

ENVELHECIMENTO, DEPENDÊNCIA E CUIDADO: DESAFIOS PARA AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE

Daniel Groisman¹

INTRODUÇÃO

Quando o livro *País jovem, de cabelos brancos*, de Renato Veras (1994), foi publicado, em meados da década de 1990, eram muito poucos os títulos disponíveis que abordavam a questão do envelhecimento no Brasil. Veras (1994) alertava para um fenômeno que já acontecera na maior parte dos países do mundo desenvolvido, mas que estava começando a se acentuar por aqui: o aumento do contingente de idosos entre a população. O Brasil “já possui uma grande população de idosos”, alertava Veras (1994, p. 23), acrescentando que, entretanto, “sabe-se muito pouco a seu respeito”. Desde esta publicação, uma vasta gama de serviços, profissões e instituições surgiram, tendo como objeto privilegiado a assistência ao idoso. No âmbito governamental, assistimos à regulamentação da Política Nacional do Idoso (1996), à instituição do Estatuto do Idoso (2003) e ao recente lançamento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), apenas para citar alguns exemplos. Mas o desafio imposto pelo fenômeno do envelhecimento populacional no Brasil ainda permanece enorme.

O crescimento do número de idosos vem sendo seguidamente apontado pelos estudos e levantamentos censitários realizados no país nas últimas décadas. O censo de 1991 contabilizou a existência de 10,7 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil. Na contagem de 2000, esse número passara para 14,5 milhões de

¹Professor-pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (LABORAT) da EPSJV. Doutorando pela Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Contato: dgroisman@epsjv.fiocruz.br.

peças e, em 2008, o número de idosos foi estimado em 19 milhões de pessoas. O que as pesquisas populacionais indicam é que não apenas a quantidade de pessoas idosas vem crescendo, como também a sua proporção em relação às outras faixas etárias. Em 1991, os idosos representavam cerca de 7,3% da população, número que passou para 8,7% em 2000 e que representava 10,2% em 2007. Em 2025, estima-se que o país possuirá cerca de 32 milhões de pessoas idosas, o que o tornará o país com a 6ª maior população idosa no mundo.

A transformação da distribuição das idades no conjunto da população brasileira, ou como alguns autores definem, a “transição da estrutura etária” (RODRIGUEZ-WONG; CARVALHO, 2006) vem ocorrendo de maneira extremamente rápida no Brasil. As principais razões para essa transformação são o *declínio das taxas de fecundidade*, associada ao *aumento da expectativa de vida*. A diminuição do número de nascimentos fez com que o peso dos grupos mais velhos aumentasse. Em 1980, por exemplo, existiam cerca de 16 idosos para cada 100 crianças; em 2000, essa relação era de quase 30 idosos para cada 100 crianças (IBGE, 2002). Em 2025, estima-se que existirão 46 idosos para cada 100 crianças, sendo que, até 2050, o número de idosos superará o de crianças no país (CARVALHO; RODRIGUEZ-WONG, 2008). Esse processo faz com que não apenas o número de idosos cresça, como também a velhice se prolongue e o percentual de *idosos mais idosos* – aqueles com 80 anos ou mais – aumente.

O significativo crescimento do número de *idosos* com idade superior a 80 anos torna mais numeroso o contingente de pessoas com doenças, complicações ou fragilidades que implicam limitações funcionais. Estima-se que cerca de 15% dos idosos brasileiros, hoje, tenha algum tipo de comprometimento para lidar de forma autônoma com as suas atividades do cotidiano – número que tende a aumentar, tanto quantitativa quanto proporcionalmente (CAMARANO, 2005; BATISTA et al., 2008). Diferentemente do que ocorreu nos países desenvolvidos, que vivenciaram o processo de

transformação da estrutura etária de suas populações ao longo de mais de um século, o envelhecimento populacional no Brasil e na América Latina ocorre rapidamente, sem que seja acompanhado, na mesma medida, das necessárias melhorias nas condições socioeconômicas e de assistência à saúde da população em geral. Segundo Motta (2008), o envelhecimento populacional brasileiro se dá num contexto em que as doenças “do atraso”, tais como tuberculose, malária e dengue, ainda se fazem presentes, estando acrescidas das doenças crônico-degenerativas. Dadas as limitações do sistema público de saúde brasileiro, esta situação aponta para uma questão importante: que tipos de ações poderão ser realizadas, no âmbito das políticas públicas, para se promover um envelhecimento digno para a população em geral e, especificamente, para aquelas pessoas que necessitarem de cuidados continuados em sua velhice?

Neste texto, faremos uma breve reflexão sobre o conceito de dependência na velhice e suas implicações para as políticas públicas de saúde e seguridade social. Discutiremos a emergência do “cuidador de idosos” como um novo personagem das práticas públicas e privadas de qualificação profissional e analisaremos como a produção científica tem tratado esse objeto. Por fim, apontaremos alguns dos desafios para uma prática formativa em gerontologia que se institua como ação permanente e integrada com as políticas públicas voltadas para a população que demanda cuidados.

DEPENDÊNCIA, INCAPACIDADE E ENVELHECIMENTO

O conceito de dependência, na velhice, costuma ser associado ao de vulnerabilidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde, os idosos em situação de vulnerabilidade são aqueles que se enquadram em alguma dessas categorias, tais como: terem mais de 80 anos, morarem sós, terem recursos financeiros escassos, possuírem limitações físicas severas, não terem filhos e estarem em isolamento social, dentre outros. A incapacidade física ou psíquica é,

portanto, um dos componentes importantes para a vulnerabilidade social. Para Batista e cols., “são dependentes as pessoas que têm necessidade de serem assistidas e/ou ajudadas para a realização das atividades diárias, implicando na presença de pelo menos outra pessoa que realize atividades de apoio” (BATISTA et al., 2008, p. 15). Ainda segundo essas autoras, as atividades da vida diária podem ser divididas em atividades básicas (AVD) e instrumentais (AIVD). As AVD estão relacionadas às capacidades do indivíduo para realizar tarefas que são essenciais para a sua sobrevivência, tais como se alimentar e se locomover sem auxílio. Já as AIVD enfocam as habilidades do indivíduo para levar uma vida autônoma, como por exemplo o manejo do dinheiro, a possibilidade de realizar saídas à rua sem auxílio, o cuidado com a casa e outros.

