnerabilidade social.

De uma instituição cercada de regras hierárquicas, jurídicas, geralmente tomadas como indiscutíveis, a família passou a ter critérios próprios, baseados mais no diálogo, na amizade e nas necessidades práticas do que em cumprimento das obrigações.

Atualmente, a solidariedade familiar intergeracional constituída por três gerações (avós, pais e netos) é necessária para o enfrentamento da pobreza, além de precisar contar com rede de apoio de vizinhos e outros parentes quando os membros se encontram doentes, principalmente nas famílias de baixos recursos. A condição de ser avô ou avó se modifica ao longo do percurso da vida, em uma situação mais difícil.

Segundo Teixeira (2008), apesar de nas famílias brasileiras mais pobres a longevidade não ter conseguido reduzir o tamanho da família por completo, como visto na classe média, verifica-se que há uma redução significativa nos últimos anos. Convivem em um mesmo espaço com várias gerações (pais, filhos e netos) como estratégia de sobrevivência, a qual é essencial para a melhoria das condições de vida, posto que ela oferece benefícios para as duas ou mais gerações, sendo as mais novas as mais contempladas com os benefícios da renda fixa, mesmo mínima, dos idosos.

Para os idosos, segundo esta autora, essa coresidência ou ampliação familiar é por dois fatores: as condições de saúde e autonomia, bem como a renda, quando há perda da capacidade laboral.

A autora enfatiza que a coresidência não ocorre apenas pelas necessidades dos idosos, muitas vezes é pelos jovens, visto que os filhos estão demorando a sair de casa e dependem economicamente dos pais por um período mais longo, pois o mercado de trabalho competitivo, exige maior qualificação e, devido a esses jovens não possuírem as experiências, são excluídos. Somado a isso, quando ocorre a instabilidade das relações afetivas, retornam para a casa dos pais em alguns casos com os netos.

Dessa forma, o espaço físico é afetado, tudo passa a ser compartilhado, desde a renda, os afazeres domésticos, o cuidado com as crianças, enfim todas as obrigações que devem ser realizadas em uma família extensa. Nessa perspectiva, há idosos que cuidam e há aqueles que precisam ser cuidados.

Verifica-se na contemporaneidade que os idosos são desafiados cotidianamente a lidarem com situações que antes lhes eram designadas a cumprir na figura de pai ou mãe com seus filhos. Esta situação afeta em especial as famílias em condições precárias, em que o desemprego causado pela desqualificação profissional, entre outros fatores, repercute nas condições de vida

dessas famílias. Os avós se sensibilizam com a situação em que vivem os netos e, na intenção de lhes prestar atendimento, passam a integrar a rede de apoio mútuo na família.

Dados do IPEA (2003), publicados na revista *Época*, registram que atualmente 1/4 dos lares brasileiros reúne três gerações, geralmente sustentadas pelos parentes mais velhos. Entram nessa descrição tanto grupos de baixa renda dependentes da aposentadoria de um idoso, até núcleos de camada média alta, nos quais os pais bancam filhos que não alcançaram a independência.

O ciclo familiar se expande e os pais permanecem ativos afetiva e financeiramente por mais anos. Mais do que pelos laços de sangue ou pela obrigação, as uniões agora são definidas pelo afeto. Até a metade do século passado, a relação consanguínea era extremamente forte na constituição da família. Na contemporaneidade, as relações amorosas passaram a ser o valor mais importante.

Na tabela 09, verifica-se os tipos de arranjo domiciliar mais presentes nas famílias com idosos no Brasil e especificamente na Região Nort

Grandes Regiões	Pessoas de 60 anos ou mais de idade, residentes em domicílios particulares						
	Total (1 000 pessoas) (1)	Distribuição percentual, por tipo de arranjo domiciliar (%)					Outros (7)
		Uni- pessoal (2)	Casal sem filhos (3)	Morando sem filhos e com outros (4)	Morando com filhos e/ou com outros (5)		
					Com filhos menores de 25 anos (6)	Todos os filhos com 25 anos ou mais	
Brasil	20 995	13,7	23,8	10,1	13,1	30,2	9,1
Norte	1 080	10,0	14,0	13,9	20,1	30,4	11,6
Nordeste	5 432	12,2	16,5	11,9	19,3	31,6	8,5
Sudeste	9 901	14,4	26,2	8,9	10,1	31,3	9,1
Sul	3 324	15,3	30,7	9,1	10,2	25,3	9,3
Centro-Oeste	1 257	14,0	26,3	10,8	11,9	28,3	8,7

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

(1) Exclusive pensionistas, empregados domésticos ou parentes do empregado doméstico. (2) Domicílio com pessoas de 60 anos ou mais de idade morando sem cônjuge, filhos, outros parentes e agregados. (3) Domicílio com pessoa responsável e cônjuge, tendo ao menos uma de 60 anos ou mais de idade, sem filhos, outros parentes e agregados. (4) Domicílio com pessoa responsável com ou sem cônjuge, tendo ao menos uma de 60 anos ou mais de idade, morando com outros parentes e/ou agregados de qualquer idade e sem filhos. (5) Domicílio com pessoa responsável com ou sem cônjuge, tendo ao menos uma de 60 anos ou mais de idade, morando com filhos e/ou com outros parentes e/ou agregados, de qualquer idade. (6) Domicílio com ao menos um filho com menos de 25 anos de idade. (7) Domicílio com pessoas de 60 anos ou mais de idade somente na condição de outro parente e/ou agregado.

Tabela 09: Arranjos Familiares dos Idosos residentes em domicílios particulares

A Tabela acima aponta que o Brasil, com uma população de 21 milhões de idosos, apresenta um quantitativo maior de pessoas idosas em que todos os filhos com 25 anos ou mais residem nos seus domicílios, ou seja, as várias gerações (pais, filhos e netos), totalizando uma participação de 30%, sendo este número também similar na região Norte, que ainda com poucos números de idosos na sua população, de apenas 1.080, pontua esse mesmo tipo de arranjo como predominante, o que não se repete para os outros tipos de arranjo.

De acordo com Teixeira (2008), têm crescido as famílias de idosos em que são os filhos que moram com eles. O idoso é a pessoa de referência e chefe de domicílio, logo cresce a família de idosos e diminui a família com idosos, ou seja, em que esses vivem no domicílio dos filhos ou de outros parentes.

Essas mudanças se devem não só à longevidade, mas também ao acesso à renda, às pensões e aposentadorias, que têm possibilitado aos idosos um papel de destaque na vida familiar, com maior poder de negociação nas questões domésticas e familiares, redefinindo seu papel social no interior das famílias e da sociedade, não sendo essa mudança apenas econômica, mas também cultural e que expressa a independência dos idosos, que mesmo em caso de viuvez, separações, presença de doenças crônicas, não desfazem seus domicílios para morar com os filhos.

Teixeira (2008) assevera que esse formato de arranjo, com várias gerações nas famílias dos idosos de baixa renda, é considerado uma condição favorável e segura à saúde dos idosos, pois eles convivendo em companhia de seus familiares estão mais bem assistidos, tanto em termos de renda quanto para as tarefas do dia a dia na manutenção das relações interpessoais, nos vínculos afetivos, na redução do estress, da insegurança, da angústia e da depressão.

Camarano (1999) aponta que o idoso está em melhores condições de vida do que a população jovem, o que lhe permitiu a constituição da casa própria. E, por estar em melhores

condições financeiras, tem servido de apoio a família e que o aumento das mulheres no mercado de trabalho contribui para que as famílias com idosos tenham uma renda maior do que as demais famílias.

Elucida ainda, chamando atenção, para que não se espere que os idosos do futuro possam dar continuidade a essa prática de suporte, pois as altas taxas de desemprego experienciadas pelos adultos jovens e a tendência crescente da informalização da economia vão afetar a constituição de um patrimônio.

Por outro lado, destacam-se muitas famílias que enfrentam situações de violência, de negligência, de relações desrespeitosas, de abandono, de conflitos entre gerações, que levam ao isolamento social dos idosos, gerando situações estressantes que incapacitam ou provocam a insatisfação com a vida, o mau humor e a depressão, entre outros problemas, dependendo das condições de sobrevivência dessas famílias, da vulnerabilidade social provocada pelo desemprego, da dependência de álcool e drogas, dos vínculos ou do desgaste causado pelos problemas da vida moderna, tais como a perda de valores de autoridade e de respeito, bem como o fortalecimento do individualismo e do materialismo.

1.3 A questão do Idoso com Dependência e a Necessidade de Cuidador.

A longevidade trouxe grandes desafios sociais, econômicos, políticos e culturais, além de mudanças no perfil epidemiológico de saúde. As doenças infecto-contagiosas que acometiam mais os jovens foram substituídas por doenças crônicas degenerativas que afetam os adultos e principalmente os idosos pelo avançar da idade, que se não controladas, os fragilizam e os tornam dependentes, levando-os à incapacidade física ou mental, impondo, com esta situação, a necessidade de terem a assistência de cuidadores.

É importante destacar que o envelhecimento é um processo natural da vida, e que alguns conseguirão passar por esta fase, enquanto outros morrerão antes de completar esse ciclo. Nesse processo do envelhecimento, ocorre um desgaste biológico natural, que sujeita o indivíduo a possuir alguma fragilidade, pois à medida que os anos passam, experimentamos um declínio lento e progressivo do funcionamento do organismo, reduzindo a capacidade de adaptação.

Essas alterações próprias do envelhecimento acontecem de forma diferente em cada um de nós, sob influência de muitos fatores que podem ocasionar diferentes maneiras de envelhecer, entre eles: dieta, exercício, estilo de vida, exposição a eventos estressantes, educação e alguns traços de personalidade que se relacionam com a saúde, o exercício de papéis, a posição social, o que não significa que a velhice seja entendida como um sinal de doença, por isso existem duas maneiras de entender o conceito de envelhecimento, uma pela ótica do envelhecimento normal ou senescência e outra pelo envelhecimento patológico ou senilidade.

Sobre este assunto, Neri (2005) e Diogo (2009) apontam que no envelhecimento normal ocorrem alterações típicas e inevitáveis desse processo, tais como: cabelos brancos, rugas, flacidez muscular e déficits sensoriais. No envelhecimento patológico, há presença de doenças, disfunções e descontinuidades do desenvolvimento, como exemplo, a esclerose múltipla que costuma aparecer na velhice avançada em virtude da genética.

Curado (2003) diz que é necessário saber fazer a distinção entre o envelhecimento normal e o patológico para evitar possíveis danos à saúde e à qualidade de vida da pessoa idosa. Afirma que o preconceito e os estereótipos atribuídos à imagem da pessoa idosa associados à idéia de que envelhecimento se resume à incapacidade funcional progressiva que culmina na morte, pode levar pessoas idosas e profissionais de saúde a menosprezar sintomas, retardando o diagnóstico precoce e o tratamento.

Torres (2009) explica que idosos fragilizados são aqueles que apresentam comprometimento da capacidade funcional ou limitações físicas, mentais, lesões ou afecções, crônicas e agudas e que requerem uma ampla rede de suporte e de serviços reabilitadores por apresentarem incapacidades e dependência.

Discorre ainda que a dependência possui múltiplas causas que atuam em conjunto ou sozinhas em diferentes momentos do ciclo vital. Na velhice ela é fortemente influenciada pelo estado biológico e por condições ecológicas, sociais, culturais, econômicas e psicológicas que atuam no seu desenvolvimento, manutenção ou na sua redução.

Corroborando com as idéias da autora acima, Born (2008) ressalta que cada pessoa tem uma forma diferente de lidar com os seus problemas de saúde, mas considera que tanto os fatores pessoais (idade, sexo, situação econômica) como os fatores externos (circunstâncias em que vivem) influenciam no estado de saúde do indivíduo tornando-o mais ou menos incapaz. Destaca que ambientes diferentes podem ter impacto diferente sobre o mesmo indivíduo, ou seja, um ambiente com barreiras (ruas esburacadas, lares mal construídos e insalubres, com acessos inadequados, bem como a ausência de elementos facilitadores (rampas, corrimão, barras de apoio, elevador) restringem o desempenho do indivíduo, enquanto que os ambientes mais adequados à condição da pessoa idosa resultam numa significativa melhora nesse desempenho.

A este respeito, Neri (2005) concorda que o ambiente não adaptado é um grande fator de risco para a saúde dos idosos, levando-os a freqüentes quedas e gerando limitações funcionais, incapacidades ou até mesmo podendo levar à morte.

A dependência física, de acordo com Torres (2009), é estritamente ligada ao conceito de fragilidade, que na velhice vincula-se à idade, à presença de doenças e a incapacidades para realizar as atividades de vida diária. Este tipo de dependência, por exemplo, é causada principalmente pelo agravamento de doenças crônicas ou pelo surgimento de doenças típicas da

velhice: Alzheimer, Parkinson, demência, doenças neurológicas, depressão, entre outros, pois com o avanço da idade, crescem as fragilidades, mais comuns nos indivíduos acima de 80 anos e caracterizam-se pela presença de três ou mais doenças ou de uma ou mais síndromes geriátricas e ainda pela dependência acentuada para a realização das atividades de vida diária (AVDS) e atividades instrumentais da vida diária (AIVDs).

O estudo realizado por Neri (2007), em São Paulo sobre a saúde dos idosos, em parceria com a Fundação Perseu Abramo, revelou que 81% dos idosos entrevistados possuem alguma doença contra uma minoria de 19%, que responderam que não têm nenhuma. Os tipos de doenças mais comuns entre os idosos são: a hipertensão, com 43%, seguida de problemas de visão, com 26%; coluna, 23% e 13% sofrem de diabetes, problemas cardíacos ou têm colesterol alto.

Pesquisas realizadas nas zonas Leste e Centro-Sul de Manaus, nos anos de 2009 e 2010, vêm corroborar com os dados apontados acima, de que a hipertensão é considerada a principal doença que acomete os idosos. Esses dados também são confirmados pelo Ministério da Saúde, em 2011, que afirma um total de 23% de brasileiros portadores da doença, sendo que a proporção é maior com o avanço da idade, atingindo mais de 50% das pessoas com mais de 55 anos. O Quadro 02 abaixo revela também outros tipos de doenças que mais atingem os idosos de Manaus:

Doenças na Velhice 2009				
Doenças	Homem	Mulher	Total	%
Hipertensão Arterial	8	8	16	53%
Problemas de Coluna	2	2	4	13%
Reumatismo	3	3	6	20%
Problemas Articulares	1	3	4	13%
Diabetes	2	3	5	17%
Problemas Cardíaco	2	3	5	17%
Problemas de Visão (catarata)	2	2	4	13%
Problemas Audição	0	1	1	3%
Osteoporose	0	2	2	7%
Colesterol	1	2	3	10%
Labirintite	1	2	3	10%
Alcoolismo	2	0	2	7%
Próstata	2	0	2	7%
Bexiga Baixa	0	3	3	10%
Outros	2	2	4	13%

Quadro 02: Tipos de Doenças que mais atingem os idosos de Manaus, bairro zona Leste.

FONTE: Pesquisadora Danielle Bezerra Maia, PIBIC/Universidade Federal do Amazonas, 2009.

De acordo com explicação dos médicos participantes da pesquisa, realizada na zona leste de Manaus, em 2009, algumas doenças estão associadas à pressão alta tais como: aumento do colesterol e triglicérides, obesidade, diabetes mellitus, doenças dos rins. A pressão arterial aumenta o risco de doença do coração, podendo também atacar outros órgãos como os olhos, diminuindo a visão.

Em 2003, a Organização Mundial de Saúde apontou que as doenças crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus e se constituem como problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo, e quando não é feita essa supervisão nos idosos, ocorre a diminuição de

sua capacidade funcional, a fragilização e a dependência, resultando em incapacidades ou deficiências físicas ou mentais.

Veras (2003) e Nunes (1999) elucidam que o tratamento de saúde para o grupo dos idosos é mais oneroso, isto se explica porque são os que mais demandam pelos serviços de saúde em virtude do perfil deste segmento ser caracterizado por doenças crônicas degenerativas, o que pode incidir em elevadas taxas de internação dos idosos de faixas etárias mais avançadas, afetando proporcionalmente o custo da internação, devido aos atendimentos ambulatoriais e domiciliares serem precários e de baixa resolutividade, resultando em internação prolongada e recuperação lenta, além de maiores incidências em reinternações, ocasionando até a invalidez do paciente.

As tabelas 10 e 11 abaixo apontam as principais causas de doenças que levam à internação dos idosos, identificados por gênero e grupo etário na cidade de Manaus.

Proporção de internações segundo grupo de doenças, 2008

Grupo de Doenças 60-69 anos	Masculino	Feminino
Aparelho Circulatório	29%	24%
Aparelho Digestivo	15%	18%
Demais causas	17%	16%
Neoplasias	11%	13%
Aparelho Geniturinário	7%	9%
Aparelho Respiratório	7%	7%
Infeciosas/parasitárias	6%	6%
Causas Externas	5%	4%
Transtornos Mentais e Comportamentais	0,2%	0,6%

Tabela 10: Proporção de internações de idosos no grupo de 60-69 anos, Brasil,2008

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus,2008.

Proporção de internações segundo grupo de doenças, 2008

Grupo de Doenças 70 anos e mais	Masculino	Feminino
Aparelho Circulatório		
Demais causas	31%	27%
Aparelho Digestivo	20%	25%
Aparelho Respiratório	11%	9%
Neoplasias	10%	12%
Aparelho Geniturinário	9%	8%
Infeciosas/parasitárias	7%	5%
Causas Externas	6%	6%
Transtornos Mentais e Comportamentais	5%	6%
	0,1%	0,2%

Tabela 1: Proporção de internações de idosos no grupo de 70 anos ou mais, 2008

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, 2008.

Como se observa nas tabelas 10 e 11 acima, as grandes causas de internação de homens e mulheres idosos, na faixa etária de 60-69anos, em Manaus, são doenças do aparelho circulatório, aparelho digestivo e outras (quedas, acidentes de trânsito etc).

Na faixa etária acima de 70 anos, observa-se que, em função das fragilidades do avanço da idade, aumenta a incidência das taxas de internações, permanecendo as doenças do aparelho circulatório como predominantes. Nota-se que os números de homens idosos internados são maiores do que os de mulheres idosas, isto porque buscam poucas vezes por atendimento médico para prevenção, ao contrário das mulheres que, apesar de possuírem mais doenças crônicas, se cuidam mais.

Apesar dos idosos envelhecerem com uma ou mais patologias crônicas adquiridas não somente pela idade, mas também por alterações sociais e patológicas, podem assim mesmo ser considerados saudáveis, desde que se apliquem medidas de promoção e prevenção à incapacidade e recuperação da autonomia dos doentes, garantindo-lhes melhor qualidade de vida e saúde, de modo que as suas atividades sejam menos afetadas por doenças crônicas. Esse poder de o idoso dispor de autonomia e independência também é entendido por capacidade funcional, um novo conceito voltado para a política de atenção à saúde do idoso.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), foi na década de 90 que se adotou o conceito de “envelhecimento ativo” para os idosos disporem de qualidade de vida e saúde. Para o alcance desta proposta, é de responsabilidade das políticas públicas promoverem um modo de vida mais sustentável, desenvolvendo práticas de atividades físicas, prevenção da violência familiar e urbana, acesso a alimentos saudáveis e incentivos à redução do consumo de tabaco.

Silva (2006) assevera que entramos no século XXI com uma parcela significativa de idosos, uns com boa saúde, outros com problemas adquiridos na adolescência ou na vida adulta, alguns suscetíveis a desenvolver doenças neurodegenerativas em função da faixa etária em que se encontram, o que poderá inviabilizar o projeto de um envelhecimento positivo. Com isso, o cuidado passou a ter um significado fundamental porque é através dele que os idosos conseguem minimizar as perdas de sua capacidade funcional e maximizar as suas potencialidades.

Kasch (2003) sinaliza em seus estudos realizados no Brasil, com Idosos acima de 65 anos ou mais, que 40% precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor de 10% requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas.

Segundo ainda a autora, no Brasil, os idosos gravemente fragilizados sobrevivem na dependência de uma ou mais pessoas que suprem suas incapacidades para a realização das atividades de vida diária, com a responsabilidade desses cuidados recaindo sobre as famílias.

Essa responsabilidade que a família assume sem o apoio do poder público a sobrecarrega, principalmente quando tem uma pessoa doente em casa que necessita de cuidados. Ela tem o dever de cuidar e proteger seus membros e quando não consegue cumprir com seu papel social, fica fragilizada e vulnerável, com menor capacidade de enfrentar as situações cotidianas.

Carvalho (1993) elucida que a família encontra outras estratégias para enfrentar suas dificuldades. São eleitos parentes, vizinhos, compadres ou conterrâneos para prestar-lhe assistência, construindo a solidariedade dos favores, tais como o empréstimo de dinheiro para pagar uma prestação, o táxi para levar o doente ao hospital ou alguém que fique com as crianças em uma emergência.

A autora ainda sinaliza que as políticas públicas descartaram alternativas institucionalizadoras: orfanatos, internatos, manicômios, asilos, oferta de proteção necessária a doentes crônicos, idosos, jovens e adultos dependentes, ou a crianças e adolescentes “abandonados”, transferindo para a família e sociedade toda a responsabilidade. Fala-se menos em internação hospitalar e mais em atendimento domiciliar, envolvendo profissionais de saúde da família, cuidadores familiares, agentes comunitários de saúde, alocados em programas: Saúde da Família, centros de acolhimento, reabilitação e convivência.

