

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ - UNIDAVI**

SÔNIA SZIMSEK

**A PREVENÇÃO DO DECLÍNIO COGNITIVO SOB O OLHAR DO CUIDADOR
LEIGO**

RIO DO SUL

2023

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ - UNIDAVI**

SÔNIA SZIMSEK

**A PREVENÇÃO DO DECLÍNIO COGNITIVO SOB O OLHAR DO CUIDADOR
LEIGO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de graduação em Enfermagem da Área das Ciências Biológicas Médica e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - Unidavi como requisito parcial para conclusão do curso.

Orientadora: Prof^a M^a Rosimeri Geremias Farias.

RIO DO SUL

2023

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ - UNIDAVI**

SÔNIA SZIMSEK

**A PREVENÇÃO DO DECLÍNIO COGNITIVO SOB O OLHAR DO CUIDADOR
LEIGO**


Trabalho de conclusão curso apresentado ao Curso de graduação em Enfermagem da Área das Ciências Biológicas Médica e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, a ser apreciado pela Banca Examinadora, formada por:

ROSIMERI GEREMIAS
FARIAS:86888757900

Assinado de forma digital por
ROSIMERI GEREMIAS
FARIAS:86888757900
Dados: 2023.12.06 19:54:43 -03'00'

Orientadora: Prof^a M^a Rosimeri Geremias Farias.

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 HELOISA PEREIRA DE JESUS
Data: 30/11/2023 22:40:56-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Professora M.^a Heloisa Pereira de Jesus



Professora D.^a Iliane Medeiros

Rio do Sul, novembro de 2023.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela dádiva da vida, pela resiliência e saúde concebida até o presente momento. A Ele agradeço por ser o alicerce nos momentos difíceis, assim como nos momentos felizes e por me permitir a oportunidade de cursar uma faculdade adquirindo conhecimento e experiências para ajudar o próximo.

Aos meus pais, que não mediram esforços para me ajudar, dando apoio, carinho e compreensão durante esses cinco anos.

Aos demais familiares que sempre estiveram ao meu lado me motivando a continuar.

Aos amigos, colegas e pessoas de bem em que tive a oportunidade de conhecer e trocar experiências, as quais contribuíram de alguma forma neste propósito.

Aos mestres e professores do curso, que durante estes cinco anos compartilharam conhecimento e experiências, em especial a professora e orientadora Rosimeri Geremias Farias, pela sua orientação, compreensão e ajuda durante todo este processo de formação e produção do presente trabalho de conclusão de curso.

Agradeço a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para o meu desenvolvimento e processo de formação que me permitiram chegar até aqui.

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural e inevitável. Junto a este, é comum estar associado o declínio cognitivo. Quando os familiares passam a encontrar dificuldades para atender as demandas do idoso, muitas vezes a institucionalização é vista como uma possibilidade de garantir cuidados adequados, de modo seguro, tendo o envolvimento de cuidadores de idosos neste processo. A perda da cognição no idoso, interfere na realização de atividades sociais e ocupacionais, evoluindo para a perda das capacidades funcionais e da autonomia. Todas essas mudanças cognitivas e fisiológicas podem ser prevenidas e até mesmo atenuadas quando se organizam mudanças nos hábitos de vida e ações específicas na implementação dos cuidados diários. Este estudo tem por objetivo geral analisar as estratégias de prevenção do declínio cognitivo adotadas por cuidadores leigos de idosos institucionalizados. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, transversal e observacional do tipo descritivo. Para nortear a coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista composto por perguntas abertas e fechadas, elaborado pela pesquisadora e validado por meio de teste piloto. Foram entrevistados 12 cuidadores de idosos institucionalizados, atuantes em duas instituições que recebem idosos para longa permanência. Os dados foram organizados em 3 categorias e 6 subcategorias, sendo a primeira categoria o declínio cognitivo sob o olhar de cuidador de idosos institucionalizados, que acomoda duas subcategorias: conceituando declínio cognitivo e sinais de declínio cognitivo. A segunda categoria nos traz sobre o processo de cuidar do idoso institucionalizado e a atuação do cuidador leigo, sendo constituída por duas subcategorias apresentando o cuidador e seu papel enquanto cuidador. A terceira e última categoria fala a respeito da prevenção do declínio cognitivo entre idosos institucionalizados, mencionando sobre as ações para a prevenção e as facilidades e dificuldades do cuidador na prevenção do declínio cognitivo. Considera-se que os cuidadores de idosos relacionam o declínio cognitivo apenas à perda da memória e da função motora, não tendo um conhecimento mais abrangente do termo. Carecem das práticas preventivas, relacionando os seus cuidados apenas com cuidados gerais, não direcionados à prevenção do declínio cognitivo. Destaca-se a importância de orientar e educar os cuidadores sobre os cuidados essenciais a serem prestados aos idosos com sinais de declínio cognitivo. É importante incentivar os cuidadores a buscarem conhecimento, fornecendo informações sobre manuais e materiais educativos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, visando não apenas melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelo cuidador aos idosos em relação ao declínio cognitivo, mas também aprimorar a conscientização sobre a prevenção dessa condição.