Diversos países, sobretudo da Comunidade Europeia, reconhecem a dependência funcional como um problema social a ser enfrentado com o auxílio do estado. Tais políticas se materializam sob diferentes programas, benefícios e serviços e, numa visão geral, se norteiam por alguns princípios em comum, os quais destacamos a seguir². O primeiro princípio seria o de que as políticas e os programas devem privilegiar a vida familiar e comunitária das pessoas dependentes. A essa ideia se associam as políticas de substituição paulatina dos serviços de atenção institucional de longa permanência por aqueles oferecidos no âmbito domiciliar e comunitário, tais como serviços de ajuda doméstica, atendimento domiciliar, moradias assistidas e centros-dia, dentre outros (BATISTA et al., 2008). O segundo princípio é o reconhecimento da proteção contra a dependência como um direito, ou, como alguns autores afirmam, do *direito de ser dependente*, na qual se inserem políticas de seguridade social e/ou benefícios monetários destinados a pessoas que venham a se tornar dependentes. Por fim, o terceiro ponto a ser mencionado diz respeito ao reconhecimento da atividade do cuidado informal ou familiar como um trabalho. A essa premissa se relacionam medidas de apoio às pessoas que cuidam de parentes dependentes, tais

²Para uma abordagem detalhada das políticas para idosos e pessoas dependentes na Comunidade Europeia, ver Batista et al. (2008).

como treinamentos, substituição temporária, auxílios financeiros e outros.

Para Motta (2008), a visão médica tradicional considera a incapacidade funcional, na velhice, como um problema individual e que requer habitualmente tratamento clínico. No entanto, é consenso entre numerosos autores de que a incapacidade ou dependência deve ser entendida também como socialmente construída. Para Camarano (2006), a dependência não envolve apenas a falta de autonomia para lidar com as atividades da vida cotidiana, mas também a ausência de rendimentos. Minkler e Fadem (2002), questionando o conceito de “envelhecimento bem-sucedido”, consideram que há uma sobrevalorização aos aspectos intrínsecos da incapacidade, ao passo que os fatores extrínsecos, tais como pobreza, inacessibilidade e ambientes desfavoráveis, não recebem a mesma importância. Essas autoras defendem que seja adotado um “novo paradigma” para a dependência, no qual uma pessoa com dependência não seja vista como alguém que não funciona por causa de uma deficiência, mas sim como alguém que necessita de um ambiente com condições inclusivas.

Posições semelhantes são encontradas em autores que abordam temáticas relacionadas à reabilitação e acessibilidade. Santos, discutindo o conceito de “deficiência”, contrapõe a visão médica sobre a deficiência com a visão social sobre o problema. Enquanto a primeira localiza no corpo do indivíduo a causa da deficiência ou dependência, a segunda a entende como uma *desvantagem social*, agravada pela inadequação dos ambientes à diversidade das pessoas. Segundo esse autor, a tese central do modelo social “desloca para a organização da sociedade a necessidade de enfrentar a deficiência como uma questão pública, e não mais somente restrita à esfera privada e dos cuidados familiares” (SANTOS, 2008, p. 507). No campo da atenção psicossocial, Saraceno (1999) afirma que a participação é tão importante quanto a autonomia: “Não se trata de tornar o fraco suficientemente forte para poder competir com os demais, mas modificar as regras do jogo de forma que todos possam participar” (SARACENO, 1999 apud GUERRA, 2004).

No Brasil, é somente a partir do lançamento da Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994) que se delineia, de uma forma mais estruturada, um arcabouço de formulações para se estabelecer uma política para a população idosa no Brasil. Não se pode dizer que há, no texto da Política Nacional do Idoso (PNI), uma preocupação específica para o problema da dependência na velhice, já que a sua abordagem se pretende mais abrangente. Entretanto, uma análise dos seus princípios revela algumas intenções para o enfrentamento do problema. Entre as diretrizes da PNI, encontra-se a afirmação de que o atendimento ao idoso deve se dar prioritariamente “através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar” (BRASIL, 1994). Tal formulação, que foi reproduzida nas legislações que vieram em seguida, contém dois elementos importantes. O primeiro consiste numa valorização positiva do cuidado no âmbito familiar e comunitário, em consonância com o princípio, oriundo dos movimentos de reforma sanitária, de favorecer a inclusão e a participação social. A segunda intencionalidade seria a de promover a desinstitucionalização, ou seja, a promoção de modalidades de atendimento substitutivas ao asilamento, tais como hospitais-dia e centros-dia, residências protegidas, oficinas abrigadas, cuidados domiciliares e outros. Um detalhamento desses serviços está, inclusive, presente no Decreto-lei 1.948, de 3 de julho de 1996, que regulamentou a PNI. Porém, é preciso ressaltar que, no que tange à discussão sobre desinstitucionalização, tanto a PNI quanto o decreto-lei que a regulamentou são ambíguos em relação a essa questão, já que, embora sejam previstos os serviços substitutivos, é também aceito que o atendimento asilar pode permanecer ocorrendo para acolher idosos que não “possuam condições de prover à própria subsistência” (BRASIL, 1996). Tal ambiguidade se manifesta muito claramente na afirmativa, contida no decreto de regulamentação da PNI, de que cabe ao Poder Público fomentar junto aos Estados e Municípios “a prestação da assistência social aos idosos nas modalidades asilar e não-asilar” (Ibidem, 1996)³.