Segundo Born (2008), os membros da família que cuidam dos idosos são os cuidadores familiares. Geralmente assumem as mulheres, que são as escolhidas para exercer essa função sem nenhuma remuneração. Geralmente, residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras de seus maridos, pais e até filhos. Estão na faixa etária entre 45 e 65 anos de idade, sendo elas: esposas, filhas, noras, irmãs, podendo ser incluídos também amigos e vizinhos próximos.

Torres (2009); Mendes, (2002) e Neri (2001) afirmam que é essencial a participação da família no tratamento do idoso com dependência para lhe proporcionar ajuda nas atividades de vida diária e de suporte emocional. Mas chamam atenção de que essa tarefa de cuidar no domicílio altera toda a dinâmica familiar. É introduzida uma nova rotina para atender as necessidades do idoso, o que pode ter efeitos positivos ou negativos para o cuidador e o idoso, dependendo de como a família enfrenta as dificuldades em relação ao cuidado.

Torres (2009) explica que nem sempre os idosos e a família são bem-sucedidos em relação ao cuidado. Muitas famílias negam a condição do idoso e ignoram receber orientações sobre a doença, por vergonha e passam a considerá-la um segredo na família, o que gera conflitos familiares, pois além de ter que enfrentar a debilidade do idoso, outras dificuldades surgem relacionadas à falta de informação de como realizar os cuidados; a escassez de recursos financeiros; a falta de recursos públicos que deem continuidade ao tratamento hospitalar e a quase ausência de recursos comunitários e informais de apoio à família.

De acordo com Camarano (2007), em 2003 existiam no país cerca de dois milhões de idosos com dificuldades de realização nas atividades da vida diária – AVD, e cem mil residiam em instituições, mas nem todos tinham sua autonomia comprometida, o que significa que um milhão e novecentos mil de idosos frágeis estavam sendo cuidados ou “descuidados” pela família.

Caldas (2004) salienta que embora tradicionalmente os idosos tenham a expectativa de serem cuidados por seus familiares e os filhos adultos não terem dúvida sobre a sua responsabilidade com seus pais, estas expectativas vêm sendo mudadas. Além disso, muitas vezes os idosos não querem ser dependentes de seus filhos ou de outros membros da família. Esse fato acaba resultando na demora da própria família em constatar que esse idoso necessita de cuidados especializados.

Born (2008) assevera que cuidar da pessoa idosa na família é uma experiência duradoura que exige reorganização da vida familiar, profissional e social, entretanto, afirma que nem sempre o convívio sob o mesmo teto representa contato pessoal e relações afetivas, pois quando os filhos super protegem seus pais, tomando decisões e não respeitando sua autonomia podem ser geradas situações de conflito nas relações familiares, por isso nem sempre se pode garantir que a família possa oferecer ao idoso um atendimento ideal, pois de acordo com a autora, o bem-

estar do cuidado depende: da saúde do cuidador; da ajuda que recebe de outros familiares; da ajuda que recebe da rede de apoio (atendimento domiciliar, centro-dia, unidade de saúde); do apoio emocional, agradecimento e reconhecimento de outros familiares; a informação que tem sobre como cuidar e resolver problemas do cuidado; sua capacidade para atuar diante de comportamentos difíceis, aborrecimento ou passividade que pode manifestar a pessoa cuidada (agitação, mau humor, inatividade, alucinações, insônia, depressão) e sua forma de enfrentar a situação de cuidar e superar situações difíceis.

Toda esta exigência incide na prática de um cuidado inadequado, pois como aponta ainda a autora, o cuidador é induzido ou eleito pela família a assumir essa responsabilidade sozinho. A escolha dessa função se justifica por sentimentos de culpa, obrigação, ausência de recursos financeiros e materiais. Esta sobrecarga e não reconhecimento pelo outro e ausência de suporte social do Estado fragilizam não somente as condições de vida e saúde do cuidador, mas também do idoso.

Saad (1999) alerta para a necessidade da sociedade se organizar diante do fenômeno do envelhecimento populacional, porque com a inserção das mulheres no mercado de trabalho e diante de sua importância crescente para o sustento material da família, elas estão se tornando cada vez menos disponíveis para atender os idosos dependentes.

A este respeito também, Born (2008) elucida que quando a família dispõe de recursos financeiros suficientes, ela pode contratar um profissional, o cuidador formal, para ajudar o cuidador familiar ou para se ocupar da pessoa idosa. Inicia-se, então, uma relação trabalhista, que demanda conhecimento e aceitação, da pessoa idosa e da família, envolvendo deveres e direitos desta função, bem como uma postura ética do cuidador.

Continua esta autora explicitando que a capacitação do cuidador informal e formal tornou-se uma necessidade com o envelhecimento da população, que passou a ser feita através da

organização de cursos, que oferecem treinamentos em serviços de apoio às atividades da vida diária, de ajuda no processo saúde/doença, e de ações como facilitador da integração idoso/família e idoso/sociedade. Através desta formação, o cuidador terá condições de exercer com maior capacidade sua obrigação, favorecendo desta forma a melhoria da qualidade de vida.

1.3.1. Perfil dos Idosos Fragilizados em Manaus.

Neste item, apresentaremos o perfil dos idosos fragilizados, em Manaus, que demandam por cuidadores. No primeiro perfil, os idosos são cuidados por um dos membros da família, e estas pessoas não recebem remuneração, sendo os chamados cuidadores familiares, ou cuidadores informais. O resultado faz parte do projeto integrado de pesquisa ao nível de graduação do Grupo de Estudo e Pesquisa de Política Social e Seguridade Social –GEPPSSAM envolvendo três bolsistas de iniciação científica – PIBIC realizados no ano de 2010 em duas zonas diferentes: zona leste, bairros (Complexo Antônio Aleixo, Jorge Teixeira e Coroado); e zona Centro-Sul, bairros (Parque Dez e Flores). Há de se destacar que os resultados do quadro 03 apresentam os dados mais relevantes para caracterizar o idoso das zonas pesquisadas.

No segundo perfil, pesquisamos os idosos cuidados pelo cuidador formal, o qual é contratado pela família para prestar este serviço em domicílio, sem nenhum vínculo de parentesco com o idoso.

Destacamos, para fins de esclarecimento, que a primeira entrevista foi realizada no domicílio da idosa, com a sua participação e a do cuidador; entretanto, a família colocou como condição que a entrevista fosse assistida por um membro da família, neste caso, a filha, e devido a esta situação o comportamento das entrevistadas pode não ter ocorrido de forma espontânea. Outra dificuldade vivenciada é de que as outras famílias dos idosos não aceitaram participar e nem autorizaram a entrevista com os cuidadores nos seus domicílios, por isso

recorremos à ida ao domicílio dos cuidadores formais, o que nos possibilitou traçar um perfil desses idosos através da fala de seus cuidadores; os idosos residem nas zonas: Centro-Sul, bairros (Vieiralves, Adrianópolis e Eldorado) e Oeste, bairros (Dom Pedro e Ponta Negra).

No estudo realizado pelas bolsistas de PIBIC, nos domicílios dos idosos, notam-se algumas características peculiares de cada zona e bairros. Na zona leste, o perfil da demanda é de idosos pobres, que vivem em precárias condições de vida, sendo que o bairro do Complexo Antônio Aleixo, apesar de também estar inserido nesse contexto, é o que apresenta mais recursos de infra-estrutura de serviços de saúde, comparado a outros bairros da zona leste: Jorge Teixeira e Coroadó, em análise. O motivo é que o Complexo da Colônia Antônio Aleixo, no início, foi criado para abrigar pessoas doentes de hanseníase, e, após a sua destinação outros moradores passaram também a residir neste local, sendo que os antigos moradores devido às seqüelas de hanseníase recebem, além de aposentadorias, outras rendas pagas pelo Estado, provenientes da fragilidade da sua condição de saúde, além disto, devido ao seu histórico, o bairro é o que possui maior quantidade de serviços de saúde: um SPA, uma Maternidade, uma Policlínica, quatro Unidades Básicas de Saúde da Família, um Programa Estratégia Saúde da Família- PSF (ALBUQUERQUE,2010), ao contrário dos bairros Jorge Teixeira e Coroadó, da zona leste, que são área de ocupação mais recente e os serviços de saúde oferecidos à população são mais reduzidos, tendo a população que se deslocar com mais frequência para outros bairros, em busca de assistência e cuidados de saúde (FIGUEIREDO, 2010).

Já na zona Centro-Sul, os idosos ganham o status de idosos de classe média, por abarcar bairros nobres da cidade de Manaus. Nesta zona, se encontra a maioria das instituições públicas que prestam serviços aos idosos, como: Fundação Dr. Thomas, Conselho Estadual e Municipal do Idoso, Centro Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa, DECI- Delegacia Especializada de Crime contra o Idoso, Secretaria Municipal de Idoso, Secretaria Municipal de

Saúde-SEMSA, Secretaria Estadual de Assistência Social – SEAS e Parque Municipal do Idoso (PEREIRA, 2010).

Perfil Dos Idosos Com Cuidadores Familiares da Zona Leste e da Zona Centro-Sul

	Gênero	Idade	Origem da renda	Responsável pelos Cuidados
IDOSO (Colônia Antônio Aleixo)	80% sexo feminino	60% acima de 80anos	50% aposentadoria	Filha
IDOSO (Jorge Teixeira e Coroadó)	70% sexo feminino	60% acima de 80 anos	80% aposentadoria	Filha
IDOSO (Parque Dez e Flores)	60% sexo feminino	60% (70 a 79) anos	60% Aposentadoria	Filha

Quadro 03: Perfil dos Idosos com Cuidadores Familiares Zona Leste e Zona Centro-Sul.

Fonte: Pesquisa de PIBIC de três bolsistas ao nível de graduação realizada em 2010.

Elaboração: Mestranda Bianca Ladislau.

Observamos no quadro 03 que os idosos cuidados são predominantemente do sexo feminino, devido à longevidade ser predominantemente feminina, sendo a maioria, 80%, do bairro Complexo Antônio Aleixo, 70% do Jorge Teixeira e Coroadó e 60% do Parque Dez e Flores.

Quanto à idade das idosas, identificou-se que na Zona Leste as idosas são mais velhas, porque estão acima de 80 anos, ao contrário da zona Centro-Sul em que a maioria possui entre 70 e 79 anos, representando idosas adultas¹.

A explicação para o fenômeno do envelhecimento deve-se aos Censos do IBGE de 2000 e 2010 e da Organização Mundial de Saúde de 2000 que apontam o crescimento da população de idosos e do aumento das doenças crônicas para este segmento a partir da conquista da longevidade, resultando no crescimento de idosos com algum tipo de fragilidade pela idade avançada.

Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006, a fragilidade dos idosos se inicia a partir dos 70 anos, tendo necessidade de cuidadores para realizar as atividades básicas de vida diária pela idade avançada.

Identificamos que nas Zonas Leste e Centro-Sul, as idosas são cuidadas, em maioria, pelas filhas, e em menor quantidade os cuidados são realizados pelos cônjuges ou outros parentes.

Para as idosas entrevistadas foi unânime a satisfação delas ao serem cuidadas por um membro da família, com preferência das filhas, conforme ilustra uma delas:

“Me sinto bem sendo cuidada pela minha filha, antes eu morava sozinha e ela veio e me trouxe pra morar na casa dela” (Idosa de 70 anos, Complexo Antônio Aleixo).

Para as cuidadoras familiares, prestar os cuidados ao idoso é uma satisfação pessoal por ser um membro da sua família, a mãe ou o pai, mas também representa uma tarefa árdua, ainda mais que a escolha dessa função se justifica por sentimentos de culpa, obrigação e retribuição e exige muito de quem cuida, muitas vezes estão cansadas, aborrecidas com o próprio idoso, chegam ao limite, até perder a paciência.²

Esses comportamentos podem estar associados também aos conflitos familiares de inversão dos papéis e relação de poder, quem passa a mandar é a filha e o pai ou a mãe passa a obedecer, podendo incidir em práticas inadequadas e ocorrer violência, (este tema está sendo trabalhado por outra mestranda do Grupo de pesquisa, por isso não vamos aprofundar esta questão).

² Consideramos idosos jovens 60 a 69 anos; idosos adultos de 70 a 79 anos e acima de 80 anos idosos-idosos.

“Eu me sinto muito bem em ajudar minha mãe e pesado pra mim o trabalho, não vou dizer que é fácil. Eu tenho uma filha especial e também cuido dela, é como um bebê tem 28 anos. Cuidar deles exige responsabilidade, porque tem medicação na hora certa, alimentação, de tudo a gente tem de estar atento deles, então eu me sinto bem, é que as vezes bate a depressão, a gente tem uma raiva, aí eu penso, é minha mãe, meu pai vou agüentar, peço de Deus força pra mim cuidar deles” (Cuidadora Familiar, Parque Dez e Flores – Zona Centro-Sul).

“Gosto de cuidar da mamãe, mas de vez em quando fico estressada porque ela é muito teimosa e não quer me ouvir”. (Cuidadora Familiar, Complexo Antônio Aleixo – Zona Leste).

“Há 03 anos, ela ficou doente e essa doença a paralisou por completo e aí eu tive que vim pra cá, para cuidar dela, porque não tinha outra pessoa que se responsabilizasse para cuidar, eu sou filha e não a deixaria a própria sorte, como eu vejo muitos fazerem [...] enquanto eu puder ajudá-la eu ajudo [...] A minha mãe criou os filhos sozinha, sempre deu duro, agora é a minha vez de retribuir o que ela fez por mim. (Cuidadora Jorge Teixeira e Coroadó – Zona Leste).

Queroz (2009) e Boff (2008) apontam que, apesar da família ter passado por notáveis transformações na redução de seu tamanho, devido a vários fatores, entre eles a inserção da mulher no mercado de trabalho, ainda é considerada um espaço privilegiado para a garantia da sobrevivência, do desenvolvimento e da proteção aos seus membros, entre eles os idosos.

Segundo afirmam esses autores, a mudança ocorrida na estrutura familiar impossibilitou identificar um modelo único ou ideal de família, além disto, contribuiu para desenvolver novas relações afetivas no grupo familiar.

Apontam ainda que apesar de a família ser colocada como a principal responsável pelos cuidados nas atividades de vida diária como a de suporte emocional, nem todos estão preparados para assumir essa responsabilidade, que vai desde a higiene pessoal até a administração financeira da família. Quando dispõem de recursos financeiros, podem contratar o cuidador formal, um profissional que poderá se ocupar da pessoa idosa e iniciar uma relação trabalhista, que demandará um conhecimento e aceitação da pessoa idosa e da família.

Notamos que não há muita diferença dos cuidados realizados por um familiar para os cuidados realizados por um profissional, pois em ambos os tipos, as mulheres são as que exercem essa função, a responsabilidade recai para uma só pessoa, este trabalho não é reconhecido pelas famílias e há sobrecarga de atividades, pois além dos cuidados com o idoso são exigidos também os cuidados com a casa, reduzindo a disponibilidade de atenção ao idoso.

Uma das diferenças é que nos cuidados prestados aos idosos por cuidadores familiares ainda existe alguém da família que cuida para prestar o apoio, mesmo sem orientação e treinamento, ao contrário dos idosos com cuidador formal, cuja família em sua maioria, se isenta da responsabilidade e em alguns casos, como detectado, ocorrem maus tratos. Neste estudo, um episódio ocorreu com o cônjuge, e outro com a filha (CUIDADORA A, 48 anos; CUIDADORA D, 64 anos).

“Na frente dos outros a esposa é a melhor mulher do mundo, mas no dia a dia a coisa é diferente. Ele tá sentado na mesa e se ele falar, ela faz gritar com ele, mandar calar a boca, não trata ele bem não é só maldade. Uma vez cheguei ele tava com um hematoma que parecia uma laranja. A impressão que deu foi uma cotovelada porque é justamente do lado que ela dorme, passou-se dois a três meses ele apareceu com o mesmo hematoma no mesmo lugar. O médico falou que a esposa tá muito estressada, ela não tá normal, ela não tem condições de cuidar dele nem de dormir com ele. Quando a esposa viu que o idoso saiu da cadeira de rodas, que ele estava ficando lúcido, ela cortou o tratamento de saúde dele” (Cuidadora A, 48 anos) .

“A família negligencia, quando eu saio no sábado, ninguém da família dá o remédio e o banho na idosa, têm até fezes na calcinha” (Cuidadora D, 64anos).

Só foi possível colher essas informações devido às entrevistas terem sido realizadas nos domicílios das cuidadoras. A violência doméstica não ocorre somente nos ambientes das famílias pobres, mas também nas de classe média.

A cuidadora A acabou sendo conivente com a situação dos maustratos ao idoso por medo de ameaças da esposa, conforme a sua fala e a cuidadora E não se pronunciou na entrevista com relação à negligência da família.

“Eu nunca denunciei porque a gente tem que ter provas, só a minha palavra não vai valer nada. Ela sempre fez uma pressão psicológica nas pessoas que trabalham lá, ela diz assim: a corda arrebenta do lado mais fraco. Ela é uma pessoa muito influente através dele, então vai ser a minha palavra contra a dela. É por isso que eu nunca denunciei, não vai adiantar só a minha palavra, sem ter um vídeo pra mostrar, nunca fotografei, mas eu posso pedir pra moça que trabalha lá” (Cuidadora A, 48 anos).

Analisando as falas das entrevistadas A e D, identificamos insegurança destas em garantir os direitos da pessoa idosa, por medo de perder o emprego ou por falhas do curso ou no aprendizado.

Karsh (2003) e Queiroz (2010) apontam que a sobrevivência de idosos dependentes fica 98% nas mãos de familiares, especialmente mulheres de meia idade ou idosas, que residem no mesmo domicílio. As tarefas acarretam ônus físico e financeiro, que tende a se agravar com a evolução da doença. Os cuidadores informais não possuem informações suficientes para exercer o cuidado, há poucos recursos técnicos e sociais de apoio, o que aponta fatores de risco para negligência doméstica com idosos.

Nos resultados de PIBIC sobre cuidadores familiares identificou-se que as idosas pobres são mais acessíveis em prestar as informações sobre os cuidados que recebem do que as idosas de classe média, pois estas últimas mantêm alguns segredos de família, por isso entendemos da não autorização para as entrevistas.

Também observamos que as idosas de classe média com cuidadora formal são mais fragilizadas, pois identificamos idosas na condição de acamadas (Sequelas de AVC, Trombose) outras com demências (Alzheimer), poucas com deficiência física (artrose crônica), diferente das

idosas com cuidadoras informais que apesar de também possuir em fragilidades, as condições de incapacidade da maioria eram físicas (seqüelas de AVC, problemas de coração, reumatismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial, pancreatite, pneumonia, paralisia de um membro inferior, deficiência visual, doenças neurológicas, doenças do trato urinário, doenças respiratórias), com exceção do bairro Complexo Antônio Aleixo em que foi identificado um pequeno número de idosos com demências (Alzheimer), mas, mesmo assim, participaram das entrevistas com a ajuda das filhas que ajudaram a responder as perguntas, somando a participação de todos os idosos com cuidadores informais nas entrevistas.

Outro fato observado é que os idosos com cuidadores informais residiam no mesmo domicílio. A renda da maioria das idosas era proveniente da aposentadoria, a minoria recebia BPC ou pensão pela morte de seus cônjuges. Ao contrário dos idosos com cuidadores formais, em que os profissionais residiam distantes do seu local de trabalho, a maioria na Zona Norte e pelas necessidades financeiras se submetiam a vários tipos de remunerações até incompatíveis com o seu trabalho e responsabilidade.

Nas zonas pesquisadas, detectou-se que a maioria das cuidadoras informais da zona leste possuía renda própria, ao contrário da zona centro-sul, em que a maioria não contava com nenhuma renda. No bairro Complexo Antônio Aleixo, 80% das cuidadoras só exerciam essa função, destas 60% recebiam aposentadoria de um salário mínimo, o que registra que as cuidadoras já são idosas cuidando de outras idosas, ambas precisando de maior assistência e cuidados pela fragilidade da idade, daí a explicação porque a cuidadora não pode buscar alternativas de trabalho fora de casa para complementar a renda, uma vez que foi revelado que os ganhos da idosa somados ao da cuidadora não eram suficientes para garantir a sobrevivência delas.

“O Dinheiro que eu ganho, mal dá pra comprar as coisas daqui de casa quem me ajuda é meu filho que de vez em quando vem aqui e traz um rancho pra mim e pra mamãe” (Cuidadora de 74 anos, Complexo Antônio Aleixo – Zona Leste).

Nos bairros Jorge Teixeira e Coroadó, 50% exerciam somente a atividade do cuidado, destas 30% têm renda, sendo 20% provenientes de aposentadoria e 10% são pagas para cuidar. A outra metade das cuidadoras informais trabalhava fora de casa, o que demonstra que são as que vivem em situações mais precárias do que as de outros bairros pesquisados, pois para garantir o seu sustento e da idosa têm necessidades de trabalhar para complementar a renda, por não ter outras pessoas da família para contar, dessa forma ficam mais vulneráveis nas suas condições de saúde por acumular maiores responsabilidades e tornam-se vítimas de estresse, raiva e outros sentimentos de culpa ou obrigação, o que pode incidir em cuidados inadequados à pessoa idosa.

A realidade é diferente na zona Centro-Sul, onde 90% das cuidadoras são de idades jovens (20 a 29 anos), idade adulta (40 a 49 anos) e envelhecidas (50 a 59 anos), destes grupos 60% não tinham renda, e uma minoria de 10% era idosa, o que revela que as cuidadoras não veem necessidades de exercer outros trabalhos além do cuidado, pois o seu sustento é garantido tanto pela renda das idosas, quanto pelo apoio de outros membros da família por possuírem melhores condições financeiras.