Palavras-chave: Idosos; Declínio Cognitivo; Cuidador Leigo.

ABSTRACT

Aging is a natural and inevitable process. Along with it, cognitive decline is commonly associated. When family members start to have difficulties meeting the demands of the elderly, institutionalization is often seen as a possibility to ensure proper care, in a safe manner, with the involvement of caregivers for the elderly in this process. Cognitive loss in the elderly interferes with the performance of social and occupational activities, leading to the loss of functional capabilities and autonomy. All these cognitive and physiological changes can be prevented and even mitigated by making changes in lifestyle habits and specific actions in the implementation of daily care. The general objective of this study is to analyze the strategies for preventing cognitive decline adopted by non-professional caregivers of institutionalized elderly individuals. This is a qualitative, cross-sectional, and observational descriptive research. To guide data collection, an interview script consisting of open and closed questions was used, developed by the researcher, and validated through a pilot test. Twelve caregivers of institutionalized elderly individuals were interviewed, working in two institutions that provide long-term care for the elderly. The data were organized into 3 categories and 6 subcategories, with the first category being cognitive decline from the perspective of caregivers of institutionalized elderly individuals, which includes two subcategories: conceptualizing cognitive decline and signs of cognitive decline. The second category addresses the process of caring for institutionalized elderly individuals and the role of non-professional caregivers, consisting of two subcategories that present the caregiver and their role as a caregiver. The third and final category discusses the prevention of cognitive decline among institutionalized elderly individuals, mentioning prevention actions and the caregiver's facilitators and difficulties in preventing cognitive decline. Caregivers of the elderly often associate cognitive decline only with the loss of memory and motor function, lacking a broader understanding of the term. They lack preventive practices, relating their care only to general care, not focused on preventing cognitive decline. It is important to provide guidance and education to caregivers about essential care for elderly individuals with signs of cognitive decline. It is important to encourage caregivers to seek knowledge by providing information about manuals and educational materials made available by the Ministry of Health, aiming not only to improve the quality of care provided by caregivers to the elderly in relation to cognitive decline but also to enhance awareness of the prevention of this condition.

Keywords: Elderly; Cognitive Decline; Non-Professional Caregiver.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária em Saúde
AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
BBRC	Bateria Breve de Rastreo Cognitivo
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CCL	Comprometimento Cognitivo Leve
CERAD	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease
DA	Doença de Alzheimer
DC	Declínio Cognitivo
ESF	Estrutura de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MEEM	Miniexame do Estado Mental
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNPSI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TFV	Teste de fluência verbal
WAIS – III	Escala Wechsler de Inteligência para Adultos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	12
2.2 O DECLÍNIO COGNITIVO NO IDOSO	15
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS QUE ATENDEM O IDOSO	20
2.4 A ORGANIZAÇÃO DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI).....	25
2.5 O PAPEL DO CUIDADOR LEIGO NO CUIDADO COM O IDOSO.....	30
2.6 TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD PEPLAU	34
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	36
3.1 MODALIDADE DA PESQUISA	36
3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	36
3.3 POPULAÇÃO E SUJEITOS DA PESQUISA.....	36
3.4 ENTRADA NO CAMPO	37
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA.....	37
3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	38
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	38
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
4.1 PROCESSO DE CUIDAR DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO E A ATUAÇÃO DO CUIDADOR LEIGO	44
4.1.1 Apresentando o Cuidador.....	44
4.1.2 Papel do Cuidador	47
4.2 O DECLÍNIO COGNITIVO SOB O OLHAR DO CUIDADOR DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	53
4.2.1 Conceituando Declínio Cognitivo.....	53
4.2.2 Sinais de Declínio Cognitivo	55
4.3 A PREVENÇÃO DO DECLÍNIO COGNITIVO ENTRE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	57
4.3.1 Ações do Cuidador e a Prevenção do Declínio Cognitivo	58
4.3.2 Facilidades e Dificuldades na Prevenção do Declínio Cognitivo.....	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS	67

APÊNDICES	76
APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA	76
ANEXOS	78
ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 6.146.015.....	78
ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE....	80

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Ferreira *et al.* (2014), o processo de envelhecimento é caracterizado por mudanças orgânicas que podem levar a uma redução na capacidade de manutenção da homeostase, resultando em várias complicações de saúde. Isso pode comprometer funções executivas, memória e cognição, aumentando a predisposição a doenças neurodegenerativas, como a Doença de Alzheimer (DA).