³A redação deste artigo foi posteriormente modificada pelo Decreto 6.800, de 18 de março de 2009, e esta afirmativa foi suprimida do texto. Porém, como o próprio texto já indicava, nunca se implantou uma política de substituição de serviços e as alternativas permaneceram, até hoje, no papel.

Em 1999, é lançada a Política de Saúde do Idoso (PSI – Brasil, 1999), a qual estabelecia como eixo central a “promoção do envelhecimento saudável” e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, “pelo maior tempo possível” (BRASIL, 1999). Ganhava força o conceito de promoção da saúde, como forma de prevenção para a dependência na velhice. A PSI seria posteriormente atualizada e substituída pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI – Brasil, 2006). Em seu bojo central, a PNSPI traz como uma de suas preocupações a proteção aos idosos em situação de vulnerabilidade. Mais do que isso, esta política elege o conceito de envelhecimento ativo como central e define a *promoção, manutenção e recuperação da autonomia e da independência na velhice* como a sua finalidade primordial. O conceito de saúde é empregado dentro de uma concepção ampliada, compreendendo a interação entre a “saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social” (BRASIL, 2006). Em sua fundamentação teórica, a PNSPI defende também a criação de “ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades” de modo a ampliar a sua participação social e segurança na sociedade.

Uma afirmação importante contida no texto da PNSPI é a de que, no que diz respeito aos cuidados para a população idosa, a despeito dos avanços obtidos na legislação brasileira, a prática permanece insatisfatória. A PNSPI havia sido precedida pelo lançamento do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1/10/2003). No Estatuto do Idoso (EI), a preocupação com o idoso dependente se evidencia também em alguns dos artigos como, por exemplo, aqueles que estabelecem obrigações e normas de funcionamento para as instituições asilares ou de longa permanência. Além disso, é evidenciada uma preocupação em coibir situações de abuso ou de violência contra pessoas idosas, inclusive aquelas definidas como “abandono”. Assim como nas demais legislações, o EI ressalta que a prioridade no atendimento ao idoso deve se dar por suas próprias famílias e determina que o SUS passe a oferecer o atendimento domiciliar, “inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos (...) nos meios urbano e rural”

(BRASIL, 2003). Porém, além de estabelecer obrigações para o Estado no cuidado e assistência aos idosos, é preciso ressaltar que o Estatuto também entende a família como estando responsabilizada a prestar esses cuidados, principalmente no caso dos indivíduos dependentes. Para Lemos (2009),

o pano de fundo da discussão nada mais é do que o velho problema sobre quem deve (...) ser responsabilizado pelos idosos fragilizados/ dependentes encontrados naquela situação entendida como sendo a de abandono: a família, o próprio indivíduo, a sociedade ou o Estado? Embora reconheça o compromisso de toda a sociedade e do poder público, o Estatuto do Idoso (...) tende a apontar a família como a primeira grande responsável na transferência de apoio ao idoso. (LEMOS, 2009, p. 3).

Para este autor, a responsabilização das famílias, através da *criminalização do abandono de idosos*, estaria inserida num contexto de judicialização das relações sociais, que funcionaria, em última instância, como uma espécie de “encobrimento” para a falta de uma “política consistente e concreta de apoio ao idoso em situação de dependência”, na qual a família e o Poder Público pudessem ter uma atuação combinada (ibidem, p. 9).

A falta de políticas efetivas de apoio para o cuidado a idosos dependentes tem sido apontada, há algum tempo, por autores do campo gerontológico. Segundo Caldas, a carência de redes de suporte formal para o idoso, somada à falência do sistema previdenciário, vem progressivamente tornando a família a “única fonte de recursos disponível para o cuidado do idoso dependente” (CALDAS, 2003, p. 774). Para Karsh, cuidar do idoso em casa é uma situação que deve ser preservada e estimulada. Porém, cuidar de um indivíduo incapacitado durante 24 horas sem descanso pode se tornar uma tarefa muito difícil para uma pessoa sozinha – geralmente uma mulher, com mais de 50 anos – “sem apoios nem serviços que possam atender às suas necessidades e sem uma política de proteção para o desempenho desse papel” (KARSH, 2003, p. 863). Cabe acrescentar, ainda, que o estresse e a sobrecarga do cuidador são considerados um dos principais fatores de risco para a incidência de vio-

lência doméstica e familiar contra idosos dependentes (MACHADO e QUEIROZ, 2002; MINAYO, 2003; NERI et al., 2002).

Para Batista et al. (2008), a dependência ainda é uma questão incipiente no debate público brasileiro. Essas autoras sugerem que é preciso, em primeiro lugar, difundir uma agenda de estudos e pesquisas sobre o assunto, sobretudo pela ausência de indicadores que reflitam o impacto da incapacidade e da desabilidade na população brasileira. Além disso, enfatizam também a importância em se estruturar uma política de proteção para idosos em situação de dependência, através de uma “expansão da cobertura dos sistemas de proteção social nos campos previdenciário, assistencial e de saúde” (BATISTA et al., p. 142). Por fim, as autoras mencionam a necessidade de se refletir sobre a atuação das famílias no cuidado do idoso dependente e de se prover apoio e atenção para os cuidadores familiares de idosos.