Com relação à pesquisa envolvendo os idosos de classe média com cuidador formal, identificamos que as condições de vida e renda deles são melhores e com os seus recursos da aposentadoria é pago o profissional para dar o suporte ao seu tratamento de saúde. No depoimento abaixo, a situação de vida de um idoso que tem seus rendimentos administrados pela esposa:

“Estou aqui por ele, é ele quem paga meu salário, todas as despesas da casa é ele quem paga, ele tem duas aposentadorias, ele tem um poder aquisitivo bom, ele era pra viver uma vida maravilhosa pro que ele tem isso aí me revoltava, pois o homem tá se

acabando, mas o que ta matando ele é a fraqueza, ele ta se alimentando muito mal, tem dia que tem que dar RO pra ele, ele era acostumado a tomar café da manhã com frutas, com queijo, tudo o que ele tinha direito e o que as condições dele dão pra fazer, e ultimamente a esposa tirou dele tudo isso. A esposa cansou de dizer pra mim, não entreguei o idoso pros filhos porque eu vou ter que entregar o dinheiro também, e isso eu não entrego, porque não vai valer a pena todo o trabalho que eu já tive com ele, é só por causa do dinheiro” (Cuidadora A, 48 anos).

Notamos que os idosos, tanto os com cuidadores informais quanto os com cuidadores formais, têm necessidades de assistência, os primeiros porque apesar de serem cuidados por um membro da família e se sentirem bem, e terem mais autonomia porque ainda conseguem administrar os seus domicílios pela fragilidade ser menor, possuem poucos recursos, o que inviabiliza os cuidados de saúde apropriados. Os do segundo caso mesmo estando em melhores condições financeiras para lhes garantir uma melhor qualidade de vida, ficam submetidos aos desígnios da família, devido a sua dependência ser maior, e, em algumas situações, pode ocorrer da família não proporcionar os cuidados adequados compatíveis com a sua renda, conforme relatado acima.

Perfil dos Idosos com Cuidadores Formais

	Tipo de dependência	Cuidados Demandados		Tipo de dependência	Cuidados Demandados
1.IDOSA (83 ANOS) Cuidadora B, 51 anos.	Não deambula em consequência da artrose.	Companhia para levar ao banheiro, dormir, dar o remédio, dar banho.	2.IDOSO (70 ANOS) Cuidadora A, 48 anos.	Não deambula, não fala em consequência de AVC, problemas cardíacos e convulsões.	Companhia para levar ao banheiro, dormir, dar o remédio, dar banho, dar alimentação, levar pra passear, fazer os afazeres domésticos,

					fazer a comida do idoso.
	Tipo de dependência	Cuidados Demandados		Tipo de dependência	Cuidados Demandados
3.IDOSA (81 ANOS) IDOSO (83 ANOS) Cuidadora D, 64 anos.	Alzheimer, Parkson, artrose, osteoporose, problema de coração, hipertireoidismo. Fragilidade da idade	Dar banho, dar alimentação, dar o remédio. Afamília impõe que faça os afazeres domésticos e também a comida para toda a família.	4.IDOSA (84ANOS) IDOSO (85 ANOS) Cuidadora C, 51 anos.	Acamada, não deambula, demência. Cirrose Hepática e acamado.	Faz janta, dormir, dar o remédio, dar o banho, a medicação, acompanha na internação.
	Tipo de dependência	Cuidados Demandados			
5.IDOSA (85 ANOS) Cuidadora E, 51 anos.	Alzheimer Fragilidades da idade	Alimentação, dar banho, ajudar a deitar, a levantar, a sentar, caminhar.			

Quadro04: Perfil dos Idosos com Cuidadores Formais.

Fonte: Pesquisa de Campo realizada em 2011.

Identificamos que os cuidados demandados pelos idosos com cuidador formal não são muito diferentes dos cuidados demandados pelos idosos com cuidadores informais, pois ambos precisam de apoio para realizar as atividades de vida diária (AVDS) e Instrumentais de vida diária (AIVDS), tais como: alimentação, dar banho, passear, controle da medicação, servir de companhia, levar ao banheiro, caminhar, vestir, fazer comida, entre outras.

A diferença que constatamos entre os serviços prestados pelos cuidadores, é que os cuidadores formais, por receberem uma remuneração, são cobrados pela família em maior intensidade pelo seu trabalho como observado no quadro 04. Identificamos dois profissionais que, além de cuidar do idoso para o qual foram contratados, assumem os cuidados com outro idoso na mesma casa, com a mesma remuneração, sendo uma cuidadora já idosa e outra

envelhecendo, ao contrário dos cuidadores familiares que assumem os cuidados de um único idoso.

“Eu fui contratada para cuidar de uma idosa, mas to cuidando do esposo dela também sem ser paga, porque não vou deixar de ver o velhinho, deixar ele todo sujo, ela fica triste se eu não cuidar, eu faço e não reclamo. Além de cuidar deles assumo outras responsabilidades dentro da casa, eu já falei pro filho dela é uma responsabilidade que ta toda nas minhas costas. Às vezes a pessoa ta ali por dinheiro, não se importa com nada, deveriam ver o meu esforço” (Cuidadora C, 51 anos).

“Eu fui contratada para cuidar da idosa, mas eu dou atenção para o idoso também, ele é lúcido, faço o lanche dele, ele não sai sozinho, ele já não levanta os pés direito, quase todos os dias eu faço o almoço para toda a família” (Cuidadora D, 64 anos).

Percebemos que as famílias que contratam essas profissionais não têm uma noção clara sobre essa profissão, mas utilizam os seus serviços para reduzir a sobrecarga dos cuidados com o idoso e com a casa que deveriam ser de sua responsabilidade, para poder se ocupar de outras atividades. Os poucos da família que participam, ajudam financeiramente, devido aos seus compromissos pessoais; passando a ser o cuidador formal a referência de família para o idoso. As falas das cuidadoras apontam esses fatos:

“A gente criou um vínculo muito grande no dia a dia, só ficávamos nós dois. A família saía para trabalhar com seus compromissos, só a esposa almoçava em casa e às vezes nem vinha. Durante seis anos eu cuidei dele, da casa e de tudo sozinha. Chegava do parque, o colocava para dormir, aí eu ia fazer os afazeres da casa, sempre foi assim, muito corrido, era muito estressante, aí eu comecei a reclamar porque eu não tinha mais tempo pra ele, porque os cuidados eu tinha que dividir com ele e as tarefas da casa” (Cuidadora A, 48 anos).

Fala da cuidadora Diarista:

“Ele não tem tempo pra cuidar, eles vivem mais na rua são médicos o filho e a nora, mas o cuidado é nosso. Mas agora eles tão atentos, participam porque dão o apoio do que precisamos para cuidar dela” (Cuidadora E, 51 anos).

Fala da Cuidadora Plantonista:

“A filha é bastante participativa, vem visitar, almoça nos finais de semana com a mãe, faz companhia, entende que essa profissão é pra cuidar do idoso e não da casa, por isso existem outras duas pessoas só pra cuidar dos afazeres domésticos, isso é gratificante”
.(Cuidadora B, 51 anos).

Constatamos que as cuidadoras formais A, C e D são mais sobrecarregadas, assumem sozinhas, nos domicílios, outros trabalhos além dos cuidados aos idosos e possuem uma carga horária de trabalho mais intensa, sendo a cuidadora C a que mais trabalha, pois atua na função em período noturno, de 19h às 7h, sendo 12h de Segunda à Sexta-feira, com folgas no sábado e no domingo. As cuidadoras A e D trabalham das 8h às 18h, sendo 8h de Segunda à Sexta-feira, com folga no domingo.

Essas cuidadoras não contam com nenhum suporte em domicílio para revezar com outros profissionais mais qualificados o seu trabalho, sendo que das três cuidadoras, a C consegue lidar melhor com as situações de fragilidade da idosa, devido a possuir outra capacitação voltada para a área da saúde, pois está concluindo o curso técnico de enfermagem, ao contrário das outras duas, haja vista que somente uma possui o curso de cuidador e outra o curso superior de pedagogia, o que revela que as famílias desses idosos não estão supervisionando esses cuidados.

Born (2008) aponta que, nesses casos, pode ser que no passado esses idosos tenham sido ausentes com os filhos e as esposas, não criando vínculos familiares, e neste momento de fragilidade a família providencia as mínimas condições possíveis para o seu tratamento, por não existir entre o idoso e a família uma relação de afeto e de amor, passando a cuidadora a ser a referência de família para este idoso:

“Tenho um amor tremendo por esse idoso, a gente tem um vínculo muito grande tanto eu quanto ele, ele me chama de madrinha, minha madrinha a senhora é a minha família que eu não sei o que vai ser de mim sem a senhora” (Cuidadora A, 48 anos) .

“Ela diz pra eu não deixar ela sozinha, ela gosta muito de mim, os filhos são médicos, sabem da gravidade da atenção redobrada e não dão o apoio necessário. Com a família bato de frente, a visita da família é rápida com os idosos” (Cuidadora C, 51 anos).

“Eu quero ficar com a idosa, cuidar dela, a filha quer que eu fique na cozinha, eu gosto da idosa, eu não gosto do jeito da família me tratar” (Cuidadora D, 64 anos).

Já as cuidadoras formais E e B são contratadas para cuidar somente do idoso, com cargas horárias reduzidas, uma em regime de plantão (24 por 24h) e uma como diarista (duas vezes por semana). Nessas casas, os cuidados aos idosos são revezados com outras pessoas, sem contrato formal, ou que já são técnicas de enfermagem ou enfermeiras. Estas, por sua vez, como não tiveram o treinamento formal pela instituição, referência da nossa análise, não foram entrevistadas, revelando que essas famílias têm uma relação de afeto e preocupação em prestar uma melhor assistência ao seu idoso.

Já os cuidados realizados pelos cuidadores familiares são desenvolvidos sem nenhum treinamento e orientação, em algumas ocasiões contam com o apoio informal de amigos, vizinhos ou outros parentes. As unidades de saúde do bairro dão suporte em domicílio somente para realizar serviços de rotina: aferição de pressão, marcação de consulta, vacinas do idoso, mas não são atendidos nas necessidades que demandam: acompanhamento, orientação e encaminhamento para realizar curso de capacitação de cuidadores. Abaixo os relatos dos cuidadores sobre como se sentem exercendo essa função com ou sem apoio das instituições públicas:

“Eu acho muito complicado, até choro, porque é muita carga pra mim, eu tento fazer o melhor, eu não tive curso de nada assim do idoso, mas tento passar pra ele o melhor, fazer ele rir pra passar o tempo, a gente tem que ter muita paciência” (Cuidadora, Parque Dez e Flores – Zona Centro-Sul).

“Se tivesse um melhor acompanhamento dos profissionais de saúde, talvez ela não tivesse sofrido o AVC [...] uma vez fomos à unidade de saúde e a médica se negou a dizer o que ela tinha, ficamos sem saber o que fazer” (Cuidadora, Jorge Teixeira e Coroado – Zona Leste).

“A dificuldade que eu tenho é de fazer curativos na minha esposa (idoso), porque o médico não vem aqui, então tenho que pagar alguém porque tenho medo de fazer sozinho” (Cuidador, Complexo Antônio Aleixo, Zona Leste).

Quanto às experiências das cuidadoras formais com idosos, das cinco (05) entrevistadas, duas (02) adquiriram experiência com idosos depois de concluir o curso de cuidadores, D e E, as outras três (03) já atuavam nos cuidados com idosos; duas, B e C, como cuidadoras familiares e uma, A, na condição de empregada doméstica.

A cuidadora C, já cuidava da mãe que tinha Alzheimer e de outros idosos, como dama de companhia; a cuidadora B conviveu com idosos e prestava os cuidados quando jovem porque gostava mesmo, e a cuidadora A havia sido contratada como empregada doméstica e também cuidava do idoso e, a partir desta experiência, fez o curso de cuidador para regularizar a sua condição de trabalho na função de cuidadora. Sobre as experiências deste trabalho, relatam:

“A minha experiência pra mim foi muito boa, porque aprendi a valorizar o idoso, enxergar o idoso com outros olhos, porque nós que ainda não chegamos à Terceira Idade, costumamos ter muito descaso com idoso no nosso dia a dia, a partir do momento que eu fiz o curso eu passei a ter mais respeito pelo idoso, até porque o meu esposo é idoso também” (Cuidadora A, 48 anos).

“Com essa experiência eu venho me fortalecendo como profissional, é gostoso trabalhar com eles, por que passam a experiência de vida” (Cuidadora B, 51 anos).

“Apesar de tudo pra mim é satisfatório como ser humano, faço as coisas com amor. Na realidade em geral a gente vê falta de humanidade da família mesmo” (Cuidadora C, 51 anos).

As outras duas cuidadoras não definiram o sentido do seu trabalho, apenas destacaram a forma de ingresso na profissão.

“Assim que eu terminei o curso deixava meus cartões na Fundação, a família telefonava e me indicavam. Quando me solicitavam os idosos estavam prestes a morrer, ou acamados, cuidei de uns dez idosos” (Cuidadora D, 64anos)

“O primeiro emprego na função foi indicação da Fundação Dr. Thomas, depois eu pedi pra sair, porque onde eu trabalhava era pra cuidar de três pessoas e só era paga para cuidar de uma: do idoso, de outra idosa, e do filho deficiente para ganhar R\$ 600,00 Reais, todos com demências, além disto, tinha que agüentar abusos, porque o filho deficiente queria me bater, e a esposa do idoso me ofendia e me acusava de ladrona e suvinava (negava) comida, passava o dia no trabalho e só tinha direito a comer um pão de manhã e no almoço comia o que eles dessem” (Cuidadora E, 51 anos)

Segundo Boff (2010) cuidar representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. Em oposição ao cuidado, estão o descuido e o descaso, e se ao longo da vida não fizer com cuidado tudo o que empreender, prejudicará a si mesmo e aos que estiverem à sua volta.

O autor afirma que o trabalho do cuidado na esfera privada não é reconhecido na lógica de produções de valores para o capital, mas é neste contexto particular que a economia e a política devem entrar, pois é neste cenário que se produzem e reproduz comportamentos socialmente construídos, uma arena de conflitos e disputas.

Essa realidade de sobrecargar a cuidadora formal sem que a família reconheça seu trabalho é também a realidade dos cuidadores familiares, que não dispõem de nenhum recurso financeiro para o seu sustento, dependendo de ajudas da família e do idoso para manter a sua sobrevivência, inclusive se anulam para viver em função dos cuidados, saem de seus empregos e ainda ficam desprotegidas, sem adquirir benefícios, seja de aposentadoria ou de auxílio-doença da previdência social, em casos de quaisquer infortúnios, sendo esta cuidadora também uma doente em potencial, demandando também a necessidade de assistência social e de saúde. (KARSH 2006, BORN 2008, NERI, 2006)

Diante do exposto, pode-se analisar que a famílias como a primeira responsável pelos seus membros, necessita de políticas de proteção social, de saúde e de assistência social para fortalecer os seus vínculos afetivos, pois sem receber o suporte de capacitação e treinamento, a família fica fragilizada e em permanente conflito, o que pode incidir em práticas de violência, aos quais caminham lado a lado com os cuidados. Esta discussão sobre as políticas de proteção ao idoso, tendo a família como centralidade nos cuidados, será vista no Capítulo II.

CAPÍTULO II

A POLÍTICA DE PROTEÇÃO AO IDOSO E A QUESTÃO DO CUIDADOR

O objetivo deste Capítulo é o de apontar as políticas de proteção aos idosos, suas conquistas e direitos garantidos a partir da Constituição Federal de 1988, como a Seguridade Social, Política Nacional da Assistência Social- PNAS, Política Nacional do Idoso- PNI, Estatuto do Idoso e na área saúde: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e Política Nacional da Atenção Básica, dando ênfase aos idosos com fragilidades, que passam a depender de cuidados de outras pessoas, normalmente um membro da família e na ausência deles surge à figura do cuidador, um profissional necessário para garantir a autonomia e a independência, colocando em pauta o curso de cuidadores realizado pela Coordenadora Municipal das Políticas Públicas (Fundação Dr. Thomas) voltado ao segmento idoso em Manaus.

2.1. Direitos e as Políticas Públicas Voltadas aos Idosos no Brasil.

Em consequência do aumento da população de idosos ter aumentando em ritmo acelerado, novas demandas têm sido geradas, nas questões de previdência social, saúde e assistência social, pelo fato de um maior número desses vir ultrapassando a faixa etária acima de 80 anos, denominados mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada, causando fragilidades e aumento das doenças crônicas inerentes a esta faixa etária, resultando num envelhecimento marcado por limitações.

Segundo Simões (2008) a previdência social brasileira teve início em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, que instituiu a Caixa de Aposentadoria e Pensões para os ferroviários, um seguro social destinado a esses trabalhadores em casos de aposentadoria, invalidez ou tempo de serviço. Esses benefícios nos anos seguintes foram ampliados a outras categorias profissionais.

Segundo Haddad (2001) a aposentadoria fez parte do conjunto de reivindicações do movimento operário e representa a primeira forma pela qual as populações veem definida a sua cidadania. O movimento de Aposentados e Pensionistas foi fundado em 1966 e a sua luta foi em favor do reconhecimento dos direitos da pessoa idosa, consubstanciando propostas para a melhoria da qualidade do fim da vida, amparado na idéia de que é preciso garantir proteção aos idosos, enquanto segmento esquecido da sociedade. Este movimento traz no bojo de seus embates a bandeira pelos direitos garantidos na Constituição.

A partir da Constituição Federal de 1988 os direitos dos idosos são ampliados e garantidos, traduzindo novas conquistas, resultantes de lutas e reivindicações por melhores condições de vida. O Capítulo VII da referida Lei determina:

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade;

Art. 230. A Família, o Estado e a sociedade têm o dever de amparar as pessoas idosas, defendendo sua dignidade e bem-estar, garantindo-lhes o direito à vida;

1° Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

2° Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes públicos.

As políticas públicas assumem papel fundamental na melhoria das condições de vida da população idosa e de sua revalorização dentro da família. A Seguridade Social enquanto conjunto de políticas e ações visando à proteção integral do cidadão e do seu grupo familiar é

uma conquista da sociedade nas situações de doenças, perda de capacidade laborativa e necessidades econômicas, inscrita no tripé de previdência, saúde e assistência social.

A previdência Social, Lei 8.213/91, regulamentada pelo Decreto 3.048/1999, segundo o artigo 201 da Constituição, está organizada pelo regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória.

De acordo com Simões (2006), o Instituto de Seguro Social – INSS passou a assegurar benefícios contra riscos de doenças, invalidez e morte, incluindo os que resultam de acidentes ou doença do trabalho, velhice, reclusão previdenciária e maternidade, além de pensão por morte aos dependentes.

Este autor destaca os direitos concedidos na velhice: **aposentadoria por tempo de contribuição** (antes tempo de serviço), que é concedida aos 35 anos (homem) ou 30 anos (mulher), sem exigência mínima de idade; **aposentadoria por idade**, concedida quando aos segurados que atingem 65 anos de idade (homens) ou 60 anos de idade (mulheres), essa regra é válida para os trabalhadores urbanos, com exigência mínima de 15 anos de contribuição. Neste tipo de benefício, não é exigida qualidade de segurado, podendo, a qualquer momento, requerer desde que atingido os requisitos mínimos conforme preconiza a Lei Federal 10.666.

A Assistência Social regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social- LOAS, Lei 8.742/93 e fortalecida pelo Sistema Único de Assistência Social – SUAS/PNAS 2004, é um direito do cidadão e dever do Estado. De caráter não contributivo, descentralizado e participativo tem por função a proteção à vida, redução de danos, monitoramento das populações em risco e prevenção das incidências de agravos à vida em face das situações de vulnerabilidade social.

Nessa perspectiva, a política pública de assistência social do SUAS constitui-se como um conjunto de ações, cuidados, atenções, benefícios e auxílios, voltados às famílias e aos seus membros, no seu território de vivência, com prioridade àqueles com registro de fragilidades,

vulnerabilidades e presença de vitimização, de modo a fortalecer os laços e vínculos familiares para promoção do direito à convivência familiar e comunitária, pois a família como núcleo afetivo vinculado por laços consanguíneos, de aliança ou afinidade com obrigações mútuas, também é um espaço contraditório marcado por conflitos, desigualdades e violência, que possui suas características e arranjos distintos em constante transformação, com demandas específicas.

Nessa direção, a política de assistência social do SUAS desenvolve todas as ações e serviços voltados para a centralidade da família (matricialidade sociofamiliar), pois entende que só é possível tecer uma rede de proteção social se acolher mais de um membro dessa família na busca de superação da vulnerabilidade, por ser ela um núcleo básico de acolhida, convívio, sustentabilidade e protagonismo social e espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primária dos indivíduos e que deve ser apoiada e ter acesso às condições para responder ao seu papel no sustento, na guarda e na educação de suas crianças e adolescentes, bem como na proteção de seus idosos e portadores de deficiência.

A unidade pública de realização da Proteção Social Básica de Assistência Social é o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). As ações de Proteção Básica destinada à pessoa idosa e suas famílias devem ser implementadas, na perspectiva de: apoiar a família e facilitar o acesso às condições para responder ao dever de sustento, cuidado e proteção dos seus membros idosos; realizar campanhas de conscientização, apoio e mobilização da comunidade para a defesa e promoção dos direitos da pessoa idosa; realizar trabalho social com a família da pessoa idosa visando ao fortalecimento da autonomia, dos vínculos familiares e mudança de paradigma de atendimento, rompendo com a lógica da institucionalização (SUAS, 2004).