As alterações cognitivas decorrentes do envelhecimento afetam a independência e a autonomia dos idosos em suas atividades diárias. Essa perda pode variar em gravidade e, conseqüentemente, afetar a qualidade de vida. Mudanças cognitivas e fisiológicas podem ser mitigadas ao longo da vida com ajustes nos hábitos, como a prática precoce de atividades físicas, manutenção do condicionamento físico, adoção de uma dieta equilibrada e estímulos cognitivos e motores (Machado, *et al.* 2011).

Cuidadores, sejam familiares ou leigos que tenham esta ocupação, desempenham um papel crucial no cuidado de idosos com comprometimento cognitivo. No entanto, é essencial que eles compreendam as alterações e a progressão da doença para fornecer cuidados direcionados e humanizados. O conhecimento sobre como prevenir a progressão do declínio cognitivo é fundamental para promover a qualidade de vida dos idosos.

Apesar da disponibilidade de escalas de avaliação cognitiva e orientações para a promoção da saúde dos idosos, esses conhecimentos nem sempre estão clarificados para os cuidadores leigos. Muitas vezes, os cuidados oferecidos baseiam-se em observações empíricas de sintomas, sem um entendimento completo do que causa a perda cognitiva ou como preveni-la. Assim, os enfermeiros têm a responsabilidade de reconhecer como os cuidadores leigos prestam assistência aos idosos e oferecer suporte, capacitando-os para executar ações mais eficazes. Os cuidadores precisam reconhecer a importância dos cuidados diários na preservação das funções cognitivas, oportunizando condições para a manutenção da autonomia e independência do idoso.

Os cuidadores leigos de idosos institucionalizados desempenham um papel crucial em asilos e casas de repouso, mas frequentemente carecem de formação para lidar com o declínio cognitivo. Isso pode dificultar a implementação de ações preventivas ou de desaceleração do declínio cognitivo. A falta de qualificação formal leva os cuidadores a confiarem em sua intuição e experiência, com orientações esporádicas de profissionais de saúde. Portanto, cabe investigar: qual é o conhecimento do cuidador leigo de idosos acerca do declínio cognitivo de modo que possa adotar condutas para prevenção?

As ferramentas e estratégias adotadas pelos cuidadores leigos podem influenciar o desempenho cognitivo dos idosos institucionalizados, afetando sua qualidade de vida. Assim, profissionais de saúde que atuam em instituições de longa permanência devem focar na avaliação e manutenção do desempenho cognitivo, além de orientar os cuidadores para promoverem a saúde da função cognitiva dos idosos.

Parte-se do pressuposto que os cuidadores leigos de idosos institucionalizados têm uma ocupação junto às instituições de longa permanência para idosos, entretanto, não estão devidamente qualificados para prestar cuidados a idosos com declínio cognitivo, tendo dificuldades para implementar ações que possam prevenir ou minimizar a progressão do declínio cognitivo.

Este estudo tem por objetivo geral analisar as estratégias de prevenção do declínio cognitivo adotadas por cuidadores leigos de idosos institucionalizados. Os objetivos específicos incluem verificar o conhecimento do cuidador leigo de idosos acerca do declínio cognitivo entre idosos institucionalizados e conhecer as condutas de cuidado realizadas pelos cuidadores leigos de idosos institucionalizados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão abordados alguns conceitos básicos sobre o processo de envelhecimento, o declínio cognitivo, bem como, as políticas públicas de atenção à saúde da pessoa idosa. Diante dessas questões, discutir-se-á sobre aspectos gerais das organizações de saúde de longa permanência com um olhar sobre a importância do cuidado do cuidador leigo junto ao idoso institucionalizado. Serão apresentados os fundamentos gerais da Teoria das Relações Interpessoais que contribuirá para a contextualização dos objetivos deste estudo.

2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

A Organização Pan-Americana de Saúde, citado pelo Ministério da Saúde (2006), caracteriza envelhecimento como um processo sequencial e individual, cumulativo e irreversível, que ocorre de forma universal e não patológica. Este processo implica na progressiva deterioração de um organismo maduro, afetando todos os membros de uma espécie. Com o passar do tempo, a capacidade do organismo de lidar com o estresse ambiental diminui, conseqüentemente aumentando a suscetibilidade à mortalidade. Em conformidade com Camargos, Lehnem e Cortinaz (2018), o envelhecimento é inerente à condição humana, refletindo um desgaste fisiológico do corpo e manifestando declínio em diversos aspectos.