SABERES E DISCURSOS SOBRE O CUIDADO

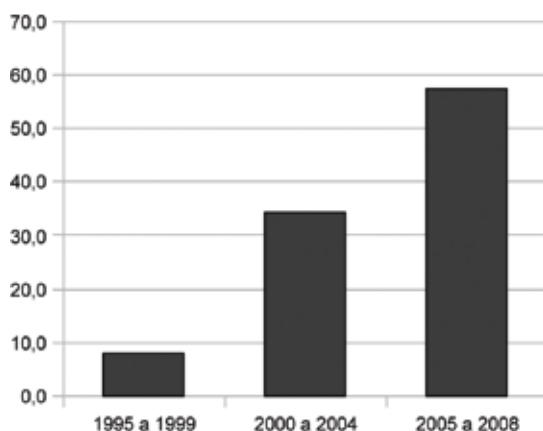
Cuidador é um termo amplo, cujo sentido mais evidente talvez seja aquele trazido pelo dicionário: *aquele que cuida*. Sua utilização não se dá necessariamente para se fazer referência ao cuidado ao idoso, mas também para outros tipos de sujeitos, como, por exemplo, os cuidadores de pacientes oncológicos, soropositivos, hipertensos e de pacientes pediátricos, dentre outros. Em geral, o termo é utilizado num contexto onde há uma condição de dependência física, psíquica ou social, temporária ou permanente, decorrente de trauma, processo patológico ou inerente à fase do desenvolvimento no ciclo vital do indivíduo cuidado.

O emprego do termo “cuidador” na literatura especializada é relativamente recente. No Brasil, ele corresponde à palavra em inglês *caregiver* e seu uso começou a se intensificar a partir de meados dos anos 90, em publicações da área de saúde. A palavra “cuidador” tanto pode se referir a um familiar que exerce a função de cuidado quanto a uma pessoa contratada para esse fim. Por essa

razão, a literatura tem procurado distinguir esses dois personagens, utilizando-se das designações *cuidadores formais e cuidadores informais* (ou familiares). Segundo Nery (2002), cuidadores formais são aqueles que possuem qualificação profissional para esse tipo de trabalho e exercem a função por meio de um contrato de trabalho. Já os cuidadores informais são aqueles que não possuem uma formação específica e assumem esses papéis motivados por vínculos de parentesco, amizade ou solidariedade.

No Brasil, a produção de estudos que tematizam especificamente a figura do cuidador vem crescendo de ano para ano. Uma busca na base de dados LILACS, com os descritores de assunto “idoso” e “cuidadores” encontrou 87 artigos publicados em periódicos entre os anos 1995 e 2008⁴. Destes, apenas uma pequena parte (8%) foi publicada até 1999. Entre 2000 e 2004 são produzidos 35% dos artigos e os demais 57% são publicados entre 2005 e 2008. O crescimento da produção científica sobre o tema demonstra não apenas uma aparente “descoberta” do objeto por parte de pesquisadores do campo gerontológico, mas espelha também o desenvolvimento da produção gerontológica nacional como um todo, a qual vem aumentando significativamente nos últimos anos (BARROS, 2006; DEBERT, 1999; LEIBING, 2005).

Gráfico 1 – Artigos sobre cuidadores por ano de publicação (%)



⁴A busca incluiu os trabalhos que continham *ambos* os descritores. Foram excluídos da amostra as teses e capítulos de livros, bem como artigos que estavam erroneamente indexados ou que não se referiam especificamente ao cuidado ao idoso, seja direta ou indiretamente.

Os estudos contidos nos artigos tematizam o cuidado sob variados ângulos. Grande ênfase é dada para a relação entre doenças e cuidado, como por exemplo nos trabalhos de Lemos, Gazzola e Ramos (2006), sobre o impacto da Doença de Alzheimer no cuidador, ou ainda no artigo de Schestatsky et al. (2006), que avalia a qualidade de vida de pessoas com a Doença de Parkinson e seus cuidadores. O “perfil” do cuidador, sobretudo familiar, é também objeto de diversos trabalhos, tais como o de Gonçalves e cols. (2006), que aborda o perfil da “família cuidadora do idoso doente”. Estudos que tematizam os arranjos familiares também se destacam, tais como o de Rossetto-Mazza e Lefèvre (2005), que realizaram um estudo com o objetivo de compreender “o que é para o cuidador familiar o ato de cuidar”. Da mesma forma, Pavarini et al. (2006) tematizam a escolha do cuidador familiar do idoso. A temática do cuidado, num sentido fenomenológico, também é abordada, como por exemplo nos trabalhos de Caldas (2000), que investiga o sentido existencial do cuidado no contexto domiciliar. Há ainda relatos de experiência de atendimentos a idosos e cuidadores tanto em ambulatórios como em programas que incluem visitas domiciliares e ações de educação em saúde, como o trabalho de Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005). Os estudos tendem a privilegiar o cuidado em família e apenas uma pequena parte se refere especificamente aos cuidadores formais de idosos. Destes, alguns tomam por objeto os cuidadores que trabalham em instituições asilares, como a pesquisa de Santos et al. (2004), que buscou verificar como se dá a percepção da morte entre esses profissionais. Kawasaki e Diogo (2001a e 2001b) analisam o perfil de cuidadores formais que oferecem os seus serviços em classificados de jornal. Apenas o trabalho de Mafioletti, Douat e Nigri (2006) aborda a formação de cuidadores em cursos, utilizando metodologia qualitativa.

Gráfico 2 – Frequência dos principais descritores dos artigos, agrupados por categorias⁵

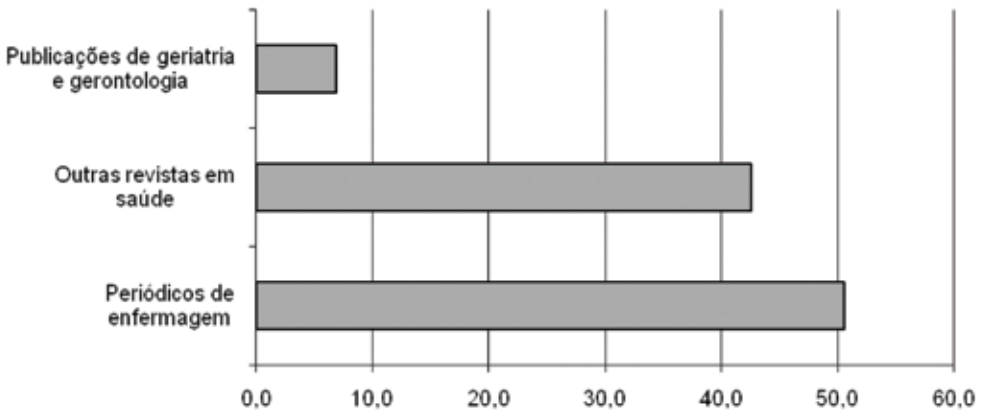


De modo geral, a produção científica tende a caracterizar o cuidado como uma atividade leiga, exercida principalmente por familiares, localizada no âmbito privado e estreitamente relacionada a doenças. Discussões sobre aspectos sociais, culturais e referentes às políticas públicas são menos enfatizadas, preponderando uma abordagem *biomedicalizada* do cuidado. Cabe aqui mencionar que