De acordo ainda com o SUAS, a Proteção Social Especial é destinada às situações pessoais, familiares e comunitárias com ocorrências de contingências, vitimizações e agressões, e objetiva promover a defesa da dignidade e dos direitos humanos, observando as seguintes

premissas: priorização da manutenção das pessoas idosas na família e na comunidade, buscando garantir-lhes seus direitos básicos e prevenir seu abandono; promoção da inclusão da pessoa idosa, de modo a favorecer a melhoria da qualidade de vida; integração das ações no âmbito das demais políticas públicas.

Os Serviços de Proteção Social Especial (CREAS) de média complexidade têm caráter continuado para a acolhida, o apoio e o acompanhamento profissional de pessoas idosas, na perspectiva do fortalecimento ou restauração de vínculos familiares e sociais para o alcance da autonomia e independência. Estes serviços proporcionam orientações às famílias sobre as novas maneiras de lidar com as dificuldades ou limitações, bem como a potencialização das capacidades e habilidades da pessoa idosa, oportunizando a permanência do idoso em sua própria residência, com melhoria da qualidade de vida e apoio às famílias no cuidado às pessoas idosas.

Os Serviços de Proteção Social Especial de alta complexidade são oferecidos às famílias que se encontram sem referência familiar, comunitária ou em situação de ameaça, necessitando de ações protetivas especiais temporárias ou permanentes, sendo vedadas práticas segregacionistas e restritivas de liberdade, oferecendo, na forma de família acolhedora, abrigo, Instituição de Longa Permanência para Idoso, casas lar.

Com a implantação dos CRAS, o Benefício de Prestação Continuada, BPC, ganha maior efetividade, já que busca promover o fortalecimento das famílias e dos indivíduos, por meio do desenvolvimento de suas capacidades e potencialidades. Este benefício representa a garantia de um salário mínimo mensal aos portadores de deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem tê-la provida pela família.

(art.20)

Além destas ações, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)

implementou o Programa Bolsa Família, que transfere renda às famílias em situação de pobreza, associando a renda aos direitos básicos sociais como a saúde, alimentação, educação e assistência social, e oferece também os programas e ações vinculados à política de Segurança Alimentar e Nutricional como aquisição de alimentos, cozinhas comunitárias e populares, cisternas, bancos de alimentos e colheita urbana.

A Saúde é um direito de todos e dever do Estado, art.196, regulamentada com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, pela Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/90 e nº 8.142/90 que estabeleceu princípios direcionados à implantação de um modelo de saúde, priorizando a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade social, controle social e a territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais dos idosos aos serviços e ações de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação.

De acordo com Bravo (2002), a política de saúde no Brasil na década de 90 foi marcada por dois grandes projetos em confronto: o Projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 80 e inscrito na Constituição de 1988 e o Projeto de Saúde articulado ao mercado ou privatista, sob a égide neoliberal. Não existem dúvidas que a Constituição de 88 trouxe avanços na área social, contudo, nos anos 90, o ataque neoliberal foi mais visível.

Segundo a autora, o projeto de Reforma Sanitária foi fruto de mobilização dos profissionais de saúde articulados ao movimento popular, cuja idéia central era de tornar o Estado na concepção democrática e de direito responsável pelas políticas sociais, em favor da sociedade.

O Projeto Saúde pautado na política neoliberal tem como propostas a redução dos direitos sociais dos trabalhadores, o aumento do desemprego, a precarização do trabalho, o desmonte da previdência pública e o sucateamento da saúde e educação, com caráter focalizado para atender as populações vulneráveis.

Segundo a autora, a saúde fica vinculada ao mercado em parceria com a sociedade, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise como também a desprofissionalização com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais. A tarefa do Estado nesse projeto consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado, ou seja, saúde pobre para pobre sobre responsabilidade do Estado e serviços de alta complexidade mercantilizado e pago pelo estado para empresas privadas entre outros casos..

A **Política Nacional do Idoso**, Lei nº 8.842, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, reconhece o idoso como sujeito portador de direitos, define princípios e diretrizes que asseguram os direitos sociais e as condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Essa lei foi pautada em dois eixos básicos: **proteção social**, que inclui as questões de saúde, moradia, transporte e renda mínima, e **inclusão social**, que trata da inserção ou reinserção social dos idosos por meio de participação em atividades educativas, socioculturais, organizativas, saúde preventiva, desportivas, e ação comunitária.

O **Estatuto do Idoso**, importante instrumento de cidadania deste segmento, aprovado e sancionado em 1º de outubro de 2003, por meio da Lei Federal nº.10.741, ampliou a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa.

Do Direito à Vida:

Art. 8º O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social.

Art 9º É obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

Do Direito à Saúde:

Art. 15 É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema único de Saúde- SUS, garantindo-lhes o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Inciso 1º A prevenção e manutenção da saúde do idoso serão efetivados por meio de:

IV- atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitado de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o poder público, nos meios urbano e rural;

V- reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes dos agravos à saúde;

Inciso 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado.

Art. 18 As instituições de saúde devem atender os critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

Embora a legislação brasileira seja bastante avançada nos cuidados da população idosa, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos e a ampliação da Estratégia de Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis em situação de grande vulnerabilidade social, inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso precisaram se readequar à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, pois o Sistema Único de Saúde deve garantir respostas às necessidades específicas de saúde da população idosa, priorizando a formulação de estratégias de ações voltadas para os idosos com alto grau de dependência com a meta de ampliar a participação deles na sociedade, o que será tratado no próximo item.

2.2. Política Pública de Atenção ao Idoso com Dependência.

A **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa- PNSI-** republicada em 19 de Outubro de 2006, através da Portaria nº. 2.528, incorpora a atenção básica como mecanismo de promoção, melhoria e resolutividade da atenção à saúde da pessoa idosa, incluindo também a

atenção domiciliar e ambulatorial. Determina que o envelhecimento bem sucedido é entendido a partir de três componentes: menor probabilidade de doença; alta capacidade funcional física e mental e engajamento social, ativo com a vida.

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº. 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o **Pacto pela Vida**. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo.

A organização da rede SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas. O objetivo é assegurar atenção à saúde digna e adequada para a população idosa, principalmente para aqueles que por diversas razões tiveram um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

Os desafios a superar:

- a) A escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para domicílio;
- b) Números insuficientes de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental;
- c) A escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
- d) A implementação insuficiente ou mesmo a falta destas Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

Apesar do compromisso em Lei das Políticas Públicas de Saúde em buscar atender as necessidades da população em geral, o segmento populacional de idosos com alto grau de dependência funcional tem sido prioridade, para garantir a inclusão destes na sociedade para o desenvolvimento da autonomia e independência.

Os idosos, mesmo sendo independentes, mas que apresentem alguma dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD); tais como preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e

reparos domésticos e sair de casa sozinhos, utilizando uma condução coletiva, são considerados em potencial para desenvolver fragilidades. (PNSPI,2006)

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que vive em Instituição de Longa Permanência, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças causadoras da incapacidade funcional; por exemplo: acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros, possua pelo menos uma incapacidade funcional básica, viva situações de violência doméstica, e idosos acima de 75 anos de idade. (idem)

A prática de cuidados exige abordagem interdisciplinar e multidimensional para interação dos fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e o ambiente no qual está inserido.

Segunda a PNSPI (2006), a identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também fazem parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado.

Segundo Berzins (2008), a função de cuidador está sendo cada vez mais requisitada pelas pessoas idosas e pela família. Informa que já existe mobilização dos idosos por meio dos conselhos, fóruns, associações e outras formas de organização, solicitando dos governos a oferta de uma política pública que proporcione os serviços de cuidador de idosos.

Ainda segundo a autora, é preciso criar novas formas de articulação em rede, oferecendo o cuidador formal para as famílias que dele necessitem, para que elas descansem nos finais de semana e à noite.

Segundo Veras (2007) a percepção geral da sociedade brasileira é de que o atendimento, no SUS, é precário, de custo elevado, com desperdício de recursos e má prestação de cuidados. Os idosos brasileiros vivem cotidianamente angústias com a desvalorização das aposentadorias e pensões, com medos e depressão, com a falta de assistência e de atividades de lazer, com o abandono em hospitais ou asilos. E sofrem ainda, todo tipo de obstáculos para assegurar alguma assistência por meio de planos de saúde. À desinformação, ao preconceito e ao desrespeito aos cidadãos da terceira idade, se somam a precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas da população idosa, a falta de instalações adequadas, a carência de programas específicos e mesmo de recursos humanos, seja em quantidade, seja em qualidade.

Em Manaus é oferecido o curso de cuidador formal gratuito, realizado na Fundação Dr. Thomas, três vezes por semana (segunda, quarta e sexta-feira), no auditório do Parque Municipal do Idoso, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde- SEMSA a partir de 2009. Esta participação ocorre somente para disponibilizar profissionais de saúde para ministrar o curso de cuidador formal, pois esta secretaria de saúde permanece realizando o curso de cuidadores familiares nos distritos de saúde com uma carga horária reduzida de 20h.

Segundo entrevista com a gestora Municipal das políticas públicas voltadas aos idosos, os critérios de participação no curso de cuidadores são: possuir ensino médio completo, ser maior de 18 anos e experiência na área da gerontologia.

Quanto à duração do curso, são 200 horas em sua totalidade no Programa de Longa Permanência da Fundação Dr. Thomas, sendo 160 horas de teoria e 40 horas de estágio prático, as quais são divididas em quatro meses de aula. O curso é promovido pela Instituição desde 2006, sob supervisão do Setor de Saúde da Instituição.

Segundo ainda a gestora, o curso possibilitará ao aluno cuidar da pessoa idosa, 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.

Ravagni (2008) elucida que o curso de cuidador deve ter no mínimo uma carga horária de 100h, com 80 aulas teóricas e 20 aulas práticas. Devem ser abordados os diversos aspectos do envelhecimento, as condições para manter uma boa saúde, as doenças mais comuns na velhice, as relações interpessoais: idoso x família x cuidador.

Em Manaus, o curso oferece 16 módulos:

- 1-Aspectos políticos e sociais do envelhecimento;
- 2- O Cuidador como profissão e como profissional;
- 3- Benefícios da Atividade Física;
- 4- Cuidados de Enfermagem - 1º Parte;
- 5- Aspectos Psicológicos e o Contexto Familiar;
- 6- Cuidados de Enfermagem - 2º Parte;
- 7- Aspectos Fonoaudiólogos da 3º Idade;
- 8- Políticas Públicas e Direitos dos Idosos;
- 9- Aspecto Odontológico do Envelhecimento;
- 10- Aspecto Biológico do Envelhecimento;
- 11- Benefícios da Terapia Ocupacional;
- 12- Aspectos Fisioterapêuticos;
- 13- Noções de Primeiros Socorros;
- 14- Cuidando do Cuidador;
- 15- Nutrição na Terceira Idade;
- 16- Espiritualidade Na Terceira Idade.

Após conclusão do curso, a Instituição não se responsabiliza pelo envio de cuidadores às famílias, só assume o compromisso de capacitar os candidatos que preencherem os critérios de admissão no curso, a fim de cumprir a agenda da política municipal do idoso.

A avaliação de desempenho dos candidatos que se capacitaram é analisada por uma equipe técnica de saúde, contendo itens como pontualidade, comprometimento, assiduidade e aplicabilidade técnica. Os cursos de atualização e reciclagem são oferecidos somente aos funcionários efetivos da equipe de saúde, dentre eles, os cuidadores particulares.

O retorno esperado pela Instituição desse serviço no que concerne à Política Pública é o de proporcionar à sociedade civil acesso às informações referentes aos cuidados com a pessoa

idosa, seguindo as diretrizes da política nacional do idoso, a qual estabelece que o Estado deva assegurar ao idoso todos os direitos à cidadania, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida.

Identificamos que os cuidadores formais estão alocados nos bairros de camada média. Os idosos pobres que não podem pagar o cuidador, de acordo com a gestora, são encaminhados aos programas de atendimento assistencial.

Referente à contratação de cuidadores, esta negociação fica apenas entre os familiares e o cuidador, principalmente com relação ao valor a ser cobrado. Na cidade de Manaus, ainda não existe uma organização dos cuidadores em prol da categoria, e a ocupação de cuidador não foi incorporada por nenhum conselho profissional. Portanto, uma regulamentação quanto a aspectos como piso salarial, benefícios, etc. Diante disto, a Instituição não pode intervir nestes aspectos, apenas proporcionar programas assistenciais que atendam à demanda de idosos carentes como o Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso (PADI), disk denúncia de maus tratos ao idosos, entre outros.

Diante dos fatos expostos e em articulação com a lei de proteção aos idosos, notamos que há tentativas de garantir um atendimento domiciliar para promoção, tratamento e recuperação da saúde dos idosos.

Na realidade de Manaus, os serviços oferecidos ainda são precários, os cuidadores formais ainda não são reconhecidos como profissionais, apenas como uma ocupação classificada pela CBO de 2002, reconhecidos como trabalhadores domésticos.

Frente ao crescimento de idosos fragilizados, o cuidador surge no mercado para exercer essa função com pouca experiência ou nenhuma e baixa qualificação e profissionalização, sendo um trabalho considerado precário, os quais assumem responsabilidades para as quais ainda não estão preparados.

Essa realidade também é vivida pelas famílias em geral, pois a Secretaria Municipal de Saúde –SEMSA oferece cursos aos cuidadores familiares, com noções básicas sobre os cuidados aos idosos, para os membros assumirem essa função em seus domicílios, mas, nas pesquisas analisadas, nenhum desses cuidadores familiares teve treinamento.

Há de se registrar que a Estratégia Saúde da Família aloca os agentes comunitários para acompanhar os doentes identificados, entre eles, os idosos em sua maioria, em seu tratamento e recuperação dos agravos acometidos sob supervisão do médico e enfermeiro, mas não realizam o trabalho de cuidador.

Voltando ao trabalho do cuidador formal, verificamos que estes serviços oferecidos nos domicílios não são supervisionados pela instituição formadora, como revelou a gestora da política municipal do idoso, portanto ainda é incipiente essa política de cuidador formal voltada ao idoso na realidade de Manaus, pois não há uma política pública definida para essa finalidade, ou voltada para a construção da Rede Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa -RENADI.

CAPÍTULO III

AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS CUIDADORES DE IDOSOS EM MANAUS.

Os cuidadores são a categoria central deste trabalho, o objetivo deste capítulo é situar esses profissionais nas transformações do mundo do trabalho, por estarem inseridos no contexto capitalista como trabalhadores pobres e precarizados, isto é, que não dispõem dos meios de produção, mas apenas da força de trabalho para sua sobrevivência, sendo necessária essa discussão, destacando-se neste capítulo as características dos candidatos ao curso de cuidador em Manaus, o perfil dos cuidadores que atuam em domicílio, e uma breve análise sobre a prática dos cuidados nas famílias atendidas e seus reflexos na saúde deste trabalhador.

3.1. Gênero e as Relações de Trabalho na Contemporaneidade.

Neste item, realizaremos uma breve discussão dos efeitos e influências que o trabalhador recebe do capitalismo no limiar do século XXI, período em que se experiencia o aprofundamento das desigualdades sociais, principalmente entre os trabalhadores, cuja condição de classe o subalterniza em relação ao sexo, à cor, à raça e à etnia, promovendo neles uma acentuada dependência das relações de trabalho, incluindo-os também, na classificação toyotisca, como a classe-que-vive-do-trabalho.

Antes de introduzirmos a discussão proposta, retornaremos ao século XX a fim de contextualizar como estavam configuradas as relações de trabalho neste período. Para tanto,

foram utilizados como referências os autores contemporâneos considerados mais relevantes neste estudo.

Vive-se no século XX uma série de mudanças ocasionadas pelo atual sistema de desenvolvimento capitalista que traz consequências danosas para as condições de vida e de trabalho daqueles inseridos neste processo de exploração, em que a família também é afetada.

Dentre as principais mudanças substantivas nas relações entre Estado e Mercado e entre estes e a Sociedade Civil, as quais incidem diretamente no desenvolvimento das forças produtivas vivenciadas neste século, destacam-se: 1) o processo de globalização; 2) a emergência do Welfare State; 3) a política neoliberal.

No que concerne à globalização, Castro (1997) afirma que a difusão mundial da cadeia produtiva capitalista, consolidada especialmente após a Segunda Guerra, e o acelerado ritmo de inovação derivados da terceira revolução tecnológica, baseada na microeletrônica, trouxeram como consequências alterações profundas nas relações de trabalho. Faz parte do processo de globalização a flexibilização das relações de produção e uma maior exigência pela participação do empregado no processo produtivo.

Nesse sentido, Rico (1998) preconiza que se anteriormente, com o fordismo, exigiam-se empregados especializados, na contemporaneidade há uma demanda por sujeitos pensantes, que no dizer da autora seria uma “destruição criadora”, que é própria do atual desenvolvimento do capital.

No que tange ao *Welfare State*, este surge na década de 40 e não pode ser compreendido apenas em termos de direitos e garantias como afirma Esping-Andersen (1991), pois seus princípios mais importantes se agrupam em três tipos distintos de regime: Liberal, Conservador e Social-Democrata. Quanto ao modelo liberal, a assistência se estendia aos que comprovassem

pobreza, os benefícios atingindo principalmente uma classe de baixa renda, em geral, a classe trabalhadora dependente do Estado, que por sua vez, teria garantia apenas de um sustento mínimo. Já no modelo conservador, o que predominava era a preservação das diferenças de status. Os direitos, portanto, estavam ligados à classe e ao status. Quanto ao Social-Democrata, este buscava promover uma igualdade com os melhores padrões de qualidade e não igualdade das necessidades mínimas.

Neste contexto, também emerge o chamado neoliberalismo, o qual explica-se pelo fato de ressuscitar o liberalismo econômico, em que o Estado possui um papel diminuto, enxuto, para enfrentar os dilemas da Questão Social posta e, portanto, necessita das parcerias com o mercado e com a sociedade civil, para viabilizar programas de enfrentamento da exclusão social, entendida não como uma exclusão da sociedade, mas do acesso a direitos, bens e serviços sociais; todavia, verifica-se que o desemprego e o sucateamento da mão de obra são intrínsecos ao modelo, o que revela uma teia de contradições.

Nesse movimento, em que crescem as desigualdades sociais e as diversas manifestações da Questão Social, pode-se refletir uma nova concepção de cidadania ligada ao trabalho neste século XX, que o autor Larangeira (1999) denominou de “modernização” da idéia de Marshall frente à ameaça atual do desemprego.

Afirma o referido autor que não se pode mais defender a idéia de que cidadão era todo aquele que contribuía para o bem-estar de sua comunidade, concedendo uma renda básica, sem exigências de trabalho, o que colocava esses indivíduos numa condição de beneficiários passivos da assistência social.

Aponta ainda que as mudanças nas relações de trabalho trouxeram novas exigências para os trabalhadores, tais como: maior responsabilidade, extensão das jornadas de trabalho, com menor tempo para o lazer e para a família e a redução de salários, além de implicar em novos

determinantes para as suas condições de vida, conhecidos como a “síndrome dos sobreviventes”, manifestados por sentimentos de temor, insegurança, culpa e baixa autoestima em razão das frequentes demissões, provocando, entre os que permanecem ativos, a violência no local de trabalho, stress e diversas doenças a ele associadas.

No século XXI, tem-se como idéia central as novas relações desenvolvidas no espaço de trabalho, denominadas de reestruturação produtiva.

Este novo modelo de gestão de acumulação flexível, segundo Freire (1999), foi criado para superar a crise do capital, sentida a partir dos anos 70, sendo atualmente denominada de mundialização ou globalização da economia.

Aponta Pastorini (2004) que as mudanças no modelo de produção trouxeram consigo maior insegurança no emprego, ocasionada pelo rompimento do “pacto Keynesiano”, permitindo ao capital uma maior liberdade para consolidar as demissões e a precariedade do trabalho. Tal atitude configurou-se no que atualmente se denomina de heteroginização das classes trabalhadoras, diferente do antigo modelo cuja integração era mais homogênea.

Desse modo, foi implantada uma nova cultura de cunho neoliberal no mundo, apresentada ao mercado de trabalho com características que marcaram nossa sociedade, tais como: flexibilização ao máximo, não somente nas estratégias de produção e racionalização, mas também através das novas tecnologias que englobam políticas, processos de trabalho, estoques, tempo de giro do capital, produtos e padrões de consumo, além das condições de trabalho, dos direitos e dos compromissos do Estado para com a população, conquistados no período anterior.

Diante da desestruturação social provocada, sobressai a polêmica sobre a centralidade do trabalho na constituição da vida social e seu entendimento, que na concepção de Antunes (1995) refere-se à luta da classe-que-vive-do-trabalho.

Nesse sentido, pode-se observar a recriação de formas antigas de exploração convivendo com novas formas de intensificação do trabalho. O retrocesso é mais presente e perverso entre aqueles trabalhadores que apresentam maior grau de dependência e fragilização de suas condições de vida. Essa situação está presente nos nossos dias, legitimando e naturalizando a desigualdade no interior da classe trabalhadora, associada à exclusão.

Nesse movimento, os trabalhadores vão assumindo novas responsabilidades e uma grande carga de sofrimento psíquico. Freire (1999) sinaliza que esse processo resulta na ampliação do desgaste físico e mental do trabalhador, crescendo o índice de pessoas incapacitadas ou mortas prematuramente.

Nesse processo, as novas determinações do espaço de trabalho produzem um movimento dialético, contraditório e conflituoso. Todos esses mecanismos e contradições da reestruturação produtiva, ao mesmo tempo, evidenciam que a globalização do capital não prescinde do trabalho, que passa a receber maior atenção, paralelamente, às formas de seu gerenciamento, controle e fragilização. (ANTUNES, 1995; IANNI,1996).