O envelhecimento populacional, conforme citado em publicações do Ministério da Saúde, refere-se à transformação na composição etária da sociedade. No Brasil, indivíduos com 60 anos ou mais são considerados idosos. Hoje, o envelhecimento é uma realidade evidente. Projeções indicam que até 2050, a população global com 60 anos ou mais chegará a aproximadamente dois bilhões de pessoas (Brasil, 2010). Esse fenômeno é impulsionado por mudanças em indicadores de saúde, especialmente a redução da fecundidade e mortalidade, bem como o aumento da expectativa de vida (Brasil, 2006).

Com base em estatísticas da Organização Mundial de Saúde, espera-se que no Brasil o número de idosos aumente quinze vezes entre 1950 e 2025, enquanto a população total crescerá apenas cinco vezes. Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, apresentado pela Agência IBGE (2018), revelam que em 2012, havia 25,4 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, número que em 2017 aumentou para 30,2 milhões, um incremento correspondente a 18% num intervalo de cinco anos (Brasil, 2010).

Diante deste fato, é essencial o entendimento acerca do processo de envelhecimento, para que seja possível a identificação das mudanças que o idoso enfrenta. O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, onde ocorre uma diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, sendo chamada também de senescência (Brasil, 2006).

Camargos, Lehnem e Cortinaz (2018) afirmam que a senescência se refere ao processo inerente do envelhecimento, que ocorre de maneira natural e saudável, sem comprometer as necessidades básicas. O idoso que passa pela senescência é capaz de realizar tarefas como alimentar-se autonomamente, movimentar-se e cuidar da higiene pessoal, apesar de enfrentar as dificuldades inerentes a essas atividades, as quais são frequentes devido à idade avançada. Nesse estágio, também é observado que o idoso mantém suas características distintas de interação social. Esse processo é algumas vezes chamado de declínio cognitivo benigno que está relacionado à idade.

No entanto, condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes, e estresse emocional, podem ocasionar uma situação patológica, chamada de senilidade, sendo necessário assistência e organização de cuidados diferenciados a esse idoso (Brasil, 2006).

Camargos, Lehnem e Cortinaz (2018), nos trazem que a senilidade, ao contrário da senescência, é o processo de envelhecimento associado a alterações decorrentes de doenças e condições de doença, o que leva ao idoso depender de familiares e até mesmo terceiros nas suas atividades diárias.

No estudo de Barsano, Barbosa e Gonçalves (2014), o envelhecimento é caracterizado como um processo gradual que provoca alterações nas funções do organismo, resultando na redução progressiva da capacidade do indivíduo para se adaptar ao ambiente em que está inserido. Isso, por sua vez, aumenta a suscetibilidade a doenças. No entanto, é essencial ter em mente que o envelhecimento pode ocorrer de maneira natural, sem necessariamente estar associado a enfermidades. Envelhecer de forma natural envolve a habilidade de lidar com as limitações impostas pelo passar dos anos, enquanto se mantém ativo e saudável ao longo de muitas estações da vida. É importante reconhecer, no entanto, que a sociedade está vulnerável a processos de adoecimento decorrentes das escolhas de estilo de vida feitas durante o processo de envelhecimento. Nesse sentido, as decisões que indivíduos tomam ao longo desse trajeto podem influenciar consideravelmente a saúde e o bem-estar futuros.

A OPAS (2005), introduziu o conceito de envelhecimento ativo, um processo que visa otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, com o propósito de aprimorar a qualidade de vida ao longo do curso do envelhecimento. O termo "ativo" refere-se à participação engajada em projetos e atividades fornecidos pelos serviços de saúde. Isso capacita

especialmente os idosos a reconhecerem seu potencial para alcançar o bem-estar físico, social e mental ao longo de suas vidas. Por meio disso, emerge a perspectiva de um aumento na expectativa de vida saudável, abrangendo os domínios físico, mental, social e espiritual.

Em contrapartida, um dos desafios da sociedade junto ao processo de envelhecimento é contribuir para que a pessoa idosa possa redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Este fato está relacionado a uma sociedade que desvaloriza e que limita o idoso, que não valoriza o potencial que o idoso tem a desenvolver, dificultando assim, o envelhecimento ativo proposto pelas políticas públicas (Brasil, 2006).

O envelhecimento traz consigo alterações que são consideradas normais durante este processo. Algumas alterações importantes que acontecem com o processo de envelhecer. Um primeiro ponto é a diminuição da composição corporal, como por exemplo, alguns órgãos e a altura do indivíduo tendem a diminuir, as cartilagens do corpo tendem a se tornar mais finas, a coluna fica mais encurvada tendo os discos intervertebrais alterados devido a compressão que sofrem por pressão, a cavidade torácica aumenta o diâmetro dado ao maior esforço para respirar por conta da perda da elasticidade pulmonar, aumento do crânio, nariz e orelhas (Barsano, Barbosa e Gonçalves, 2014).