⁵Foram reunidos os descritores de assunto mais recorrentes e agrupados por categorias. Os descritores “cuidadores”, “saúde do idoso”, “assistência ao idoso”, “idoso” e “envelhecimento” foram desconsiderados, por apresentarem redundância com os termos utilizados na busca pelos artigos. Palavras-chave que se referiam a aspectos metodológicos, como “estudos transversais” e “entrevistas”, ou que se referiam ao enquadre disciplinar da pesquisa, como “enfermagem” e “geriatria”, foram também descartadas. Termos genéricos, como “envelhecimento” e “idoso” também não foram incluídos, bem como aqueles que se referiam a limites e locais, como “Brasil” e “América Latina”. Mesmo com todas essas ressalvas, um número grande de descritores permaneceu sem ser categorizado, por terem frequências muito baixas ou por não se encaixarem em nenhuma das categorias criadas. Ressalto aqui que este gráfico representa apenas uma interpretação simplificada da produção científica referida.

a maior parte dos artigos foi publicada especificamente em revistas de enfermagem (Gráfico 3). Isso sugere um predomínio de abordagens sob a ótica de referenciais teóricos dessa disciplina, embora existam trabalhos de outras áreas, como a medicina, a psicologia, o serviço social e a saúde coletiva.

Gráfico 3 – Artigos sobre cuidadores por tipo de periódico (%)



A relação da enfermagem com o cuidado ao idoso parece-nos ser, simultaneamente, investigativa e normativa. Enquanto a disciplina dedica-se a fazer da própria prática do cuidado o seu objeto de estudo e intervenção, esta possui também uma intencionalidade em disciplinar e regular essa prática, principalmente no que diz respeito ao papel e às atribuições dos cuidadores formais de idosos. Segundo Duarte, “há uma preocupação dos profissionais de saúde, em especial da área de enfermagem, sobre quais as atividades que podem ou não serem delegadas a estas pessoas e como e quem poderá adequadamente orientá-las” (DUARTE, 2006, p. 40). Tal posicionamento deriva do fato de o cuidador formal não ser reconhecido como um profissional de saúde e de, potencialmente, poder vir a exercer atividades que são entendidas por alguns conselhos profissionais como sendo prerrogativa de suas categorias profissionais. Como explica Duarte, no que diz respeito à qualificação de cuidadores, só devem ser for-

necidas “orientações relacionadas ao auxílio no desenvolvimento das denominadas atividades de vida diária, ou seja, àquelas atividades cotidianas relativas ao autocuidado e à socialização” (2006, p. 43).

A ressalva quanto ao que pode ou não ser ensinado aos cuidadores, no entanto, não impediu a emergência de uma vasta bibliografia destinada a essas pessoas. Trata-se de materiais em formato de livros ou manuais, como, por exemplo, o livro de Rodrigues e Diogo (1996), intitulado *Como Cuidar dos Idosos*, e que se apresenta como um trabalho que busca esclarecer e orientar, em linguagem simples e direta, as pessoas que cuidam de idosos. Outro caso interessante é a primeira edição de *A Saúde do Idoso: a arte de cuidar*, organizado por Caldas (1998), e que foi produzido a partir da experiência dos autores em cursos para cuidadores e atendimentos ambulatoriais. Com cerca de 215 páginas e seções sobre os aspectos sociais, biológicos e psicológicos do envelhecimento, além de um capítulo destinado ao cuidado em diversas situações, o livro é descrito como um manual e também como um material para formação de cuidadores. No seu prefácio, Veras se refere ao cuidador como “um novo técnico da área de geriatria, (...) que não é necessariamente um profissional de saúde formal”, mas alguém com “uma qualificação particular” (VERAS, 1998, p. 10). Em 2004, o livro ganha uma nova edição, ampliada, praticamente duplicando o seu conteúdo. Mais do que um manual, adquire características de um minicompêndio sobre cuidados, revelando como o corpo de conhecimentos sobre o assunto se desenvolveu, no curto intervalo de tempo entre as edições. Em 2008, uma edição resumida do livro seria ainda lançada, com o título de *Cuidadores: formação de acompanhantes de idosos* (VERAS; CALDAS, 2008). Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde editaria também o *Guia Prático do Cuidador* (BRASIL, 2008).

O Guia Prático do Cuidador (GPC), segundo a sua apresentação, foi elaborado a partir do *Manual de Cuidadores Domiciliares da Terceira Idade*, editado pela Prefeitura de Campinas (SP) em 2003. Contendo diversas ilustrações e escrito em linguagem simples e objetiva, o GPC é organizado sob a forma de pequenos tópicos, com informações sobre assuntos como direitos do idoso, higiene, alimentação, manobras facilitadoras, adaptações ambientais e procedimentos em situações de emergência, dentre outros. Em seu capítulo introdutório,

o livro descreve o cuidador como “um ser humano de qualidades especiais”, cujo papel ultrapassaria o “simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos” (BRASIL, 2008, p. 8). Um dos temas abordados no guia intitula-se “cuidando do cuidador”, e nele estão contidas orientações para a manutenção da saúde dos cuidadores, sobretudo em relação aos seus aspectos físicos e mentais. Cabe aqui observar que não há, ao longo do guia, qualquer referência relacionada à necessidade de formação ou qualificação dos cuidadores, embora constem afirmações quanto à importância das equipes de saúde de prestarem orientações para as tarefas do cuidado.