Assim, de um lado, o modo de produção na contemporaneidade sinaliza para a desestruturação causada pela reestruturação produtiva, o desemprego, a precariedade das condições de trabalho, os direitos sociais, a saúde dos trabalhadores e sua capacidade de luta. De outro, coloca novos desafios, entendidos como uma nova direção para o sofrimento da classe-que-vive-do-trabalho, como a elaboração de novos projetos que visem a melhorar as condições de vida humana, que consistem numa verdadeira luta globalizada.

Sob essa ótica neoliberal, Horta (1999) faz uma crítica, apontando a necessidade de se criar políticas públicas voltadas para a saúde do trabalhador pelas seguintes razões: ter apresentado índices de maiores perdas sociais com a reestruturação produtiva, ser considerada de maior importância social e política, apesar de também ser considerada um forte peso econômico

e, ao mesmo tempo, geradora de custos para o Estado com o crescimento de pessoas doentes e incapacitadas em função do trabalho.

Por esses motivos, foi promulgada a Lei 8.080/1990 do Sistema Único de Saúde, a qual preconiza em seu artigo 6º a saúde do trabalhador, sendo esta entendida como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilâncias epidemiológicas e vigilância sanitária, a assegurar a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, assim como à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo os seguintes itens:

- ✓ Assistência do trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- ✓ Participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde- SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- ✓ Participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde-SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;
- ✓ Avaliação do impacto que as tecnologias causam à saúde;
- ✓ Informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissões periódicas e de demissões, respeitando os preceitos da ética profissional;
- ✓ Participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- ✓ Revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais;
- ✓ Garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição e risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Hirata (2009), numa perspectiva comparada entre Brasil, Japão e França, sobre globalização e divisão sexual no trabalho, aponta as conseqüências para as relações de gênero. Elucida que as mulheres estão ausentes das esferas mais elevadas do capital global, sendo desvalorizadas social e economicamente. O efeito da globalização sobre o trabalho e emprego das mulheres se constitui como um paradoxo. Aumentou a participação das mulheres nos novos empregos criados no âmbito dos serviços com e sem remuneração, porém esses novos postos de

trabalho oferecidos são precários e vulneráveis. Trata-se de ocupações mal remuneradas e com possibilidade quase nula de promoção e de carreira, além de direitos sociais limitados ou inexistentes.

Outra questão associada à discussão, salienta a autora, está na legitimação social desse processo de precarização, expressa no fatalismo que a naturaliza, prevalecente tanto entre os que governam e definem políticas públicas quanto entre os acadêmicos.

Um outro aspecto da análise é a heterogeneidade no mercado de trabalho, a inserção diferenciada entre homens e mulheres. Os cargos que exigem qualificação técnica, responsabilidade e autonomia são preenchidos por homens e o contrário por mulheres.

Outra consequência sinalizada pela globalização, na perspectiva de gênero, é ou a internacionalização do trabalho reprodutivo ou a globalização dos cuidados para com as pessoas em situação de dependência, os chamados “care”.

Duas tendências da bipolarização marcam a realidade quanto aos tipos de trabalho exercidos pela mulher na contemporaneidade: de um lado o aumento de mulheres chefes/executivas pertencentes a profissões intelectuais superiores; e de outro, o crescimento do emprego nos serviços domésticos, como empregadas e diaristas e de “care”, que se ocupam dos idosos, dos doentes e das crianças.

Afirma a autora que o número de trabalhadoras pobres, embora regularmente ocupadas, se multiplicou, designando este fenômeno de “feminização da pobreza”. A instabilidade desses novos empregos femininos possui consequências negativas para as condições de trabalho, de saúde, de salários e para o modo de vida.

Assim sendo, a consequência da globalização do trabalho reprodutivo é dupla. Primeiramente, milhões de mulheres migram dos países do Hemisfério Sul em direção aos países

do Norte e se tornam babás, empregadas domésticas, prostitutas, com trabalho delegado por famílias de nível socioeconômico mais elevado. De outro lado, tem-se a criação de “cadeias globais de assistência”, um modelo feminino de cuidado com o outro, que não trata somente da mercantilização da “disponibilidade permanente” das mulheres, visível na esfera doméstica, mas generalizada na esfera do trabalho remunerado.

O reconhecimento na esfera pública do trabalho realizado pelas mulheres na esfera privada é fundamental. A autora explica que a transformação do trabalho doméstico em trabalho mercantil, efetuado igualmente pelos homens pode conduzir ao reconhecimento e à retribuição desse trabalho.

Segundo Teixeira (2008), a superexploração do trabalho tem implicações na problemática do envelhecimento do trabalhador, provocando seu esgotamento prematuro pela intensificação do trabalho, além de remuneração não compatível com os rendimentos de produtividade que promovem seu empobrecimento e o deixam na total dependência dos recursos da família e da sociedade. E devido às precárias condições de vida em que se encontram, os trabalhadores idosos são forçados a tentar reingressar novamente no mundo do trabalho.

Essa realidade é peculiar à velhice dos trabalhadores, principalmente os de baixa renda, que enfrentam diversos problemas quando perdem o valor de uso para o capital: aceleração do declínio biológico, pelo uso intensivo e extensivo da força de trabalho; pelas condições a que foram submetidos durante toda a vida, são ampliadas as probabilidades de apresentarem incapacidades físicas e mentais, comprometendo sua autonomia e independência.

Segundo Diaz (2002), as características de gênero devem ser consideradas numa sociedade que envelhece rapidamente, porque além das mulheres viverem mais tempo, também sobre elas recai o cuidado dos idosos, por uma questão cultural. O profissional de saúde deve levar este fato em consideração para planejar diferentes ações de prevenção ou intervenção, para

garantir o cuidado não só do idoso dependente, mas também da mulher cuidadora, como sujeito no processo de cuidar, com necessidades e capacidades para alcançar seu bem-estar.

3.2. A Questão do Cuidador Formal e a Relação Profissional.

Ravagni (2008) conceitua cuidador formal o profissional que recebeu um treinamento específico para a função e exerce a atividade de cuidador mediante uma remuneração, mantendo vínculos contratuais. Ele pode ser contratado para exercer suas funções na residência de uma família, em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), ou acompanhar a pessoa idosa em Unidade de Saúde (hospitais, clínicas, etc)

De acordo com Souza (2008), a atividade de Cuidador de Idosos foi recentemente 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.

Born (2008) informa que a Classificação Brasileira de Ocupação de 2002, descreve a ocupação do cuidador, tanto no domicílio da pessoa idosa como em instituições e, explica que suas atividades devem ser exercidas sob supervisão, para garantir a qualidade dos cuidados e orientar o cuidador para que ele possa realizar seu trabalho com menos desgaste pessoal.

Ravagni (2008) elucida que depois que a Secretaria de Assistência Social reuniu em caráter experimental organizações que promovem os cursos de capacitação de cuidadores de idosos, trazendo para reflexão o tema “O processo de cuidar do idoso”, com o intuito de definir diretrizes para esses cursos, ficou estabelecido que os futuros cuidadores devem possuir: idade acima de 18 anos; ensino fundamental completo; cursar o mínimo de 100 horas, com 80 aulas teóricas, sendo abordados os seguintes temas: os diversos aspectos do envelhecimento; as condições para manter uma boa saúde; as doenças mais comuns que ocorrem na velhice; as relações interpessoais que envolvem o idoso, a família e o cuidador; informações sobre a rede de

serviços e a legislação; a ética e a função do cuidador, bem como o autocuidado. O cuidador deve cursar ainda 20 aulas práticas sobre os conhecimentos adquiridos para exercer a função.

Afirma o autor que além das habilidades técnicas e conhecimentos, outros requisitos são exigidos do cuidador: **a) Qualidades físicas e intelectuais** - dever ter boa saúde física para ter condições de ajudar e apoiar o idoso em suas atividades de vida diária, além de possuir condições de avaliar e tomar decisões em situações de emergência que necessitam de iniciativas e ações rápidas. **b) Capacidade de ser tolerante e paciente** – deve compreender os momentos difíceis que a família e a pessoa idosa podem estar passando, com a diminuição de sua capacidade física e mental, bem como de seu papel social, que podem afetar seu humor e dificultar as relações interpessoais. **c) Capacidade de Observação** – deve ficar atento às alterações que a pessoa idosa pode sofrer, tanto emocionais quanto físicas, que podem representar sintomas de alguma doença. **d) Qualidades éticas e morais** – precisa ter respeito e dignidade ao tratar da pessoa idosa e nas relações com ela e a sua família. Deve respeitar a intimidade, a organização e crenças da família, evitando interferências e sobretudo exercendo a ética profissional. **e) Responsabilidade** – lembrar sempre que a família ao entregar aos seus cuidados a pessoa idosa está lhe confiando uma tarefa que, neste momento, está impossibilitada de realizar, mas espera que seja desempenhada com todo o carinho e dedicação. Como em qualquer trabalho, a pontualidade, a assiduidade e o compromisso contratual devem ser respeitados. **f) Motivação** – para se exercer qualquer profissão, é necessário gostar do que se faz. É importante que tenha empatia por pessoas idosas, entender que nem sempre se vai ter uma resposta positiva pelos seus esforços, mas vai ter a alegria e a satisfação do dever cumprido. **g) Bom senso e apresentação** – O cuidador, como qualquer trabalhador, deve ir trabalhar vestido adequadamente, sem jóias e enfeites, que podem machucar a pessoa idosa, devendo, de preferência, usar uniforme.

Souza (2008) informa que o cuidador que trabalha em residência familiar tem o contrato de trabalho regido pela legislação aplicável ao empregado doméstico, o da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. O registro na carteira profissional é feito na ocupação de serviço doméstico: cuidador de idosos. Os direitos de proteção assegurados são: assinatura da carteira de trabalho – CTPS, recolhimento de FGTS, pagamento de horas extras, adicional noturno, adicional de periculosidade e insalubridade (de acordo com o laudo específico), repouso semanal e em feriados.

Ravagni (2008) chama atenção para as tarefas do cuidador formal, elucida que muitas famílias ignoram as tarefas que lhe cabem, cobrando dele também os afazeres domésticos e que, ao fazer estes serviços, deixa de atender a pessoa idosa, devendo o profissional esclarecer ao familiar suas obrigações e atividades.

São competências dos cuidadores as seguintes atividades:

- 1) Ajudar, estimular e realizar as atividades de vida diária, ou seja, a higiene pessoal e bucal, alimentação, locomoção.
- 2) Cuidar do vestuário (organizar a roupa que vai ser usada, dando sempre à pessoa o direito de escolha), manter o armário e os objetos de uso arrumados e nos locais habituais; e cuidar da aparência da pessoa idosa (cuidar das unhas, cabelos) de modo a aumentar a sua autoestima.
- 3) Facilitar e estimular a comunicação com a pessoa idosa, conversando e ouvindo-a, acompanhando-a em passeios e incentivando-a a realizar exercícios físicos, sempre que autorizada pelos profissionais de saúde, e a participar de atividades de lazer. Desta forma, ajudará na sua inclusão social e a melhorar sua saúde.
- 4) Acompanhar a pessoa idosa aos exames, consultas e tratamentos de saúde, e transmitir aos profissionais de saúde as mudanças no comportamento, humor ou aparecimento de alterações físicas (temperatura, pressão, sono)
- 5) Cuidar da medicação oral da pessoa idosa, em dose e horários prescritos pelo médico. Em caso de injeções, mesmo com receita médica, é proibido ao cuidador aplicá-las. Deverá recorrer a um profissional da área de enfermagem.
- 6) Estimular a autossuficiência da pessoa idosa, por isto, o cuidador deverá, sempre que possível, fazer com ela e não para ela.

Diante dos fatos relatados acima sobre a competência do cuidador, os próximos itens irão mostrar se o que é de sua responsabilidade acontece na realidade de seu trabalho em Manaus. Primeiro traçamos o perfil dos candidatos ao curso de cuidador formal egressos no ano de 2011.

3.3. Característica dos Candidatos ao Curso de Cuidadores em Manaus no Ano de 2011.

Gênero e Faixa Etária

A população de idosos além de estar aumentando, também está envelhecendo, sendo estas pessoas as mais afetadas pelas doenças crônicas devido ao avançar da idade, podendo ficar numa condição de fragilizadas para a realização de suas atividades básicas de vida.

Na maioria dos casos, a família é quem cuida, mas nem sempre se pode garantir que ela venha oferecer um atendimento ideal, realizar essas tarefas e lidar com as tensões e esforços decorrentes do cuidar (BORN, 2008; MUNHOZ, 2008; BERZINS, 2008)

De acordo com Munhoz (2008), se os laços afetivos não são suficientemente fortes, o cuidar da pessoa idosa passa a ser para a família uma obrigação imposta pelas circunstâncias, não uma escolha.

Segundo a autora, quando a família dispõe de recursos financeiros poderá contratar um profissional para realizar os cuidados: o cuidador formal.

Em Manaus, a capacitação gratuita de cuidadores formais acontece na Fundação Dr. Thomas e dos cuidadores informais na Secretaria Municipal de Saúde. No quadro abaixo, o gênero e a faixa etária dos candidatos ao curso de cuidadores formais em 2011:

Candidatos ao Curso de Cuidador Formal

GÊNERO E FAIXA ETÁRIA						
IDADE	HOMEM	%	MULHER	%	TOTAL	%
21-29	1	17	7	16	8	16
30-39	2	33	20	45	22	44
40-49	3	50	12	27	15	30
50-59	0	0	5	12	5	10
TOTAL	6	100	44	100	50	100
TOTAL POR GÊNERO (%)		12		88	100	

Quadro 05: Gênero e faixa etária dos candidatos ao curso de cuidadores.

Fonte: Pesquisa documental na Fundação Dr. Thomas, ano 2011.

Elaboração: Pesquisadora Bianca Abecassis.

Conforme mostra o quadro 01, a maioria, 88% dos candidatos ao curso de cuidadores são do sexo feminino contra uma minoria de 12% do sexo masculino, revelando uma demanda maior de mulheres para exercer essa profissão.

De acordo com Hirata (2009), aumentou a crescente participação feminina nos novos empregos criados no âmbito dos serviços, conforme já relatado pela autora.

Antunes (2008) aponta a globalização da flexibilização do mundo do trabalho como o golpe mortal sobre os direitos dos trabalhadores. Esses novos 'valores' geram a desvalorização da força humana levando milhares de trabalhadores à pobreza e à submissão de condições precárias de trabalho sem direitos, sem serviços, sem assistência.

O autor aponta que o desemprego estrutural valoriza o capital, precariza e reduz os postos de trabalho, minimiza custos e traz ao trabalhador condições indignas de trabalho, mostrando assim que o norteador e soberano do sistema será sempre o capital.

Diante deste cenário e não tendo outra opção para sua sobrevivência, o trabalhador submete-se a qualquer forma de trabalho, terceirizado, explorado, precarizado, pois as regras são

ditadas sem possibilidade de reivindicação, uma vez que o Estado não se ‘intromete’ nas relações que gera capital.

Quanto à idade das mulheres, conforme aponta o quadro 01, que buscam a profissão de cuidador, 45% estão na faixa etária de 30 a 39 anos; seguido de 27% na faixa de 40 a 49 anos; 16% na faixa de 21 a 29 anos e a minoria, 12%, na faixa de 50 a 59 anos. Quanto aos homens, 50% estão na faixa etária de 40 a 49 anos; 33% na faixa de 30-39 anos, 17% na faixa de 21 a 29 anos e nenhum foi identificado na faixa de 50-59 anos.

Observa-se que a demanda por cursos voltados para cuidadores é predominantemente de mulheres na idade adulta e madura (30 a 49 anos) representando um total de 72%, o que sinaliza que essas pessoas estão à procura de novas oportunidades no mercado de trabalho, devido ao avanço da idade e ao desemprego que é muito comum nesta faixa etária. O grupo das mulheres jovens (20 a 29 anos) e das envelhecidas (50 a 59 anos) apesar de ser uma demanda reduzida também está buscando se profissionalizar na área para inclusão no mercado de trabalho.

Nota-se que em todas as faixas etárias as mulheres estão se candidatando à oferta emergente e relativamente inédita, o que demonstra que existirá maior número de mulheres cuidadoras de idosos, e teremos em breve mulheres envelhecidas ou idosas cuidando de idosos, ambos precisando de cuidados e assistência.

Apesar da pouca procura dos homens pelo curso de cuidador, observa-se que a maior participação deles se encontra na faixa etária de 40 a 49 anos, em idade adulta e madura, 83%, sendo também esta mesma faixa etária a de maior predominância entre as mulheres. As outras faixas etárias dos homens em idades jovens e envelhecidas é considerada desprezível devido a pouca ou nenhuma participação, o que revela que poucos serão os homens que atuarão nesta função.

Segundo as autoras (BERZINS, 2003; CAMARANO, 2003; VERAS, 2003), o envelhecimento é predominantemente feminino, mas essa longevidade não traz a garantia de as mulheres viverem melhor e com qualidade de vida, pois devido ao pouco acesso aos benefícios previdenciários ou assistenciais ou a nenhum, pela baixa qualificação profissional e a renda, as suas condições de vida são mais precárias do que as dos homens idosos, tornando visível na velhice as desigualdades entre os gêneros.

Renda Individual e Renda Familiar dos Candidatos

RENDA INDIVIDUAL	RENDA FAMILIAR				TOTAL
	R\$ 500,00 a R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 a R\$ 2.000,00	R\$ 2.001,00 a R\$ 3.000,00	R\$ 3.001,00 a R\$ 5.000,00	
R\$ 100,00 a R\$ 500,00	5	5			10
R\$ 501,00 a R\$ 1.000,00	5	12	1	1	19
R\$ 1.001,00 a R\$2.000,00		2	1		3
Sem Renda	9	8		1	18
Total	19	27	2	2	50

Quadro 06: Renda Individual e Renda Familiar dos candidatos ao curso de cuidadores.

Fonte: Pesquisa Documental realizada na Fundação Dr. Thomas 2011.

Elaboração: Bianca Abecassis

No quadro 02, observamos que dos cinquenta (50) candidatos pesquisados, a maioria, vinte e sete (27) tem Renda Familiar de R\$ 1.001 a R\$ 2.000 e dezenove (19) de R\$ 500 a R\$ 1.000; uma minoria, dois (02), possui renda familiar de R\$ 2001 a R\$ 3.000 e dois (2), de R\$ 3.001 a R\$ 5.000.

A renda individual está distribuída da seguinte forma: dez (10) recebem de R\$ 100 a R\$ 500; dezenove (19) de R\$501 a R\$ 1.000; três (03) de R\$ 1.001 a R\$ 2.000. Por outro lado, encontramos um fato curioso que revelou dezoito (18) candidatos Sem Renda.

Constatamos que a renda individual da maioria dos candidatos apresenta extremos: de um lado, dezenove (19) candidatos com valores de R\$ 501 a R\$ 1.000, a maioria deles, doze (12), tem renda familiar de R\$ 1.001 a R\$ 2.000, enquanto cinco (5) candidatos têm renda familiar

somente de R\$ 500 a R\$ 1.000, e uma minoria participa de valores elevados, um (01) de R\$ 2001 a R\$ 3.000 e um (01) de R\$ 3.001 a R\$ 5.000.

Do outro lado, revelamos uma situação mais crítica, dezoito (18) candidatos não possuem renda individual, sendo nove (09) com renda familiar de R\$ 500 a R\$ 1.000 e oito (08) de R\$ 1.001 a R\$ 2.000. Esta situação é diferente para uma (01) candidata que, apesar de não possuir renda, é sustentada pela família, de R\$ 3001 a R\$ 5.000.

Os dados demonstram a precariedade das condições de vida dos candidatos, pela maioria estar com renda familiar até R\$ 2.000 reais, revelando duas faces. De um lado, candidatos que complementam o orçamento familiar para garantir o seu sustento e da família, podendo ocorrer, em alguns casos, de serem os únicos responsáveis pelo seu domicílio (mulheres chefes de família). Do outro lado, candidatos que são dependentes das suas famílias, colocando em dúvida se a busca pelo curso é somente por questões econômicas ou se esta procura envolve fatores vocacionais, uma vez que o país está envelhecendo e a oferta para esta área está crescendo. Constatamos na pesquisa que alguns candidatos mesmo não possuindo experiências com idosos, mas pela necessidade financeira e pelo desemprego estavam se candidatando com a finalidade de conseguir trabalho.

Profissão e Escolaridade dos Candidatos.

PROFISSÃO	GRAU DE ESCOLARIDADE					Total
	Técnico de Enfermagem	Médio Completo	Superior Incompleto	Técnico de Enfermagem Incompleto	Superior Completo	
Técnico de Enfermagem	17			1		18
Profissões não relacionadas ao curso		13	3			16
Acadêmico de Enfermagem			6			6
Babá		2				2
Fisioterapeuta					1	1
Cuidadora		3				3
Agente de Saúde		1				1
Acadêmica de Serviço Social			1			1

Enfermeira					1	1
Assistente Social					1	1
Total	17	19	10	1	3	50

Quadro 07: Profissão e Escolaridade dos Candidatos ao curso de cuidador formal.

Fonte: Pesquisa Documental realizada na Fundação Dr. Thomas 2011.

Quanto à escolaridade dos cinquenta (50) candidatos, identificamos que dezenove (19) possuem o ensino médio completo; dezessete (17), o curso técnico de enfermagem; dez (10), superior incompleto; três (03), superior completo e um (01), o técnico de enfermagem incompleto.