O envelhecimento traz alterações na pele, como o afinamento da epiderme e derme, redução de fibras elásticas, colágeno, da gordura, diminuição da atividade das glândulas sebáceas e sudoríparas. Devido a estes e outras alterações tegumentares o idoso apresenta enrugamento e flacidez da pele, diminuição na pigmentação dos pelos e cabelos, pele seca, diminuição da tolerância a temperaturas altas ou baixas demais. Outra alteração importante está relacionada à questão sensorial, tendo diminuição nos sentidos (visão, audição, olfato, paladar e tato). Alterações digestivas são percebidas, a redução de produção de insulina, levando o aumento de glicose no sangue, mucosa do estômago fica mais atrofiada, diminuição do peristaltismo, diminuição na capacidade de absorção. Função renal diminui devido à perda de massa renal. No homem idoso ocorre aumento do tamanho da próstata, diminuição do pênis e testículos. Nas mulheres ocorre atrofiamento da vagina. Perda de neurônios levando a atrofia cerebral, entre outras alterações que são inúmeras (Barsano, Barbosa e Gonçalves, 2014).

Um ponto destacado e, de extrema importância, é que nem todas as alterações que ocorrem na pessoa idosa são decorrentes do envelhecimento natural, equívoco que pode impedir que seja detectada alguma doença precocemente. Outro ponto importante e que deve ser evitado é tratar as alterações do envelhecimento como doença, originado de sinais e sintomas que são explicados pela senescência. É crucial, portanto, buscar um equilíbrio entre os fatores que

promovem a saúde e aqueles que podem contribuir para o surgimento de doenças ao longo desse percurso de envelhecimento (Brasil, 2006).

2.2 O DECLÍNIO COGNITIVO NO IDOSO

Os termos "pessoa idosa" ou "pessoa velha" frequentemente carregam conotações generalizadas que, para muitos, infelizmente se associam a um fardo social, sensação de falta de propósito ou até mesmo insignificância. Os processos de deterioração corporal estão intrinsecamente ligados a escolhas individuais feitas ao longo da vida. O indivíduo idoso enfrenta um declínio cognitivo que o leva a uma reconfiguração em sua forma de pensar, além de enfrentar dificuldades motoras devido à diminuição da atividade do sistema nervoso e à redução da qualidade muscular. No contexto social, o círculo de relações tende a encolher, abrangendo menos amigos e familiares. Esses fatores frequentemente resultam em muitas pessoas com mais de 65 anos desenvolvendo um sentimento de falta de propósito, mesmo que estejamos cientes de que são portadoras de uma sabedoria que muitos adultos jovens e de meia-idade não possuem (Camargos, Lehnem e Cortinaz, 2018).

O envelhecimento representa um processo contínuo que progressivamente resulta em disfunções e transformações no sistema nervoso. Segundo Bertoldi, Batista e Ruzanowsky (2015), essas mudanças exercem um impacto negativo na capacidade intelectual, comprometendo funções como memória, raciocínio lógico, discernimento crítico, habilidades práticas e de reconhecimento, percepção espacial, esfera afetiva, traços de personalidade e postura, além da expressão verbal e outras formas de comunicação.

Diante dessa perspectiva, a cognição representa um conjunto crucial de capacidades mentais que engloba a memória, função executiva, atenção, práxis, linguagem, habilidades visuo-espaciais e comportamento. Essas capacidades desempenham um papel essencial na execução de tarefas cotidianas. Com essa compreensão, torna-se evidente que os indivíduos idosos, em algum estágio de suas vidas, poderão experimentar uma deterioração cognitiva que resulta na redução de sua capacidade funcional. Esse declínio abre portas para um aumento na probabilidade de doenças debilitantes, como a demência e a Doença de Alzheimer (Brasil, 2019).

Nesse contexto, os estudos de Camargos, Lehnem e Cortinaz (2018) evidenciam que é uma ocorrência comum, durante a fase idosa, a diminuição de certas habilidades, especialmente aquelas relacionadas a tarefas não verbais e à resolução de problemas. Em contraste, em áreas

como o vocabulário, frequentemente as mudanças são sutis e, em muitos casos, praticamente imperceptíveis. Nesse sentido, é fundamental reconhecer que a individualidade biológica desempenha um papel crucial na trajetória dos idosos. Em outras palavras, essa fase da vida é o resultado cumulativo de todas as escolhas e estímulos que foram experimentados - ou não - ao longo de todo o curso de suas vidas.