FORMANDO CUIDADORES

No Brasil, a ocupação de cuidador formal de idosos foi reconhecida pela Classificação Brasileira de Ocupações de 2000, que classificou os cuidadores como aqueles que cuidam “a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (BRASIL, 2002). Embora a *ocupação* de cuidador tenha sido reconhecida, sua *atividade profissional* carece ainda de maior regulamentação. Segundo Girardi, Fernandes Jr. e Carvalho (2000), “a maioria das ocupações de saúde de nível técnico médio pode ser considerada fracamente regulamentada, tendo regulados apenas aspectos vinculados ao chamado credencialismo educacional” (GIRARDI; FERNANDES JR.; CARVALHO, 2000, p. 8). No caso dos cuidadores, nem mesmo os aspectos mínimos da sua formação e certificação teriam sido estabelecidos e a atividade poderia ser considerada, portanto, como “não regulamentada” ou de “livre exercício”.

A formação dos cuidadores tem sido realizada de maneira heterogênea e não padronizada, sendo oferecida tanto por instituições públicas, quanto por instituições privadas, com diferentes finalidades, currículos e carga horária variável. Não é incomum a existência de cursos de curta duração, muitas vezes restritos a uma formação elementar – tanto no aspecto teórico quanto prático. Mesmo entre os agentes públicos, as iniciativas têm sido desenvolvidas

de forma esparsa e inconstante. Em 1999, no mesmo ano em que foi lançada a Política de Saúde do Idoso, uma portaria interministerial dos Ministérios da Saúde e de Assistência Social instituiu o “Programa Nacional de Cuidadores de Idosos” (PNCI), o qual deveria ser executado de modo descentralizado – a cargo das secretarias estaduais e municipais de cada unidade federativa (BRASIL, 1999b). Entretanto, decorridos alguns anos do seu lançamento, houve a descontinuação do programa. De acordo com Born (2006), quando o PNCI foi lançado, havia a intenção de se regulamentar a profissão, estabelecendo-se diretrizes curriculares e uma metodologia de ensino para os cursos de formação desse profissional. No entanto, segundo a autora, as discussões foram interrompidas sem que se chegasse a um consenso, e os cursos que se realizam no Brasil “não seguem, até hoje, uma orientação padronizada, ficando seu programa a critério do preparo profissional e da experiência daqueles que os organizam” (BORN, 2006, p. 2).

Em 2007, preocupado com a necessidade de investir na melhoria da qualidade da preparação profissional dos cuidadores de idosos, o Ministério da Saúde decide lançar novamente um programa nacional de formação de cuidadores de idosos, a ser realizado através da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS). A primeira fase do programa, de caráter piloto, compreendeu ações em seis escolas de diferentes regiões do país, sendo a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fiocruz, uma delas. Os cursos eram estruturados a partir de um perfil de competências elaborado por especialistas da área de envelhecimento humano e compreendiam 160 horas de formação, sendo 120 horas dedicadas a aulas teórico-práticas e 40 para atividades de prática profissional. Em 2008, o Ministério da Saúde edita o *Guia Prático do Cuidador* (BRASIL, 2008) e avalia positivamente a primeira fase do projeto, ampliando a oferta de financiamento dessa formação para as demais escolas técnicas de saúde do SUS.

Ainda em 2008, a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), vinculada à Presidência da República, edita o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* (BORN, 2008), com distribuição gratuita

em todo o território nacional. Cursos para cuidadores também passam a ocorrer, apoiados pela SEDH, nos Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa (CIAPI), ficando a formatação dos cursos a critério dos parceiros locais⁶. Outras iniciativas governamentais também estimulam a formação de cuidadores, tais como os cursos profissionalizantes financiados com recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador. Isso faz com que essa formação passe a ser oferecida também em centros profissionalizantes, em convênios com ONGs e secretarias estaduais e municipais das áreas de trabalho e assistência social. Por fim, a habilitação profissional no cuidado ao idoso é incluída, ainda, em um dos programas de qualificação profissional na educação básica do governo federal, o PROJOVEM.

A despeito da não regulamentação da profissão, o reconhecimento da ocupação do cuidador legalizou a atividade e favoreceu um significativo crescimento das iniciativas públicas e privadas destinadas à qualificação dessas pessoas. No âmbito público, chama a atenção a sua inserção em diferentes programas, com finalidades que incluem, dentre outras, a capacitação de trabalhadores em saúde, a qualificação profissional com vistas à inserção no mercado de trabalho e a orientação de familiares para a prevenção da violência. Cabe aqui ressaltar que as iniciativas desenvolvidas com recursos públicos não obedecem a uma metodologia unificada, possuindo, portanto, significativas variações na formatação das suas ações para a qualificação dos cuidadores. No âmbito privado, multiplicam-se os cursos para cuidadores, num contexto no qual a atividade populariza-se como uma “nova profissão”, com promessas de uma inserção viável no mercado de trabalho. A procura por esses cursos se dá tanto por técnicos de enfermagem em busca de uma “especialização” quanto por pessoas sem qualificação anterior, porém que já cuidam de idosos ou desejam ingressar na área, ou ainda por familiares em busca de orientações para o cuidado de entes queridos. Dessa forma, a expansão da oferta de cursos para cuidadores, sejam

⁶Informações obtidas a partir das notícias veiculadas no sítio do Observatório Nacional do Idoso (<http://www.direitoshumanos.gov.br/observatorioidoso>).

públicos ou privados, torna ainda mais necessários a pesquisa e o debate sobre os métodos e conteúdos adequados a essa formação.