Verificamos que os candidatos estão concentrados no nível médio e curso técnico de enfermagem, com pouca diferença entre eles e os que estão cursando o superior.

Notamos que a procura dos candidatos de nível médio ao curso de cuidador é mais pela oferta de trabalho nesta área e pelo desemprego, pois treze (13) ocupavam outras profissões não relacionadas ao curso, tais como comerciante, industriária, massoterapeuta, atendente, maqueiro, fiscal de lojas, entre outros; poucos tinham a profissão voltada aos cuidados como: babá, cuidadora, agente de saúde.

Destacamos que os candidatos técnicos de enfermagem e de nível superior incompleto buscam este curso para agregar diferencial no seu currículo, pelo fato de já possuírem cursos voltados à área da saúde.

Entendemos que os cuidados devem ser realizados por profissionais especializados para atender de forma satisfatória as necessidades deste segmento.

Apesar de ser requisitada qualificação profissional nesta área, é preciso entender que as condições econômicas da grande maioria das famílias brasileiras não são compatíveis com a sofisticação e qualidade desses serviços.

3.1. Perfil dos Cuidadores Formais que Atuam em Domicílios.

Do total de 248 cuidadores formados em 2008 pela Fundação Dr. Thomas, foram identificados, no levantamento realizado através de contato telefônico, 08 cuidadores formais atuantes em domicílio. Os outros estão nas seguintes condições: 162 sem comunicação devido mudança de número ou não atendiam; 70 não atuam na função ou estão desempregados; 08 não se formaram ou estão como cuidadores familiares.

Primeiramente, traçamos o perfil dos 08 cuidadores formais identificados, e após isso selecionamos os 05 sujeitos que participaram das entrevistas.

Quanto ao Gênero, os 08 cuidadores formais que atuam em domicílio são todos do sexo feminino. Quanto à idade, quatro (4) está na faixa etária de 50 a 59 anos; três (03), na faixa de idade entre 30 a 49 anos, e um (01) acima de 60 anos.

Observa-se que é predominante o número de mulheres cuidadoras envelhecidas que atuam nos domicílios, o que significa que é uma função exercida por pessoas mais velhas. Isso pode ser explicado pelo fato de que essas mulheres já possuem experiências nos cuidados dentro de casa com filhos, netos, pais ou mães idosos, entre outros familiares, por isso ganham maior preferência na contratação em relação às outras faixas de idade, sendo que em breve estas trabalhadoras tornar-se-ão idosas e que demandarão também por cuidados, caracterizando um novo perfil para esta profissão: o de cuidadoras idosas cuidando de idosos doentes.

Por outro lado, apesar de ser pouca a diferença, nota-se que as cuidadoras em idade madura (30 a 49 anos) também estão exercendo esta função, o que não destoia da realidade dos candidados ao curso de cuidador, em que se constatou maior participação deste grupo na disputa por uma vaga ao curso, pois se percebe que nesta faixa etária é comum o desemprego.

Constatamos que as cuidadoras que concluíram essa capacitação e estão atuando em domicílio, encontraram neste curso uma oportunidade de estarem inseridas no mercado de trabalho.

Sobre a faixa etária dos cuidadores de idosos, Karsh (2003) em estudo realizado na PUC de São Paulo, desde 1991, constatou que a maioria dos cuidadores entrevistados era alguém da família, do sexo feminino e que cuidava dos idosos sem nenhum tipo de ajuda, e 59% deles estavam acima de 50 anos e 41% tinham mais de 60 anos.

Nota-se que nos dois tipos de cuidadores: o formal (com remuneração) e o informal (sem remuneração), as mulheres são as que exercem a função de cuidadoras no domicílio, sendo maior a participação daquelas que possuem idade mais avançada, pelo fato de não terem casado e permanecerem na casa dos pais em muitos dos casos, de terem separado ou ficado viúvas, retornando à casa paterna, bem como, as experiências acumuladas ao longo da vida nos cuidados com idosos da família, haja vista que essa atribuição de cuidadora foi colocada para as mulheres assumirem como uma de suas responsabilidades por motivos culturais. (FERREIRA, 2007; VILELA, 2006; KARSH, 2003).

Observa-se que o campo profissional para os homens em domicílio é nulo, sendo uma atividade exclusiva das mulheres, daí a explicação de os homens não atuarem nesta área, migrando para outras profissões, por exemplo: técnico de enfermagem, enfermagem entre outros, e utilizando o título de cuidador de idosos como uma ferramenta para se destacar no mercado de trabalho.

Segundo Coelho (2002), o ingresso feminino no mercado de trabalho mantém-se como o fator mais importante relacionado às transformações contemporâneas. Apesar das sucessivas crises econômicas no país e da reestruturação do trabalho, não houve diminuição da força de

trabalho feminino. Ao contrário, as mulheres estão entrando e permanecendo cada vez mais no mercado de trabalho.

Todavia, apesar das conquistas nas últimas décadas, as mulheres além de ganharem menos que os homens, exercem funções menos privilegiadas e precárias de trabalho. Contudo, ingressar no mercado de trabalho é uma conquista que é considerada como emancipadora em sua vida (idem).

Antunes (2000) aponta que o aumento do trabalho feminino estimado aproximadamente em 40% da força de trabalho, não diretamente mercantil e assalariado, possibilita maior reprodução do capital, posto que há uma remuneração menor que a do gênero masculino, somado à precarização do trabalho.

É pertinente notar que com a divisão sexual do trabalho e na família, homens e mulheres vêm ocupando diferentes posições na sociedade e, tradicionalmente lhes têm sido atribuídos diferentes papéis que, uma vez internalizados, são tidos como “ naturais”, reforçando a concepção da mulher como um ser dependente e cuidadora do lar e do homem como o responsável pela manutenção econômica do lar.

Basbaum (1977) descreve que a educação da mulher era cercada de tabus, preconceitos, restrições morais e jurídicas. Tinha como dever servir ao homem, fosse este seu pai, irmão ou marido no amor e no trabalho.

Explica ainda, que embora a representatividade feminina tenha aumentado, as mulheres são promovidas mais lentamente, têm ascensão mais difícil, são objetos de preconceitos, têm suas atividades revestidas de dificuldades, associadas aos papéis ligados ao masculino e ao feminino, experienciam ambiguidades e conflitos entre trabalho e família, carreira e vida privada.

Dessa forma, é válido ressaltar que as relações entre os gêneros já são diferenciadas na própria família. Os pais inculcem no pensamento dos filhos que os homens devem tomar atitudes firmes, sem demonstrar inferioridade ao sexo oposto. Já com as mulheres, eles consideram melhor as atividades domésticas, artesanais, atividades estas que não exigem muito esforço físico, nem confronto com a função destinada aos homens, por serem trabalhos que não demandam o conhecimento intelectual em muitos dos casos.

Das oito cuidadoras que atuam em domicílio, a metade é da Zona Norte. Desta zona, duas possuem curso técnico de enfermagem ou estão cursando, sendo que a primeira tem 51 anos e é casada; a segunda, com 30 anos, solteira; ambas recebem salários iguais e valores maiores (R\$ 1.500) sem carteira assinada. As outras duas estão nas seguintes condições: uma possui 48 anos, casada, nível de escolaridade médio completo, salário de R\$ 600,00 com carteira assinada e, a outra tem 64 anos, solteira, aposentada, nível de escolaridade superior completo em Pedagogia e salário de R\$ 900,00.

As cuidadoras que moram na Zona Leste são duas, sendo uma com 47 anos, solteira, nível de escolaridade médio completo, a qual recebe R\$ 800,00 com carteira assinada; a outra, com 51 anos, casada, cursando técnico de enfermagem e salário de R\$ 1.000 sem carteira assinada.

As outras duas cuidadoras residem respectivamente, na Zona Sul e na Zona Oeste. A que mora na zona sul tem 51 anos, solteira, médio completo, e salário de R\$ 545,00; a cuidadora da zona oeste possui 51 anos, solteira, médio completo e salário de R\$ 320,00 por mês, trabalha duas vezes por semana e ganha R\$ 40,00 o dia trabalhado (todas sem carteira assinada).

Constatamos que as cuidadoras que possuem uma qualificação na área da saúde são melhor remuneradas, ao contrário das cuidadoras que possuem somente o curso de cuidador em que as remunerações são menores. Ainda está sendo inclusa nesses valores uma cuidadora que por já ser idosa e o curso superior não estar voltado para área da saúde, permanece ganhando valores compatíveis com o de nível médio.

Outra questão é a predominância de cuidadoras solteiras, (05) cinco, (02) duas na faixa de idade madura, 30 a 49 anos; (02) duas na faixa de idade envelhecidas, 50 a 59 anos e, (01) uma no grupo de idosos acima de 60 anos. As cuidadoras casadas são duas, sendo uma envelhecida e uma em idade madura.

Quanto ao nível de escolaridade, a metade das cuidadoras que atuam em domicílio possuem o nível médio completo, quatro (04), e técnico de enfermagem, três (3). Observa-se que esta predominância é a mesma identificada no perfil dos candidatos ao curso de cuidador.

A Zona Norte é a que possui cuidadoras com mais qualificação profissional do que as outras zonas, pois duas possuem ou estão cursando o técnico de enfermagem, e uma já possui o ensino superior completo, e a outra têm nível médio.

Em relação às outras zonas, foi identificado somente uma cuidadora da zona leste cursando o técnico de enfermagem. As cuidadoras da zona oeste duas (02) e sul, uma (01) apresentam nível médio completo, tendo como a primeira qualificação profissional o curso de cuidador, por este motivo os seus salários delas são menores do que os da que possuem uma qualificação a mais.

Outra questão relevante é que essas cuidadoras trabalham em bairros nobres ou classe média da cidade de Manaus: (02) duas no Vieiralves; (02) duas no Adrianópolis; (01) uma na Ponta Negra; (01) uma no Eldorado; (01) uma em Petrópolis.

Observamos que o acesso aos serviços de cuidadores formais ainda é privativo de famílias com boas condições econômicas. Nas famílias pobres, quem cuida são as pessoas da própria família sem orientação e sem remuneração e ficam sobrecarregadas no dia a dia. Já nas famílias de classe média, quando há um idoso fragilizado, contratam um profissional especializado, apesar de ainda não terem uma definição clara sobre a profissão de cuidador, conseguindo assim, minimizar a sua sobrecarga, transferindo para este profissional a responsabilidade total ou parcial dos cuidados.

Quanto às experiências das candidatas na área de cuidador formal nos domicílios: (05) cinco só obtiveram experiências na função de cuidador após concluir o curso; as outras (03) três, já atuavam há bastante tempo cuidando de idosos (10 anos, 6 anos e 5 anos) e o curso serviu como uma garantia de reconhecimento profissional.

Perfil das Cuidadoras Formais Entrevistadas atuantes em domicílio.

O quadro abaixo aponta o perfil das cuidadoras formais entrevistadas identificadas por letra A, B, C, D e E, relacionando a idade, nível de formação, renda, situação trabalhista e tempo na função.

Perfil das Cuidadoras formais atuantes em domicílio

PERFIL	RENDA	SITUAÇÃO TRABALHISTA	TEMPO NA FUNÇÃO
Cuidadora A Médio Completo, 48 anos	600,00	Com Carteira Assinada	10 anos
Cuidadora B Técnico de Enfermagem, 51 anos	1.500,00	Sem Carteira Assinada	1 ano e 6 meses

Cuidadora C Cursando Técnico de Enfermagem, 51 anos	1.000,00	Sem Carteira Assinada	2 anos e 3 meses
Cuidadora D Superior em Pedagogia 64 anos	900,00	Sem Carteira Assinada	2 anos e 8 meses
Cuidadora E Médio Completo, 51 anos	340,00	Sem Carteira Assinada	2 anos

Quadro 08: Perfil das cuidadoras formais atuantes em domicílio.

Fonte: Pesquisa de campo realizada nos domicílios, 2011.

Elaboração: Bianca Abecassis.

Das cinco cinco cuidadoras entrevistadas indentificamos as seguintes características:

A cuidadora A, já atua há 10 (dez) anos cuidando de um único idoso, e é a que ganha o menor salário, R\$ 600,00, é a que se encontra em situação mais precária, apesar desta ser uma das que trabalha de carteira assinada, mas que não é garantia de viver melhor, pois segue uma carga horária de trabalho intensa 8h por dia de Segunda a Sexta e no Sábado das 8h às 12h, e submetendo-se a várias formas de trabalho para garantir a sua sobrevivência:

“Em 2001, iniciei ganhando R\$180,00 como empregada doméstica e a família pediu pra cuidar do idoso também, criamos um vínculo muito forte e decidi fazer o curso de cuidador e atualmente o salário é de R\$ 600,00 e continuo exercendo as duas funções, mas o que me chateava era o não reconhecimento pelo meu trabalho, por isso recentemente decidi mudar de profissão para o de técnico de edificações” (Cuidadora A, 48 anos) .

Nesta situação, a família colocava a cuidadora para assumir dupla função: empregada doméstica e cuidadora, e devido à exploração a qual vinha sendo submetida ao longo dos anos, decidiu fazer outro curso, pressionada pelos filhos, por afirmarem que esta profissão “não era futuro”. A cuidadora tinha interesse de continuar trabalhando nesta função e ao mesmo tempo estar cursando o curso técnico, mas a família não aceitou dar este suporte para a redução da carga

horária de trabalho e a mesma foi dispensada, mas continua visitando o idoso por ter construído com ele um forte vínculo de afetividade.

“Eu tinha uma relação de amizade com o idoso, de pai pra filho mesmo, eu tenho mais vínculo com ele do que com a minha família. O idoso é parte de mim, está sendo muito difícil pra mim e pra ele essa separação, porque eu era aquela pessoa que ouvia, quando precisava chamar atenção eu chamava, eu estou sentindo muita falta. Meu marido não entende muito essas coisas, no domingo fico jogada na cama chorando, sozinha, pensando em todos esses anos que eu fiquei com ele. Apesar de eu não estar feliz com o salário que ganhava, ter muito atrito com a esposa, pra mim era uma questão de honra ficar com ele até o fim da vida” (Cuidadora A, 48 anos).

A cuidadora informou que se não gostar desta nova atividade, voltará para a de cuidador, inclusive pretende fazer um curso superior através do Exame Nacional de Ensino Médio – ENEM optando por uma das três áreas: engenharia, serviço social ou enfermagem.

“Preciso crescer, a profissão de cuidador tava me puxando pra trás, pois o salário da gente faz com que a gente renda no trabalho, eu não via reconhecimento foi o que me desincentivou, migrei pra outra área, eu não sei se eu vou gostar, se eu ver que eu levo jeito vou seguir essa carreira, pois eu estou tentando abrir outras portas pra mim, mas se não der certo eu volto. A minha família não quer que eu volte a trabalhar como cuidadora, é uma coisa que eu faço com amor, é um trabalho que eu sei que faço bem feito” (Cuidadora A, 51 anos).

As cuidadoras: B, cursando técnico de enfermagem e envelhecete; C cursando o técnico de enfermagem e envelhecete; D, nível superior de pedagogia e idosa e E, nível médio e envelhecete, todas elas tiveram experiências como cuidadoras formais somente a partir da conclusão do curso de cuidador, o que demonstra que deviam estar desempregadas ou em busca de qualificação profissional no segmento idoso e pela oferta de trabalho nesta área, viram nesta profissão uma oportunidade de participar do mercado de trabalho, sobre esse assunto relatam:

“Esse curso de cuidador foi ótimo, abriu as portas, pois como o mercado está crescendo nesta área abre as portas mesmo, quem é que não quer uma pessoa pra cuidar do idoso?”

Qual a família que não quer? Muitas famílias querem. Aos 40 anos disse vou estudar e ter uma profissão, fiz o curso técnico de enfermagem e depois o curso de cuidador. Antes de terminar o curso técnico de enfermagem já estava trabalhando como cuidadora. Eu estou nessa profissão até o momento, pois minha família quer que eu me profissionalize. Eu almejo cursar enfermagem, pois este curso de cuidador não é tudo pra mim, pois eu não quero me limitar cuidar do idoso, o espaço é amplo” (Cuidadora B, 51 anos, 1 ano e 6 meses na função).

“Estou concluindo o curso Técnico de Enfermagem e possuo outra profissão de cabeleireira, abri mão desta profissão rentável para assumir a de cuidador. Mesmo que eu não faça enfermagem quero fazer uma especialização em gerontologia, eu tenho muita vontade de ter uma qualificação em cuidados com idoso” (Cuidadora C, 51 anos, 2 anos e 3 meses na função).

“Eu já me matriculei no curso da FIEAM – Federação das Industrias do Estado do Amazonas para técnico de cuidador porque eu tenho necessidade de me aperfeiçoar neste curso de cuidador” (Cuidadora D, 64 anos, 2 anos e 8 meses na função).

“Não tenho vontade de mudar de profissão. Minha Nora foi quem me convidou pra fazer o curso, porque ela disse é melhor cuidar de idosos do que ser empregada doméstica, porque trabalha muito e não para, porque tem idoso que não dá trabalho, ao contrário da empregada doméstica que trabalha o dia todo e faz a mesma coisa e continua trabalhando em casa” (Cuidadora E, 51 anos, 2 anos na função).

Notamos que a Cuidadora A se decepcionou com a profissão de cuidador porque a função estava associada ao de empregada doméstica pelo local de trabalho ser em domicílio, por isso não via o reconhecimento da sua atividade por receber baixos salários.

Também afirmou que a cobrança de responsabilidade era maior para o cuidador do que para a família, recentemente migrou para outra profissão, mas devido a ter estabelecido vínculo com idoso, permanece realizando visitas, por isso decidiu não colocar a patroa (esposa) na justiça para requerer direitos trabalhistas porque a mesma autoriza a sua entrada no domicílio.

A cuidadora B viu nesta profissão de cuidadora uma oportunidade para aumentar sua renda, por já ter uma outra qualificação na área de saúde, e a sua realização é cursar enfermagem para não se limitar somente a cuidar do idoso.

As Cuidadoras C, D e E, apresentam falas semelhantes pois todas elas têm vontade de permanecer na profissão, a C e a D almejam se especializar na área do idoso e a E se vê realizada

nesta profissão, pois antes exercia a função de empregada doméstica, mas reconhece que em ambos os trabalhos não há valorização.

3.4. As Condições de Trabalho dos Cuidadores nas Famílias Atendidas.

Sobre as condições de trabalho, das cinco (05) cuidadoras formais atuantes em domicílio identificamos que três (03) trabalham em maior tempo. As cuidadoras A, 48 anos, e D, 64 anos trabalham todos os dias da semana, de segunda a sexta-feira das 8h às 18h, 8h por dia e no sábado, das 8h às 12h, 4h, com folgas no domingo. A cuidadora C, trabalha em período noturno das 19h às 7h de segunda a sexta-feira 12h, com folga no sábado e no domingo.

As outras duas (02) cuidadoras trabalham em cargas horárias reduzidas e assumem somente esta função, uma trabalha em regime de plantão de 24h por 24h, cuidadora B, de 51 anos; e a outra como diarista, cuidadora E, de 51 anos, duas vezes na semana de 8h às 18h. Estas últimas contam com o suporte de outros profissionais da área da saúde para prestar o cuidado aos idosos no domicílio, diferente das cuidadoras A, C e D, as quais reclamam de cansaço e estresse pelas sobrecargas de trabalho que assumem e não contam com nenhuma rede de suporte especializada em saúde e assistência social.

“Comecei a reclamar para a esposa para que contratasse uma pessoa, eu tava muito sobrecarregada, ao ponto de trabalhar doente porque eu não podia faltar. Quando eu faltava, ela descontava dois dias no meu salário, nem isso tinha consideração, até com atestado médico ela descontava, aí eu desisti de me cuidar, pois eu já ganho pouco e depois não teria mais nada pra receber. Eu estou com problemas de coluna. Eu peguei queda com o idoso pra não o deixar cair. Em consequência, sinto muita dor nas pernas devido ao dia a dia, dor de cabeça. Neste trabalho fiquei uma pessoa estressada, agitada, antes eu era calma. Pois além de cuidar do idoso também cuidava da casa, quando eu ia almoçar dava só três garfadas (tinha que comer rápido). Tinha problema de insônia, me sentia muito cansada no trabalho, às vezes eu me estressava com a esposa a ponto de chorar” (Cuidadora A, 48 anos, recebe 600,00 Reais com carteira assinada).

“Já trabalhei com a pressão 19 por 8 e eu não sinto nada, é emocional, eu estou muito cansada após estar realizando os cuidados, eu estou com problemas de menopausa e ando muito irritada, desde que entrei no trabalho não tirei férias. A minha vida é acelerada, eu

não tenho tempo pra dormir, até porque na casa é só eu com os dois idosos acamados à noite. Já adquiri o medo da violência, não posso colocar qualquer pessoa pra trabalhar nesta casa, sou eu quem contrato pessoas pra ficar noutra horário na casa, a família colocou pra mim essa responsabilidade. Se você está numa função que não é bem tratada você não vai fazer com amor. Eu me sinto no limite, têm horas que eu imagino estar dentro de um igarapé pra tirar meu cansaço. Eu tenho um remorso quando eu cuidava de outra idosa eu tava me sentindo cansada e sai, depois ela morreu, não vou fazer o mesmo com esta idosa vou cuidar até o fim da vida dela” (Cuidadora C, 51 anos, recebe 1.000 Reais sem carteira assinada, trabalho noturno).