Há uma área de diagnóstico que não é completamente delineada, envolvendo a gradual diminuição das capacidades cognitivas. Isso abrange uma desaceleração natural das atividades mentais em sua totalidade (senescência), em contraste com aquela relacionada a problemas de demência (senilidade). No que diz respeito à senescência, as perdas são mais evidenciadas nas tarefas de memorização secundária, que abrangem retenção de números, endereços e a habilidade de recuperar informações, principalmente aquelas recém-adquiridas. Portanto, é crucial estar atento ao momento em que um idoso começa a demonstrar esquecimento ou dificuldade em lembrar de atividades corriqueiras realizadas em seu cotidiano. Esses podem ser sinais indicativos de que há algo mais significativo ocorrendo, exigindo uma avaliação mais aprofundada (Camargos, Lehnem e Cortinaz 2018).

No âmbito do envelhecimento normal, Yocomizo (2020), destaca que o declínio cognitivo (DC) pode se manifestar de acordo com as expectativas associadas ao avanço da idade, mas também pode ocorrer de maneira patológica. Dentro das mudanças cognitivas observadas, a redução na velocidade de processamento das informações surge como uma das características mais comuns no envelhecimento. No entanto, quando o DC assume proporções acentuadas, isso pode levar ao surgimento de quadros neurocognitivos, os quais se caracterizam por um déficit cognitivo significativo e prejuízo nas habilidades cotidianas. Esse déficit cognitivo pode ser identificado por apresentar pelo menos duas disfunções dentre as funções que englobam memória, atenção, raciocínio, cognição social, linguagem e praxia visuoespacial. Esses distúrbios neurocognitivos também são conhecidos como comprometimento cognitivo leve.

De acordo com Smid e Vale (2022), o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) refere-se a uma condição na qual o paciente apresenta dificuldades cognitivas, mas ainda mantém sua autonomia, sendo capaz de realizar as atividades diárias e rotineiras. Nesse cenário, os idosos podem encontrar obstáculos cognitivos, porém, mesmo diante dessas dificuldades, conseguem executar as atividades cotidianas de acordo com seu estilo de vida.

Por outro lado, o declínio cognitivo subjetivo diz respeito à autopercepção de um declínio na função cognitiva, sem evidências objetivas de comprometimento em testes cognitivos e sem impacto nas Atividades de Vida Diária (AVD). Diversos fatores estão

associados ao desenvolvimento desse declínio cognitivo subjetivo, o qual inclui o processo natural de envelhecimento, predisposição genética, manifestações psiquiátricas como depressão e ansiedade, problemas de sono e o uso de medicações psicoativas (Smid e Vale, 2022).

Camargos, Lehnem e Cortinaz (2018), nos trazem que a falta de memorização também está relacionada à falta de estratégias de eficiência ligadas a função executiva, ou seja, essas estratégias incluem métodos e esquemas que auxiliam na memorização. Em contrapartida, alguns pesquisadores definem essa questão como o desuso da memória, isso porque a memória tem uma plasticidade semelhante a um músculo esquelético, que responde se estiver estimulada, ao contrário esses músculos irão responder, mas de forma negativa. Portanto, para não ter uma perda cognitiva, a memória também precisa de alguma forma ser exercitada para que então desenvolva uma plasticidade.

É normal, com o passar da idade, que o cérebro perca líquido e nutrição. O metabolismo energético se torna lento e, com isso, as sinapses perdem velocidade. Todas essas alterações afetam o hipocampo, responsável pelas consolidações de novas informações na memória a longo prazo, e por isso lembranças a longo prazo se tornam menos acessíveis. Outro ponto importante que é afetado no idoso é a atenção e o foco, sendo que distrações causam maior dificuldade em retomar o foco original (Camargos, Lehnem e Cortinaz, 2018).

Nesse contexto, a recomendação é que a avaliação cognitiva seja incorporada à avaliação clínica de pacientes idosos. Essa avaliação ganha importância crucial, pois contribui para a detecção de alterações significativas na saúde mental das pessoas idosas (Brasil, 2008).

Martins *et al.* (2019) ressaltam que a identificação e monitoramento confiáveis de déficits cognitivos requerem uma abordagem abrangente. Isso inclui a obtenção de informações dos familiares/cuidadores, observação direta do paciente, análise de histórico clínico e a aplicação de testes específicos.

A avaliação da perda de memória recente emerge como a abordagem mais recomendada para avaliar declínios cognitivos em idosos. Um método rápido para tal avaliação é solicitar ao idoso que repita nomes de objetos, como "mesa", "maçã" e "dinheiro", e observar se, após um intervalo de 3 segundos, ele consegue recordá-los. Caso a lembrança não ocorra nesse curto período, uma avaliação mais detalhada se faz necessária. O Ministério da Saúde disponibiliza ferramentas para a avaliação da cognição em idosos. Essa avaliação pode ser conduzida por meio de diversas abordagens e com o suporte de protocolos validados, a fim de garantir resultados confiáveis e consistentes (Brasil, 2008).