CONCLUSÃO

O cuidado, segundo Gorfinkiel (2008), é uma das atividades essenciais da organização social, dado que em graus e momentos diferentes todas as pessoas demandam algum tipo de atenção específica. Um exemplo é o cuidado e a educação dos filhos, tarefa elementar da vida familiar e em sociedade. Porém, o local e a forma como tradicionalmente o cuidado em família ocorre vem se modificando, já que as próprias estruturas familiares e sociais passam por um processo de profundas transformações nas sociedades contemporâneas. O processo de nuclearização das famílias, a entrada da mulher no mundo do trabalho, o afastamento entre as gerações e a diminuição das taxas de conjugalidade são transformações que acarretaram numa diminuição da disponibilidade e capacidade das famílias para cuidarem diretamente de seus membros dependentes. A inserção das crianças nas instituições escolares ou pré-escolares, por exemplo, ocorre cada vez mais cedo, muitas vezes quando o infante tem apenas alguns poucos meses de vida. A creche nada mais é do que uma forma de institucionalização do cuidado. À institucionalização, soma-se a terceirização do cuidado, caracterizada pela contratação de pessoas alheias à família para exercer tal função. Este fenômeno é definido por Gorfinkiel (2008) como a *mercantilização do cuidado*, ou, em outras palavras, a *transformação do cuidado em mercadoria*.

Uma das principais características do mercado de trabalho dos cuidados reside na exigência de disponibilidade de tempo para realizar a atividade. Tempo para cuidar, pois aquele que contrata está adquirindo liberdade para desempenhar suas próprias atividades pessoais e laborais. Na Comunidade Europeia, costuma-se fazer referência às *cadeias globais do cuidado*, caracterizadas pela migração de mão de obra, sobretudo feminina, dos países pobres

para os países ricos, para a prestação de serviços de cuidado. Migração que fragiliza as famílias de origem dessas trabalhadoras na sua capacidade de cuidado e suporte social aos seus próprios membros dependentes, causando outras situações de precarização e terceirização dos cuidados. No Brasil, as migrações não necessitam vir de tão longe. Elas ocorrem mais comumente entre regiões ou entre estratos sociais diferentes. Mantém-se a feminização do cuidado como característica preponderante, bem como a necessidade de grande disponibilidade de tempo, requisito fundamental para o exercício da atividade.

Assim como o cuidado infantil, o cuidado ao idoso passa por um processo de mercantilização e formalização. Ganha força a ideia de que é necessária uma qualificação prévia para o exercício da atividade. Necessidade que, embora não seja obrigatória, se dissemina cada vez mais como uma *exigência do mercado*. E, com isso, amplia-se a oferta de cursos e treinamentos para esses profissionais. Popularizam-se os manuais e publicações similares, que passam, inclusive, a integrar-se às políticas públicas que enxergam, na formação de cuidadores, uma forma de enfrentamento para diferentes problemas, tais como a prevenção da violência, a necessidade de qualificação de recursos humanos e a intenção em se inserir no mercado de trabalho uma parcela da população carente de qualificação. Mas será a qualificação de cuidadores, por mais abrangente que seja, uma medida suficiente em si mesma para dar conta de necessidades tão variadas?

A dependência é um problema complexo e multifacetado. Ela não pode, como vimos, ser reduzida apenas aos seus aspectos biológicos ou entendida somente como uma questão restrita ao âmbito individual. Na velhice, a dependência demanda uma compreensão abrangente e o seu enfrentamento envolve o estabelecimento de políticas que favoreçam a inclusão social e, mais do que isso, que instituem mecanismos de seguridade social para que o custo do cuidado não recaia integralmente sobre o indivíduo e a família. A formação de cuidadores certamente é um recurso valioso e importante para a promoção da qualidade de vida das pessoas que

precisam de cuidados no seu dia a dia. Porém, ela é apenas um dos componentes de um amplo leque de medidas e políticas que precisam ser consolidadas e postas em prática. Realizada isoladamente, serviria no máximo como uma *política compensatória*, para utilizar um termo empregado por Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005), quando criticam as políticas públicas de educação profissional que se restringem a uma qualificação introdutória e voltada para o mercado de trabalho.

A qualificação de cuidadores, que ocorre ordinariamente em cursos de curta duração, certamente se beneficiaria de medidas que estabelecessem alguns princípios comuns para a formação, como uma carga horária mínima e indicações de diretrizes curriculares. Porém, tão ou mais desejável do que a normatização dessa formação é a ampliação da cobertura das políticas de saúde para os idosos e a população em geral, de forma que se possam estabelecer estratégias para o suporte, acompanhamento e orientação permanente para aqueles que cuidam ou são cuidados em seus domicílios, sobretudo no âmbito da atenção básica e através da Estratégia de Saúde da Família. Segundo Born (2006), “não basta proporcionar formação a cuidadores informais, é preciso assegurar-lhes orientação e apoio contínuos, seja no serviço hospitalar, seja no domicílio do idoso”.

Para Palomo, os cuidados são, sobretudo, trabalhos, prestados por amor ou por dinheiro, “porém trabalho, afinal de contas: trabalho de cuidados” (PALOMO, 2008, p. 21). Reconhecer o valor do cuidado como um trabalho é um passo importante e talvez uma estratégia viável na direção de uma sociedade em que a solidariedade social com aqueles que ficam à margem da cadeia produtiva seja, também, um valor a ser alcançado. Como melhorar as condições laborais desses trabalhadores? Como prepará-los? Como garantir-lhes uma educação plena que lhes permita compreender a sua própria condição laboral, a importância da atividade que desempenham e lhes munície com ferramentas para favorecer a participação social daqueles que estiverem sob os seus cuidados? São esses alguns dos desafios da educação profissional em saúde no que tange à formação para o cuidado ao idoso.

REFERÊNCIAS

BATISTA, A. S. et al. *Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social*. Brasília: MPS, SPPS, 2008.

BARROS, M. M. L. Trajetória dos estudos de velhice no Brasil. *Sociologia, problemas e práticas*, Lisboa, n. 52, 2006. p. 109-132.