“A idosa passeia de cadeira de rodas ou no andador. Ela é gorda, eu empurro sozinha a cadeira de rodas. Estou com problemas de saúde: no joelho bico de papagaio e hipertensão. Vou fazer 2(dois) anos nesta função e ainda não tirei férias, estou muito cansada, a idosa é de alta dependência ela não tem força pra levantar, sou que seguro ela pra levantar. A profissão exige tranquilidade, paciência, quem não tem não cuida” (Cuidadora D, 64anos, aposentada, recebe 900,00 Reais).

Notamos que as cuidadoras A, C e D criaram um vínculo com os idosos aos quais realizam os cuidados, se doaram ao máximo, e já se percebem doentes, cansadas, mas devido a este compromisso se submetem a várias formas de exploração de trabalho pela família e ao não-reconhecimento de seu trabalho.

Verificamos que não existe um suporte da família para ajudar nos cuidados, ficando para as cuidadoras a maior ou total responsabilidade pelos idosos. Sendo que além dos cuidados são atribuídas outras funções para as quais este profissional não havia sido contratado, tais como: cuidar da casa, cuidar de dois idosos fragilizados, sendo pago apenas para cuidar de um, realizar esforço físico, entre outros, afetando a sua qualidade de vida e saúde pelo aumento de pressões mentais e físicas, sobrecargas, ao assumirem dupla função, apontando que existe a exploração e a precarização do trabalho.

O grau de responsabilidade assumido pelas cuidadoras, os recursos limitados da família afetando o trabalho do cuidado, a falta de recurso público e comunitário e o não reconhecimento pelo outro, as impedem de vislumbrar ascensão profissional, ocorrendo um desencanto pela profissão ou pelo menos uma segurança e garantia nos seus direitos.

É visível na fala das entrevistadas as reclamações sobre o cansaço, ausência de férias, a falta de atrativos salariais e de reconhecimento profissional, mudanças repentinas de humor devido acúmulo de tarefas, empenho e dedicação ao trabalho e anulação ao cuidado de si mesma, ausência de descanso e de lazer eleva o nível de stress e de adoecimentos. Essa avaliação realizada pelas cuidadoras leva-nos a refletir que o pouco tempo de atuação delas na área, trouxe maiores descontentamentos do que satisfação e motivação na área. Isso pode ser explicado também pela profissão ainda ser recente e pouco conhecida pelas famílias sobre as suas atribuições e competências, pois os cuidados a doentes e idosos sempre foram realizados por um membro da família, sem remuneração, treinamento e orientação, conforme estudos realizados pelas alunas (PEREIRA (2010), ALBUQUERQUE (2010) e FIGUEIREDO (2010)).

E neste estudo, tornou-se uma necessidade de todos possuir um cuidador profissional, devido a indisponibilidade de tempo das famílias ficarem em casa, principalmente por que a maioria das mulheres trabalham, ficando restrito esta condição de cuidados apenas as famílias de classe média e alta.

Ressaltamos também que esses profissionais são novos no mercado de trabalho, ainda estão se preparando e se qualificando na área do idoso, e a família é a responsável única para supervisionar estes serviços.

Não existe uma parceria de orientação, treinamento e capacitação oferecido pelo poder público às famílias que contratam o serviço profissional, de modo a prevenir e reduzir a violência, os maus tratos nos domicílios e entender melhor as fases e o processo do envelhecimento. Além de mostrar também a importância de ter esses profissionais como parceiros da família nos cuidados aos seus idosos, a fim de melhor remunerá-los e valorizá-los. Pois nas falas das cuidadoras a família assume pouca ou nenhuma responsabilidade com o seu idoso, o que demonstra falta de cuidados, amor e paciência.

Diante do distanciamento da família nos cuidados aos idosos, os cuidadores se envolvem além do seu profissionalismo, confundindo muitas vezes o seu verdadeiro papel de atuação profissional, colocando-se muitas vezes numa condição de filha ou amiga deste idoso, ocorrendo deste modo um forte envolvimento emocional, perdendo o foco de seu trabalho, envolvendo-se em alguns momentos em brigas de família, criando com o idoso uma relação de amor e afeto, como se fosse ele também membro da sua própria família. Vejamos algumas falas:

O que eu ganhava não dava pra terça parte do que eu fazia, mas tudo o que eu fazia era com amor, da comida dele ao banho dele, levar pra passear. O grande defeito da esposa é que ela valorizava quem não era pra valorizar, eu tinha muitos atritos com ela e isso me desgastava muito. A esposa era acostumada a deixar o idoso trancado no quarto e jogava a chave no vaso de planta e nenhum dos filhos sabia, gerou uma confusão por causa disso. A esposa é muito ambiciosa por dinheiro, quando ele passou mal ela preferiu ir trabalhar, do que prestar socorro pra ele. Eu cuido dele por amor, enquanto eu estiver tratando ele bem, eu não quero tratar ele mal, tem horas que ele quer bater na gente e a única pessoa que ele obedece sou eu. Ultimamente o idoso anda muito estressado, agora com a minha saída ele ficou mais estressado (Cuidadora A, 51 anos).

Quando eu cheguei pra cuidar da idosa ela estava muito ruim, ela não dormia a noite, só vivia gritando, de 5 em 5 min ia ao banheiro, era assim também comigo. Depois comecei a cantar pra ela, ler a Bíblia, ela começou a me acompanhar e se acalmar (Cuidadora D, 64anos).

Quando eu comecei com a idosa ela não era acamada, eu era uma companhia pra ela, ela era muito nervosa e eu conseguir controlar, quando a idosa era lúcida se sentia confiante no meu trabalho. Ela falava normal não tinha nada a ver com o que ela está hoje. A família não vê o meu direito, não faz nada pra que eu me sinta bem no trabalho. Eles não dão o suporte que deveríamos ter. Estou com a idosa acompanhando no hospital, a família não providencia o café da manhã, se eu quiser tenho que comprar do meu bolso. No meu trabalho à noite com a idosa teria que ter algo pra eu merendar, mas não tem. Já passei mal com fome no trabalho, quase desmaiei. O corpo tem que estar preparado pra você cuidar, até o teu metabolismo, imunidade fica baixo, isso vai acabar tua paciência, a gente tem que se cuidar também. Meu filho se preocupa comigo, com minha saúde, eu penso muito nisso quando eu envelhecer (Cuidadora C, 51anos).

Notamos que o trabalho das cuidadoras exige muita paciência e dedicação, mas a família deixa de investir neste profissional que é um ser humano que também precisa ser cuidado para melhor cuidar do seu idoso e não maltratá-lo, cuidar da alimentação dele é fundamental, pois identificamos na fala de alguns que a família não oferece alimentação adequada, colocando na responsabilidade deste profissional arcar com esta despesa, principalmente num trabalho noturno em que os cuidados são mais redobrados e que exige mais atenção.

As cuidadoras A, C e D relatam sobre o que aprenderam no curso e a experiência com a prática.

Quando eu fiz o curso o que eles nos passaram era de não criar nenhum vínculo afetivo com o paciente, dá pra não criar vínculo? Como vou trabalhar com idoso porque ele já passa a ser uma criança, sem se envolver quando tu fica o dia a dia sozinho com ele? Você não é um robô, não é uma máquina, que não têm sentimento, eu não consegui usar a razão e deixar o coração, eu usava as duas coisas. Eles dão o curso de formação para o cuidador, eles tinham que dar um curso de formação também para a família, promover palestras educativas pra família até por uma questão de tratar bem o cuidador, remunerar, reconhecer essa profissão, porque se for fazer uma pesquisa de cada 100 idosos, apenas 02 famílias tenha respeito, é pouco eu conheço muitos cuidadores, converso e todos me contam a mesma história sobre família, a maioria tem um idoso ali porque o idoso tem alguma coisa, fica segurando por causa do dinheiro dele” (Cuidadora A, 51 anos).

Passam pra gente no curso se realmente a gente tem paciência, porque a pessoa idosa é uma criança. A família não quer saber de cuidar, acho que eles pensam porque estão pagando não devem se preocupar. A família sente confiança no meu trabalho, mas não sabem reconhecer. A mensagem que eu deixo é que apesar de tudo eu continuo em pé e faço as coisas com amor, e alguém que não for um cuidador não maltrate, não xingue. Pra mim apesar de tudo é satisfatório como ser humano, a gente vê muita falta de humanidade da família mesmo (Cuidadora C, 51anos).

“Eu não senti dificuldade no meu trabalho, aprendi a gostar mais da minha profissão, eu estou me espelhando neles, será que eu vou ficar assim? Será que eu vou chegar lá? porque eu tenho outro problema de saúde, coração grande” (Cuidadora D, 64 anos).

Observamos nas falas das cuidadoras o forte envolvimento emocional delas com o idoso, colocando-se numa condição de membro da família, desviando e contrariando aquilo que lhe foi ensinado durante o curso de formação, o de não se envolver a tal ponto de criar vínculos, agir com equilíbrio, respeitando os seus limites e possibilidades, agindo como profissional.

Pois o objetivo da atuação profissional no domicílio é de cunho profissional, requer ajudar o idoso a dispor da sua autonomia e independência, não fazendo tudo sozinha para ele, a fim de não se sobrecarregar e trazer danos para sua própria saúde física, psíquica e emocional.

O trabalho deve ser desenvolvido de forma dinâmica e interativa, envolvendo a família também nestes cuidados, colocando para estes profissionais o desafio de tornar esta profissão útil e necessária a sociedade.

As cuidadoras A e C, estão muito envolvidas nos cuidados e colocam a importância de capacitação para a família também, para que tenha respeito ao idoso e valorização do trabalho do cuidador, pois há uma superexploração do trabalho. Quanto ao vínculo com os idosos o que foi aprendido no curso difere da realidade de não criar vínculo afetivo, pois na prática há. A

cuidadora D, já relata a situação da sua velhice para o futuro, e a mesma já é idosa e não se vê nesta condição.

As cuidadoras B de 51anos, e E, de 51anos, apesar de trabalharem em carga horária menor que as outras cuidadoras e ter um suporte de apoio nos cuidados, também apresentam problemas de saúde e cansaço devido a este trabalho exigir de quem cuida muita paciência, amor, atenção e dedicação.

“Sinto um pouco de cansaço físico, é em decorrência do trabalho e da minha vida em casa. Eu saio daqui tenho que dar assistência pros filhos, pro marido. Eu tenho que me movimentar porque estou acomodada em fazer exercício. Eu tenho hipertireoidismo e desvio na coluna cervical, mas vou com frequência ao médico: ginecologista, mastologista, endocrinologista, porque não tem como trabalhar se não se cuidar” (Cuidadora B, 51 anos, recebe 1.500 Reais sem carteira assinada).

“Eu não faço nada pra relaxar. Eu estou com problema de saúde, ando pouco, não posso caminhar. Estou com artrose e isso me incomoda muito, mas não tem nada a ver com a idosa. A pressão alta deu um dia desses no trabalho. Por incrível que pareça eu sou mais estressada em casa, tenho preocupação excessiva com a limpeza da casa. Na casa dos outros sou diferente, é um lazer pra mim, gosto de ficar na casa da idosa, eles me deixam a vontade” (Cuidadora E, 51anos, recebe 320,00 Reais).

A trajetória de vida e trabalho por já se caracterizar precária, trará implicações no envelhecimento destas trabalhadoras, que ao perder o valor de uso para o capital pela idade avançada e as fragilidades de saúde, poderão chegar à velhice fadadas à pobreza e à dependência dos recursos da família e da sociedade, devido a seu único meio de sobrevivência ser a sua força de trabalho e quando a perder, recairá sobre elas um envelhecimento desumanizante e desprotegido, sendo igualadas a uma coisa material, consideradas “supérfluas” para o capital e peso morto para o exército industrial de reserva, tornando-se literalmente um ser isento de necessidades (TEIXEIRA, 2008).

Segundo esta autora, o uso intensivo da força de trabalho acelera a degradação natural do trabalhador e é um mecanismo de precoce expulsão dos trabalhadores mais velhos do mercado de trabalho, que aliado à existência de um excedente muito grande da força de trabalho, permite

que os empregadores estabeleçam critérios de seletividade, tais como: sexo, idade, etnia, além dos requisitos de qualificação inerentes às tarefas.

Podemos analisar que não há valorização da família pelo trabalho das cuidadoras, a saúde está fragilizada pela prática dos cuidados, devido às precarizações de vida e trabalho a que estão submetidas. Há a necessidade dos cursos de formação de cuidadores estender o aprendizado também para a família dos idosos, como um forma de participação nesse processo, pois para as cuidadoras, apesar de ainda não ser uma profissão, fazer o curso de cuidador foi gratificante porque passaram a dar mais valor para o ser humano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente às transformações sociodemográficas e à redução do tamanho da família, principalmente pela inserção da mulher no mercado de trabalho, novas demandas por cuidados surgiram em face dos novos modelos de família na contemporaneidade, entre eles idoso que vive só (família unipessoal), casal de idosos, entre outros.

Este estudo oportunizou conhecer quem eram os cuidadores dos idosos fragilizados e como eram prestados esses cuidados. Identificamos que os cuidadores familiares e cuidadores formais são exclusivamente mulheres, a maioria do grupo em idade adulta e madura; e, do grupo envelhecente.

A diferença entre os tipos de cuidados é que os idosos cujos cuidadores são familiares, quem assume essa função geralmente é uma das filhas mais velhas, ao contrário do idoso com cuidador formal, em que a maioria da família se ausenta desta responsabilidade e, em alguns casos, os idosos são vítimas de violência doméstica, passando a ser o cuidador a referência de família para o idoso.

As atividades desenvolvidas pelos cuidadores são para dar suporte aos idosos nas atividades de vida diária, tais como: servir de companhia, dar banho, dar o remédio, levar pra passear, entre outros, havendo necessidade de apoio de profissionais de saúde para prestar uma melhor assistência ao idoso. Há de destacar que os idosos com cuidadores formais são mais fragilizados do que os com cuidadores familiares, o primeiro é de alta dependência: acamados, demências, entre outros, enquanto o segundo apresenta incapacidades físicas.

Os resultados também apontaram que o trabalho dos cuidadores é precário, não havendo a valorização e o reconhecimento da família. A atividade está associada ao serviço doméstico.

Dos cuidadores familiares que assumem esta função, os da zona leste são os mais precarizados, pois além dos cuidados complementam a renda com atividades informais, diferentemente da zona centro-sul, em que as condições financeiras são melhores e os cuidadores se dedicam em maior tempo aos cuidados. Mas em ambas as situações percebeu-se a precarização deste trabalho devido a não terem apoio de instituições públicas ou da família para divisão das tarefas, havendo maior sobrecarga de trabalho, estresse e fragilidades de saúde, demandando também por cuidados, pois devido ao trabalho exaustivo não buscam alternativas de lazer e descanso.

Essa realidade também é vivida para os cuidadores formais, os quais estão atuando nos domicílios com contrato formal ou não de trabalho, em precárias condições, pois a maioria da família dos idosos coloca outras responsabilidades de serviços nos domicílios, entre eles o de empregada doméstica e outras formas de exploração, ficando nesta condição os de nível médio, pois os técnicos de enfermagem são contratados para assumir somente o cuidado com a saúde do idoso, pela sua qualificação estar voltada para a área da saúde, o que lhes garante uma melhor posição.

Os cuidadores formais atendem uma demanda de idosos de classe média e alta, sendo estes trabalhadores em maioria da zona norte, o que revelou que essas mulheres são trabalhadoras pobres, com baixos salários e mal remuneradas, pelo fato de a função ainda não ser oficialmente uma profissão, ficando as quais sem perspectivas de ascensão profissional, e por isto, algumas estão migrando de profissão, cursando o técnico de enfermagem ou concluindo-o, para agregar melhores oportunidades de remuneração.

Uma boa parte, de cuidadores formais formados em 2008, setenta, já não atua na função ou está desempregada; pois muitos estão fazendo o curso técnico de enfermagem ou estão atuando nesta atividade, e que fizeram o curso de cuidador apenas para se diferenciar no mercado de trabalho, incluindo, neste caso, os homens.

Sobre a atuação dos cuidadores formais em Manaus, não há supervisão da instituição formadora para fiscalizar os serviços prestados aos idosos, como também não há a responsabilidade pelo envio dos cuidadores às famílias e intervenção no contrato de trabalho.

Constatamos nos resultados que ainda é recente a capacitação de cuidadores em Manaus desde de 2006, o critério para participação possui poucas exigências para quem vai assumir uma função que exige muita responsabilidade, atenção, cuidados, paciência e principalmente amor, pois ainda não existe um critério de seleção mais rigoroso que englobe avaliação psicológica, de saúde, física e de saúde para prevenir que esses futuros cuidadores possam ter comportamentos agressivos e cometer maus tratos.

A pesquisa revelou que os candidatos ao curso de cuidadores são em maioria mulheres do grupo de idade adulta e madura e homens também nesta mesma faixa etária, com menor participação, face ao desemprego que é peculiar a este grupo, e que devido ao aumento do segmento idoso, veem a oportunidade de inserção no mercado de trabalho, mas não significa que estes atuarão nesta área de cuidadores, pois os resultados com as cuidadoras que já atuam nos domicílios é predominante a participação das mulheres mais velhas, do grupo envelhecete, consideradas pelas famílias as que têm mais qualidades, por possuírem experiências nos cuidados em suas próprias famílias, por sua maturidade e responsabilidade ser maior e passar confiança e segurança, se diferenciando das faixas etárias mais jovens as quais transmitem insegurança e pouca responsabilidade.

As condições de vida dos candidatos ao curso de cuidador são também precárias, sendo os responsáveis por seus domicílios, pelo seu sustento e de sua família. Quanto à escolaridade, foi predominante o número de candidatos de nível médio e curso técnico de enfermagem. Os de nível médio estão migrando de profissão e este curso de cuidador será o primeiro curso técnico.

Os que possuem técnico em enfermagem, por já terem uma qualificação voltada à área da saúde, estão agregando um diferencial ao seu currículo para se destacar no mercado.

Constatamos que a maioria dos candidatos ao curso de cuidadores de nível médio não possui experiência com idosos, e a grande maioria está desempregada, em busca de uma colocação no mercado de trabalho, possuindo as profissões de: industriária, comerciante, massoterapeuta, entre outros, não vinculados ao curso de cuidador. A minoria já tinha experiência como babá e cuidadora.

A sociedade ainda não despertou para as mudanças, geradas pela problemática da velhice e para a necessidade de cuidadores, pois as pessoas, geralmente, se acham jovens e velho é sempre o outro. É importante sinalizar que, em breve, os idosos não poderão contar mais com o membro da família para realizar os cuidados, seja por conflitos familiares, por indisponibilidade de tempo ou por redução de pessoas na família, havendo portanto, o aumento de idoso morando só e família de casal de idosos, entre outros.

A pesquisa revelou que a família necessita de atenção das políticas públicas de saúde e assistência social, entendendo que este espaço é marcado por uma teia de contradições e conflitos e com demandas específicas, que necessita de apoio para este idoso e também o fortalecimento dos vínculos familiares.

Diante da responsabilidade social do trabalho com as famílias, com suas características, identidade cultural e demandas diferenciadas, tendo como eixo do SUAS a matricialidade sociofamiliar, com referência de atendimento no CRAS, e de média e alta complexidade no CREAS, as ações dessa política de assistência social devem estar voltadas à questão dos idosos com dependência e ao cuidador, pois na área da média e alta complexidade, existe apenas uma instituição governamental de Longa Permanência em Manaus. Aos que estão fragilizados ou com dependência, o curso apontado neste estudo é uma das primeiras tentativas na área da

assistência social, para que a família assuma essa responsabilidade, contratando os cuidadores formais, que na verdade, ficam voltados para as famílias de classe média e alta.

As autoridades e a sociedade civil devem estar atentas às mudanças do perfil sociodemográfico, pois, com o aumento do número de idosos no país, precisam criar novos mecanismos/instituições que possibilitem a inclusão e a participação desse segmento e o atendimento às suas necessidades, tais como órgãos fiscalizadores ou de supervisão do curso de formação de cuidadores, devendo ter poder interventivo de equipes interdisciplinares nesses domicílios.

O cuidador é um trabalhador precarizado, tendo seus direitos limitados ou negados, que também precisa de atenção das políticas públicas no reconhecimento da sua profissão, a qual está começando a ter visibilidade em Manaus.

Um dos objetivos deste estudo é contribuir para o fortalecimento das Políticas Públicas voltadas para a pessoa idosa, colocando em pauta a necessidade do Estado oferecer condições de melhor qualificação dos cuidadores formais, que ele disponibiliza atualmente, bem como ser acompanhado/assessorado pela equipe de saúde e de assistência social, pela Unidade Básica /Programa Saúde da Família e do Centro de Referência Especializada de Assistência Social, para que num primeiro momento, estes profissionais possam assistir diretamente a essas pessoas, e também torná-los multiplicadores, de forma que venham a difundir seus conhecimentos a um número maior de famílias carentes que abriguem idosos, possibilitando, com isso, autonomia e independência das famílias acerca dos cuidados com a pessoa idosa, bem como dos direitos e deveres destes, pois a prática correta da atividade associada ao preparo psicológico e emocional do cuidador pode diminuir efetivamente os casos de maus-tratos e violência contra os idosos.

Outro ponto a considerar diz respeito ao impasse de não ser uma profissão reconhecida, apesar de regulamentada, sendo necessário o seu reconhecimento oficial, para que a família, o

Estado e a sociedade em geral possam fiscalizar esses profissionais, de forma a propiciar um atendimento qualificado aos idosos em domicílio, reduzindo significativamente a discriminação de gênero, bem como proporcionar melhor remuneração desses profissionais.