Outro teste importante surgiu em 1975, o Miniexame do Estado Mental (MEEM), um teste padronizado que se destaca por sua aplicação rápida e prática. Este teste, composto por

sete categorias que variam de 0 a 30, avalia diversas facetas cognitivas, incluindo orientação para tempo e local, registro e recordação de palavras, atenção e cálculo, linguagem e praxia visuo-constructiva (Bertoldi, Batista e Ruzanowsky, 2015).

Embora amplamente utilizado, o MEEM carece de padronização, existindo múltiplas versões com diferentes sistemas de pontuação. Sua popularidade é atribuída à rapidez de aplicação e à extensa pesquisa associada a ele (Martins, Caldas e Cabral, 2019).

Além disso, outras ferramentas de avaliação cognitiva estão disponíveis, como a Bateria Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD), que abrange todos os domínios cognitivos, embora demande mais tempo para aplicação e não considere a escolaridade do indivíduo. Testes como o Teste de Fluência Verbal (TFV), que se concentra nas funções executivas e na produção de palavras em um minuto, e o Teste Span da Escala Wechsler de Inteligência para Adultos (WAIS-III), que envolve repetição de sequências numéricas, podem ser combinados com o MEEM para uma avaliação abrangente da perda cognitiva (Martins, Caldas e Cabral, 2019).

O Montreal Cognitive Assessment (MoCA) também é notável, conforme Smid e Vale (2022), pois avalia diversas funções cognitivas, incluindo função executiva, habilidades visuais, linguagem e atenção. Com uma pontuação máxima de 30 pontos, o MoCA pode ser usado em conjunto com o MEEM para obter resultados mais abrangentes e leva em consideração a escolaridade do paciente.

A fim de minimizar o impacto da escolaridade nos diagnósticos, surgiu o teste Bateria Breve de Rastreo Cognitivo (BBRC), desenvolvido por Nitrini. Este teste avalia a cognição através de imagens, incluindo 10 figuras, além de incorporar testes de interferência com fluência verbal semântica (categoria: animais) e o desenho do relógio (Smid e Vale, 2022).

Yocomizo (2020) destaca o crescente interesse em intervenções e pesquisas para prevenir a demência e retardar o declínio cognitivo. O funcionamento cognitivo é influenciado por diversos fatores, como biológicos, culturais, sociais, econômicos, estilo de vida, presença de doenças crônicas e uso de medicamentos (Brasil, 2021).

O DC é um indicativo inicial da doença de Alzheimer, muito pelas condições deletérias do córtex pré-frontal. No caso do Alzheimer a atrofia não se dá somente nesta região, mas em todos os lobos parietais e temporais, o qual explica a dificuldade que esses idosos têm em realizar atividades da vida diária (Camargos, Lehnem e Cortinaz, 2018).

O declínio cognitivo está intrinsecamente ligado a um padrão específico de deterioração funcional, que se inicia com comprometimentos na realização das atividades avançadas de vida diária. Esse processo evolui posteriormente para perdas nas atividades instrumentais de vida

diária (AIVDs) e, por fim, impacta as atividades básicas de vida diária (ABVDs). A literatura sugere que as mudanças observadas no desempenho das atividades avançadas de vida diária (AAVDs) frequentemente constituem os primeiros indícios de DC (Dias *et al.*, 2015).

Camargos, Lehnem e Cortinaz (2018), mencionam que em muitos casos os idosos dependem de cuidados e ajuda para realizar as AVD, e neste caso necessitando de uma pessoa que o auxilie nos cuidados do lar, alimentação, deslocamento etc. Diante disso é essencial uma interação entre o cuidador e o idoso, para que o auxilie no desenvolvimento nesta faixa etária.

No entanto, há ainda escassez de conhecimento acerca das medidas preventivas sobre o declínio cognitivo e de Doença de Alzheimer (DA) que indivíduos idosos incorporam em suas rotinas diárias, bem como dos elementos que influenciam tais práticas. Do que se tem conhecimento, é evidente que a idade avançada, fragilidade e a presença de doenças debilitantes podem restringir a realização dessas ações preventivas. Além disso, fatores como humor, motivação e estado cognitivo dos idosos desempenham um papel significativo nesse cenário. Em contrapartida, destaca-se que o apoio da família e o envolvimento em ambientes de interação social exercem um impacto positivo na adesão dos idosos a tais práticas preventivas de DA (Mendes *et al.*, 2019).