BORN, T. *A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação*. Texto apresentado no seminário *Velhice Fragilizada*, realizado no Serviço Social do Comércio de São Paulo, Brasil, de 22 a 24 de novembro de 2006. Disponível em: www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo1921.htm.

_____. (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.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia Prático do Cuidador*. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 out. 2006. Seção 1, p. 142-145.

_____. Presidência da República. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 set. 1996, p. 12277.

_____. Presidência da República. Decreto nº 6.800, de 18 de março de 2009. Dá nova redação ao art. 2º do Decreto no 1.948, de 3 de julho de 1996, que regulamenta a Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 mar. 2009, p. 2.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho

Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 jan. 1994, p. 77.

_____. Presidência da República. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 3 out. 2003, p. 1.

CALDAS, C. P. A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. *Textos Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, jul. 2000.

_____. (Org.). *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. 1. ed. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998. 213 p.

_____. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2003, v. 19, n. 3, p. 733-781.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. *Texto para discussão nº 858*. IPEA, 2002. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0858.pdf.

_____. *Muito além dos 60: em que condições a vida se alonga no Brasil?* Apresentação realizada na Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), 2005. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/ana_amelia_camarano.ppt.

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

CIAVATTA, M. *A cultura do trabalho e a educação plena negada*. In: VII CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO. Universidade do Porto, 2008 (mimeo).

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice. Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. 1. ed. São Paulo: Edusp, 1999.

DUARTE, Y. A. O. O cuidador no cenário assistencial. *O mundo da saúde*. São Paulo, v. 30, n. 1, 2006. p. 37-44.

FRIGOTTO, G; CIAVATTA, M. e RAMOS, M. A política de educação profissional no Governo Lula: um percurso histórico controvertido. *Educação e sociedade*, Campinas, v. 26, n. 92, 2005. p. 1087-1113.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 24, supl. I, 2008. p. 3-6.

GIACOMIN, K.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2005. p. 1509-1518.

GIRARDI, N. S.; FERNANDES JR., H.; CARVALHO, C. L. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil [online]. In: *Espaço para saúde*, v. 2, n. 1, 2000.

GONÇALVES, L. H. T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado no contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto contexto – enferm.* [online], v. 15, n. 4, 2006. p. 570-577.

GORFINKIEL, M. D. El mercado de trabajo de los cuidados y la creación de las cadenas globales de cuidado: ¿cómo concilian las cuidadoras? *Cuadernos de Relaciones Laborales*, v. 26, n. 2, 2008. p. 71-89.

GUERRA, A. M. C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, n. 2, 2004. p. 83-96.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) – *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios*, 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) – *Projeção da população do Brasil*, 2004. Disponível em: <http://www.ibge.com.br>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) – *Tábuas completas de mortalidade 2003* – em: <http://www.ibge.com.br/>

KARSH, U. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003. p. 861-866.

KAWASAKI, K.; Diogo M. J. D. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal – Parte I. *Revista da Escola de Enfermagem*, USP, v. 35, n. 4, 2001. p. 257-264.

_____. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal – Parte II. In: *Revista da Escola de Enfermagem*, USP, v. 35, n. 4. p.

320-327.

LEIBING, A. The old lady from Ipanema: changing notions of old age in Brazil. *Journal of Aging Studies*, v. 19, 2005. p. 15-31.

LEMOS, C. E. S. *Solidão judicializada e solidariedade intergeracional. Paper apresentado no XIV Congresso Brasileiro de Sociologia*. Rio de Janeiro, 2008 (mimeo).

LEMOS, N. D; GAZZOLA, J. M.; RAMOS, L. R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Saúde e Sociedade* [online], v. 15, n. 3, 2006. p. 170-179.

MACHADO, L.; QUEIROZ, Z. Negligência e maus-tratos. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MAFIOLETTI, V. L. R.; LOYOLA, C. M. D.; NIGRI, F. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, 2006. p. 1.085-1.092.

MINAYO, M.C.S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003. p.783-791.

MINKLER, M.; FADEM, P. Successful Aging: a disability perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, v. 12, n. 4, 2002. p. 229-235.

MOTTA, L. B. *Atenção integral ao idoso no contexto da estratégia de saúde da família: um olhar sobre a formação e práticas médicas*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, UERJ, 2008.

NERI, A. L. et al. (Org.) *Cuidar de idosos no contexto da família – Questões psicossociais*. Campinas: Átomo Alínea, 2002.

PALOMO, M. T. M. Domesticar el trabajo: uma reflexion a partir de los cuidados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, Madrid, v. 26, n. 2, 2008. p. 13-44.

PAVARINI, S. C. I. et al. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [online], v. 8, n. 3, 2006. p. 326-335.

RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D. *Como cuidar dos idosos*. Campinas (SP): Papyrus, 1996.

RODRÍGUEZ-WONG, L. L.; CARVALHO, J. A. O rápido processo

de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, São Paulo, v. 23, n. 1, jan./jun. 2006. p. 5-26.

ROSSETTO-MAZZA, M. M. P.; LEFÈVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 15, n. 1, 2005. p. 01-10.

SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

SANTOS, A. C. A. A morte de idosos asilados: percepção dos cuidadores de enfermagem. *Ciência, cuidado e saúde*, v. 3, n. 3, p. 277-286, set.-dez., 2004.

SANTOS, W. R. Pessoas com deficiência: nossa maior minoria. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2008. p. 501-519.

SCHESTATSKY, P. et al. Qualidade de vida de uma amostra de pacientes brasileiros portadores da doença de Parkinson e seus cuidadores. *Revista Brasileira de Psiquiatria [on-line]*. 2006, v. 28, n. 3, p. 209-211.

VERAS, R. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Uerj, 1994.

_____; CALDAS, C. P. (Org.). *Cuidadores: formação de acompanhantes de idosos*. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI, 2008.