A dinâmica familiar também está impactada pelas transformações sociais, políticas, econômicas e culturais, o que denota que, no futuro próximo, os idosos deixarão de ser cuidados diretamente por seus familiares, e outras pessoas não mais ligadas por laços de consangüinidade assumirão esses cuidados.

Desse modo, faz-se necessário refletir que caminho trilhar agora, para que as nossas futuras gerações não sofram destes problemas arraigados na humanidade há séculos, uma vez que todos nós estamos em processo de envelhecimento.

REFERÊNCIAS

ABECASSIS, Bianca Ladislau. **Famílias e Políticas Públicas: as múltiplas faces no relacionamento familiar de gênero e intergeracional dos moradores em suas demandas por políticas públicas de saúde no bairro Complexo Antônio Aleixo da Zona Leste de Manaus.** Manaus: UFAM, 2004 – 2005. Relatório de Iniciação Científica - PIBIC.

ALBUQUERQUE, Sandra Márcia Lins de Albuquerque (org). **Envelhecimento ativo: desafio do século.** São Paulo: Andreoli, 2008.

ALBUQUERQUE, Karen Christine Moreira. **A questão do cuidador familiar no atendimento as necessidades do idoso doente no Complexo Antônio Aleixo da zona Leste de Manaus.** Manaus: UFAM, 2009 – 2010. Relatório de Iniciação Científica - PIBIC.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho.** 3º edição. São Paulo: Boitempo, 2000.

_____. **Adeus ao trabalho?** São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Informação e documentação – trabalhos acadêmicos - apresentação.** ABNT NBR 14724, 2ed, 2005.

BASBAUM, Leôncio. **Alienação e Humanismo.** São Paulo. Ed. Símbolo, 1977.

BARROS, Ricardo Paes de. **Incidência e natureza da pobreza entre os idosos no Brasil.** In: Muito Além dos 60: os novos idosos brasileiros, Ana Amélia Camarano (org), 1999.

BEAUVOIR, Simone. **A Velhice.** Tradução de M^a. Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. **Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada.** Revista Quadrimestral de Serviço Social. Serviço Social & sociedade: velhice e envelhecimento. Ano XXIV, n^o 75, setembro de 2003.

BORN, Tomiko (Org.). **Cuidar melhor e evitar a violência. Manual do Cuidador da pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: Ética do humano- compaixão pela terra**. editora vozes, 16ª edição, Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL. Lei 10.741, 01 de Outubro de 2003. **Estatuto do Idoso e normas correlatas**. Brasília, 2008.

BRASIL. Portaria nº. 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>

BRASIL. Portaria nº. 399, de 22 DE Fevereiro de 2006. Divulga o **Pacto pela Saúde 2006** – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política Social e Democracia**. Maria Inês Souza Bravo e Potyara Pereira Pereira (orgs), 2ª edição, São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

CALDAS, Célia Pereira. **Cuidado Familiar: A importância da Família na Atenção à Saúde do Idoso**. IN: SALDANHA, Assuero Luiz; CALDAS, Célia Pereira (Org.). Saúde do Idoso: A arte de cuidar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

CAMARANO, Ana Amélia. **Instituições de Longa Permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos**. IN: NERI, Anita Liberalesso (Org.). Idoso no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

_____. **Idosos Brasileiros: que dependência é essa?** In: Muito Além dos 60: os novos idosos brasileiros. IPEA, Rio de Janeiro, 1999.

CARVALHO, Maria Irene Lopes B. **Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal.** IN: Revista Karirós: Gerontologia, v.12, n01, núcleo de pesquisa em envelhecimento, PUC-SP, 2009.

CENSO 2000-IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm> .

CENSO 2007-IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.**

CHAIMOWICZ, Flávio. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI, problemas, projeções e alternativas.** Revista de Saúde Pública, 1997.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** São Paulo: Cortez, 2003.

COELHO, Virgínia Paes. **O Trabalho da mulher, relações familiares e qualidade de vida.** IN: Serviço Social & Sociedade: Famílias. São Paulo: Cortez, n.71, 2002.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Atualizada até a Emenda Constitucional n.31 de 14-12-2000. Editora Saraiva, 27edição, 2001.

CURADO, Eliene Moreira. **Como é estar na velhice? A experiência de mulheres idosas participantes de uma intervenção psicológica grupal.** IN: Ser Social, n.21, 2007.

DEBERT, Guita Grin. **A construção e reconstrução da velhice: Família, classe social e etnicidade.** IN: Velhice e Sociedade. Anita Liberalesso Neri e Guita Grin Debert (orgs). Campinas, São Paulo: Papirus, 1999.

DIAZ, Alba Lucero Lopez. **Revelando o oculto cuidar das pessoas idosas: uma proposta para a promoção da igualdade de gênero.** In: Igualdade de oportunidades para as mulheres. Eva Alterman Blay (org). São Paulo, Humanitas, USP, 2002.

DIOGO, Maria José D`elboux. **O Envelhecimento da pessoa portadora de necessidades especiais.** In: **Saúde e Qualidade de Vida na Velhice.** Campinas, São Paulo: editora alínea, 2009.

Duarte, Marco José de Oliveira. **Loucura e Família: (Re) Pensando o Ethos da produção do cuidado.** In: **Família & Famílias: práticas sociais e conversões contemporâneas.** Editora Lumen Juris, Rio de Janeiro, 2010.

FERREIRA, Álida Rosária Silva. **Cuidadores informais da população idosa com alguma limitação: estimativas indiretas- Brasil 2000 a 2015.** In: **Ser Social**, n. 20, 2007.

FREIRE, Lúcia.M. B. **Saúde do trabalho e serviço social: possibilidades pelo avesso do avesso.** Tese de doutoramento – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Pualo: 1998.

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico: Explicitação das Normas da ABNT.** 15 ed. Porto Alegre; s.n, 2009.

HADDAD, Eneida G. de Macedo. **O direito à Velhice: os aposentados e a previdência social.** 2. Edição. São Paulo, Cortez, 2001.

HIRATA, Helena. **Trabalho flexível, Empregos precários? : uma comparação Brasil, Japão e França.** Nadya Araújo Guimarães, Helena Hirata (orgs). São Paulo: editora da universidade de São Paulo, 2009.

HORTA, Carlos Roberto. **Desemprego e cultura: uma leitura política da desconstrução da cidadania do trabalhador.** In: **Ser Social: Revista de Pós-Graduação em Política Social**, departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília. Trabalho e Cidadania, nº05, julho a dezembro de 1999.

IPEA. **Políticas sociais:”acompanhamento e análise**, n.06, fevereiro de 2003.

IANNI, Otavio. **A questão social.** Revista São Paulo em Perspectiva. São Paulo: Fundação SEADE (1). v. 5, jan./mar., 1991.

_____. **A era do globalismo.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **A questão social no capitalismo**. IN: Praia Vermelha, UFRJ. n°8. Primeiro Semestre, 2003.

KARSH, Ursula. **Cuidadores familiares de idosos: parceiros da equipe de saúde**. In: Serviço Social & sociedade: velhice e envelhecimento. Ano XXIV, n° 75, setembro de 2003.

_____. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998.

LARANJEIRA, Sônia M. Guimarães. **Realidade do Trabalho ao final do século XX**. In: SER SOCIAL. Trabalho e Cidadania: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social. Departamento de Serviço Social da UnB./organizado por Márcia de Melo Martins Kuyumjian, n°05 (Jul/Dez/1999) – Brasília: UnB, 1999.

MANAUS. **Política Municipal do Idoso**. Decreto n° 5.482, de 7 março de 2001. Dispõe sobre a Política Municipal do Idoso, e dá outras providências. Disponível em: <http://doutorthomas.manaus.am.gov.br/>

MASCARO, Sonia de Amorim. **O que é velhice**. Coleção primeiros passos, SP,2004.

MEDEIROS, Suzana Aparecida Rocha. **O lugar do velho no contexto familiar**. IN: Tempo de envelhecer, org LIGIA PY, SP,2006.

MENDES, Farah Rejenne Corrêa. **O ambiente da velhice no país: por que planejar?** In: Revista Kairós, gerontologia, v.12. Núcleo de estudo e pesquisa sobre envelhecimento. Editora educ, 2009.

MERCARDANTE, Eliabeth F. **Velhice estigmatizada**. In: Serviço Social & Sociedade, Ano XXIV, n° 75, editora Cortez, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**/ Otávio Cruz Neto, Romeu Gomes, Marília Cecília de Souza Minayo (Organizadora). Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2004.

MOTTA, Alda Britto da. **As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento.** In: Cadernos pagu: gênero e gerações. Guita Grin Debebert (org). Unicamp, São Pauli, 1999.

MUNHOZ, Clari Marlei Daltroso. **Como a família ajuda ou dificulta o cuidado com a pessoa idosa. In: Cuidar melhor e evitar a violência.** Manual do cuidador da pessoa idosa. Tomiko Born (org). Brasília, 2008.

NERI, Anita Liberalesso (Org.). **E por falar em boa velhice.** Campinas. Papyrus, 2000.

_____. **Cuidar de Idosos no contexto da família: Questões Psicológicas e Sociais.** Campinas/SP: Alínea, 2 ed, 2006.

_____. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade.** São Paulo: Editora Perseu Abramo, Edições Sec, São Paulo, 2007.

_____. **As múltiplas faces da velhice no Brasil.** Campinas, São Paulo. Editora alínea, 2003.

NUNES, André. **Os custos do tratamento de saúde dos idosos no Brasil.** IN: Muito Além dos 60: os novos idosos brasileiros, Ana Amélia Camarano (org), IPEA,1999.

PASTORINI, Alejandra. **A categoria “questão social” em debate.** São Paulo, Cortez, 2004.

PEIXOTO, Clarice. **Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade.** In: BARROS, Lins de (Org.) Velhice ou terceira idade. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

_____. **Aposentadoria: retorno ao trabalho e solidariedade.** In. Família e envelhecimento. Rio de Janeiro. Editora FGV, 2004, p. 57- 84

PEREIRA, Josiara Reis. **A questão do cuidador familiar no atendimento as necessidades do idoso doente nos bairros do Parque Dez e Flores da zona Centro Sul de Manaus.** Manaus: UFAM, 2009 – 2010. Relatório de Iniciação Científica-PIBIC.

PY, Ligia. (org) **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais,** 2 edição, SP, 2006.

QUEIROZ, Zally Pinto Vasconcelos. **O impacto do cuidado na vida do cuidador de idosos: fator de risco de negligência doméstica em idosos dependentes.** IN: Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice. Maria Berzins e Willian Malagutti (orgs). São Paulo: Martinari, 2010.

QUEROZ, Nelma Caires. **Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem-estar dos idosos e de suas família.** In:Saúde e qualidade de vida na velhice. Editora alínea, 2009.

RAVAGNI, Leda Almada Cruz de. **O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades.** In: **Cuidar melhor e evitar a violência.** Manual do cuidador da pessoa idosa. Tomiko Born (org). Brasília, 2008.

RICO, Elizabeth de Melo. **O empresariado, a filantropia e a questão social.** In: Serviço Social & Sociedade, n°58. Editora: Cortez, 1998.

SAAD, Paulo Murad. **Transferência de apoios entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza.** IN: Muito Além dos 60: os novos idosos brasileiros, Ana Amélia Camarano (org), IPEA,1999.

SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos Santos. **Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador.** Campinas, SP. Editora Alínea, 2006.

SILVA, Danielle Figueiredo da. **A questão do cuidador familiar no atendimento as necessidades do idoso doente nos bairros de Coroado e Jorge Teixeira da zona Leste de Manaus.** Manaus: UFAM, 2009 – 2010. Relatório de Iniciação Científica - PIBIC.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, Cleusa. **A acumulação capitalista e os direitos do trabalho: contradição histórica que preside a seguridade social.** In: Trabalho e seguridade social percursos e dilemas.

SZYMANSKI, Heloísa. **Viver em Família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança.** IN: Serviço Social & Sociedade n° 71, ANO XXIII, Famílias. Editora Cortez, 2002.

SPING-ANDERSEN. **As três economias políticas do Welfare State.** Revista Lua Nova n° 24, setembro de 1991.

TEIXEIRA, Solange Maria. **O envelhecimento do trabalhador na sociedade do trabalho abstrato e as históricas formas de proteção social.** In: Envelhecimento e trabalho no tempo de capital: implicações sociais no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008, p. 76-84.

TOLEDO, Laisa Regina Di Maio Campos. **A Família contemporânea e a interface com as políticas públicas.** In: Ser Social n. 21, Brasília, 2007.

TORRES, Stella Vidal de Souza. Fragilidade, **Dependência e Cuidado: Desafios ao Bem-estar dos Idosos e de suas famílias.** In: Saúde e qualidade de vida na velhice. Campinas, São Paulo: editora alínea, 2009.

VERAS, Renato P. et al.. **País Jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, 1994.

_____. **A longevidade da população: desafios e conquistas.** Revista Quadrimestral de Serviço Social. Serviço Social & sociedade: velhice e envelhecimento. Ano XXIV, n° 75, setembro de 2003.

VITALE, Maria Amália Faller (org). **Avós: velhas e novas figuras da família contemporânea.** IN: ACOSTA, Ana Rojas. Família: Redes, Laços e Políticas Públicas. São Paulo: IEE/PUC, 2003.

YASSUO, Denize Rodrigues. **Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio.** In: Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Anita Liberalesso Neri (org). Campinas, São Paulo: editora alínea, 2° edição, 2006.

APÊNDICE A



Universidade Federal do Amazonas- UFAM
 Instituto de Ciências Humanas e Letras - ICHL
 Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia - PPGSS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE CUIDADOR DE IDOSOS

Convidamos Sr (a), residente e domiciliado à Rua Telefone: para participar do Projeto de pesquisa *As condições de trabalho dos cuidadores de idosos fragilizados em Manaus*, da Mestranda e pesquisadora Bianca Ladislau Abecassis, a qual tem por objetivo analisar a Política Pública voltada aos idosos dependentes com necessidade de cuidador, as condições de trabalho desse profissional e as necessidades dos idosos cuidados em domicílio. Pretende-se com a realização desse estudo contribuir para o fortalecimento de políticas públicas voltadas ao idoso e ao cuidador na cidade de Manaus.

A sua participação é importante para conhecer os cuidados prestados em domicílio ao idoso. Desse modo, será aplicado um roteiro de entrevista e você poderá responder as perguntas livremente.

Destacamos que se constitui como direito seu a opção em participar ou não, e mesmo participando, desistir a qualquer momento da pesquisa sem nenhum prejuízo. As informações recebidas serão preservadas, seguindo os critérios éticos e científicos de modo que não poderá ser usados para outro fim senão desta pesquisa, e será mantido o anonimato dos (as) senhores (as) entrevistados. Somente com o seu consentimento, as entrevistas poderão ser gravadas e quando forem autorizadas, receberá as cópias da transcrição da entrevista.

O local da realização das entrevistas será escolhido segundo a sua preferência, marcando a hora e a data da mesma. Não haverá riscos nem danos inerentes à sua participação na pesquisa.

A sua participação é voluntária e não terá remuneração para tal. Em caso de dúvida, poderá entrar em contato com o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, da Faculdade de Serviço Social - ICHL da Universidade Federal do Amazonas UFAM, por meio do endereço: Av. Gal. Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 3000, Campus Universitário /Bairro Coroado I, CEP: 69.077-000 ou pelo telefone 3305-4378.

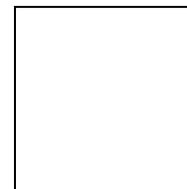
Consentimento Pós-Informação

Fui informado (a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso concordo em participar do projeto, ciente que é na condição de voluntário. Estou recebendo uma cópia deste documento, assinada que vou guardar

_____ ou
 Assinatura do Participante

Data: _____

 Pesquisadora Responsável



Impressão do dedo polegar
 Caso não saiba assinar

Data: _____

APÊNDICE B



Universidade Federal do Amazonas- UFAM
 Instituto de Ciências Humanas e Letras - ICHL
 Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia - PPGSS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE GESTORA DA POLÍTICA PÚBLICA

Convidamos Sr (a), residente e domiciliado à Rua Telefone: para participar do Projeto de pesquisa *As condições de trabalho dos cuidadores de idosos fragilizados em Manaus*, da Mestranda e pesquisadora Bianca Ladislau Abecassis, a qual tem por objetivo analisar a Política Pública voltada aos idosos dependentes com necessidade de cuidador, as condições de trabalho desse profissional e as necessidades dos idosos cuidados em domicílio. Pretende-se com a realização desse estudo contribuir para o fortalecimento de políticas públicas voltadas ao idoso e ao cuidador na cidade de Manaus.

Pela relevância do seu trabalho frente à Política Pública voltada aos Idosos com dependência com necessidade de cuidadores, gostaríamos da sua participação na entrevista, para informar essa política em Manaus e a viabilização da capacitação dos cuidadores, bem como os seus possíveis contratantes.

Destacamos que se constitui como direito seu a opção em participar ou não, e mesmo participando, desistir a qualquer momento da pesquisa sem nenhum prejuízo. As informações recebidas serão preservadas, seguindo os critérios éticos e científicos de modo que não poderá ser usados para outro fim senão desta pesquisa, e será mantido o anonimato dos (as) senhores (as) entrevistados. Somente com o seu consentimento, as entrevistas poderão ser gravadas e quando forem autorizadas, receberá as cópias da transcrição da entrevista.

O local da realização das entrevistas será escolhido segundo a sua preferência, marcando a hora e a data da mesma. Não haverá riscos nem danos inerentes à sua participação na pesquisa.

A sua participação é voluntária e não terá remuneração para tal. Em caso de dúvida, poderá entrar em contato com o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, da Faculdade de Serviço Social - ICHL da Universidade Federal do Amazonas UFAM, por meio do endereço: Av. Gal. Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 3000, Campus Universitário /Bairro Coroado I, CEP: 69.077-000 ou pelo telefone 3305-4378.

Consentimento Pós-Informação

Fui informado (a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso concordo em participar do projeto, ciente que é na condição de voluntário. Estou recebendo uma cópia deste documento, assinada que vou guardar

 Assinatura do Participante

Data: _____

 Pesquisadora Responsável

Data: _____

APÊNDICE C



Universidade Federal do Amazonas- UFAM
Instituto de Ciências Humanas e Letras - ICHL
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia - PPGSS

INSTRUMENTAL II: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA CUIDADOR (A)

PESQUISA: AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS CUIDADORES DE IDOSOS FRAGILIZADOS EM MANAUS.

Formulário de pesquisa nº _____

Local da aplicação da pesquisa: _____

Data: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Nome: _____

1.2. Sexo: () Feminino () Masculino

1.3. Idade: _____

1.4. Estado civil: _____

1.5. Escolaridade: _____

1.6. Reside no mesmo endereço do idoso (a): () SIM () NÃO

1.7. Ano de formação no curso de cuidador (a) _____

1.8. Tempo na função de cuidador (a): _____

2. SOBRE O TRABALHO COM IDOSOS

2.1. Qual a sua experiência com idosos na condição de fragilizados?

2.2. Quais os critérios que foram exigidos pela família na sua contratação? E qual valor recebe?

2.3. Você conhece as suas atribuições na função de cuidador?

2.4. Quais as atividades que você desenvolve com o idoso, relate a sua rotina?

2.5. Você tem apoio de outras pessoas para executar o seu trabalho?

2.6. Quais dificuldades você encontra para realizar o seu trabalho? E que sugestões você aponta para a superação destas?

2.7. Como você se avalia exercendo essa função?

2.8. Você verificou mudanças no estado de saúde do idoso após os seus cuidados? Quais?

2.9. Quais mudanças ocorreram com você durante estar cuidando ?

3.0. Qual a sua relação com a família e o idoso?

3.1. Você vê alguma dificuldade do que aprendeu no curso para a prática? Sente necessidade para se aperfeiçoar ou este curso já é suficiente pra você?

APÊNDICE D



**Universidade Federal do Amazonas- UFAM
Instituto de Ciências Humanas e Letras - ICHL**

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia PPGSS

INSTRUMENTAL IV: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA GESTORA DA POLÍTICA PÚBLICA VOLTADA AOS IDOSOS DEPENDENTES

**PESQUISA: AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS CUIDADORES DE IDOSOS
FRAGILIZADOS EM MANAUS.**

Formulário de pesquisa nº _____

Local da aplicação da pesquisa: _____

Data: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Nome: _____

1.2. Sexo: () Feminino () Masculino

1.3. Idade: _____

1.4. Estado civil: _____

1.5. Escolaridade: _____

1.7. Tempo na função: _____

2. CURSO DE FORMAÇÃO DE CUIDADORES

2.1. Quais os critérios de seleção para incluir a pessoa no curso de formação de cuidadores?

2.2. Qual a duração desse curso?

2.3. Há quanto tempo a instituição está promovendo o curso de cuidadores ?

2.4. Como são divulgados os cursos de cuidadores?

2.5. Quem são os técnicos que ministram esse curso e onde são demonstradas as aulas práticas de cuidado com o idoso doente para aprendizado do aluno?

2.6. Todos os alunos que receberam a capacitação de cuidadores estão aptos para atuar no mercado de trabalho? Como se avalia o desempenho deles na função? Há retorno das famílias sobre os cuidados recebidos?

2.7. A instituição oferece outros cursos de atualização para aqueles que tiveram sua capacitação de cuidadores?

2.8. A instituição assume responsabilidades no envio desses profissionais às famílias dos idosos?

2.9. Para a Instituição qual o retorno esperado desse serviço no que concerne a Política Pública?

3.0. Os cuidadores formais atendem uma demanda de idosos de classes média e alta, como ficam os idosos pobres que não podem pagar cuidador?

ANEXO