Estudos em humanos e animais indicam que a atividade física regular pode contribuir para uma reserva cognitiva ampliada. Exercícios como caminhada e alongamento, além de atividades de intensidade moderada, têm sido associados ao aumento dos volumes do córtex pré-frontal e hipocampo anterior, assim como à redução dos fatores de risco cardiovascular. Além disso, a prática de meditação também desempenha um papel importante na prevenção, pois provoca mudanças duradouras na estrutura e função cerebral (Yocomizo, 2020).

Camargos, Lehnem e Cortinaz (2018), destacam a importância de praticar exercícios físicos pelo menos três vezes na semana, não fumar, beber com moderação e manter hábitos alimentares e sono com qualidade adequada. Esses hábitos de vida devem ser seguidos desde muito cedo, para que seus efeitos sejam positivos ao longo da vida.

Mendes *et al.* (2019), destaca algumas evidências científicas que identificam atividades e condutas que previnem e postergam a ocorrência do DC. Entre estas condutas destacamos, atividades intelectuais e manuais, como uso do computador, jogos, leitura de livros, palavras cruzadas e artesanato. Além disso, incluem práticas regulares de atividade física, interações sociais frequentes, consumo moderado de álcool - principalmente o vinho, adoção da dieta mediterrânea - e o controle dos fatores de risco cardiovasculares.

Outro ponto importante que é citado por Camargos, Lehnem e Cortinaz (2018), é a alimentação, a qual contribui para o desenvolvimento cognitivo e físico não só na velhice, mas

em todas as etapas da vida. Portanto é necessário entender quais os hábitos de alimentação, respeitá-los, mas equilibrar com a condição de saúde do momento, assim como o sono e repouso deste idoso. Todos esses pontos são essenciais, mas o que mais agrega benefícios é o estímulo cognitivo e físico. É possível realizar o estímulo da memória de diversas formas, como jogos de cartas, palavras cruzadas, leitura e compreensão de textos, aulas de arte ou línguas.

O que deve ser enfatizado também é a prática de atividades físicas. O fortalecimento muscular é a estratégia primária para que o idoso consiga incrementar a autonomia nas suas atividades de vida diárias, assim como atividades de característica aeróbia mais direcionadas ao sistema cardiovascular. Além de praticar atividades físicas com essas ações é possível fazer com que este idoso socialize, mantendo as relações interpessoais (Camargos, Lehnem e Cortinaz, 2018).

Mesmo com práticas que podem evitar ou postergar o DC, muitos idosos são institucionalizados, já que não conseguem sozinhos desenvolver atividades diárias. Estudos apontam que no Brasil há uma crescente procura de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que também podem favorecer a disfunção cognitiva. Bertoldi *et al.* (2015) menciona que quando uma pessoa muda de ambiente, pode desencadear principalmente a depressão, já que este idoso ficará mais isolado, levando a um estado de solidão aumentando a prevalência de doenças cognitivas e mentais.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS QUE ATENDEM O IDOSO

O fenômeno do envelhecimento da população mundial é uma tendência atual que está em constante aceleração. Segundo um relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) referido por Dias e Ribeiro (2017), prevê-se um aumento de aproximadamente 56% no número de pessoas com mais de 60 anos entre os anos de 2015 e 2030. Essa mesma tendência é observada no Brasil, onde estima-se que a quantidade de indivíduos com mais de 60 anos, passe de 24 milhões, para a marca de 64 milhões. Esse crescimento se deve, em parte, aos avanços no sistema de saúde, à adoção de hábitos de vida saudáveis e às melhores condições de vida em geral. No entanto, essa realidade também traz consigo a necessidade de um suporte cada vez mais amplo, tanto por parte de instituições públicas como privadas, além do apoio imprescindível da família e dos amigos. Tudo isso é fundamental para assegurar que o processo de envelhecimento seja vivenciado com a devida qualidade de vida e bem-estar.

O direito à saúde foi uma conquista da sociedade brasileira consagrada na Constituição de 1988, e sua materialização ocorreu com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90. Paralelamente, à saúde voltada para a população idosa tem sido objeto de atenção prolongada (Brasil, 2008).

O primeiro marco sobre as políticas de atenção ao idoso teve início na Primeira Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, da ONU. A assembleia aconteceu na Áustria em 1982, tendo a participação de diversos países, incluindo o Brasil. Neste evento foi redigida a Carta de Viena, um plano de ação internacional sobre o envelhecimento humano, que tinha o objetivo alertar sobre a necessidade de realizar planejamentos sobre uma política de atendimento ao idoso, que abrangesse todas as áreas. A partir disso o Brasil começou a implementar ações, de forma mais assertiva, quanto a questão do envelhecimento (Dias e Ribeiro, 2017).

Conforme abordado por Dias e Ribeiro (2017), um marco significativo ocorreu em 1988 com a promulgação da Constituição Cidadã, que conferiu aos idosos o reconhecimento de seus primeiros direitos. Nesse período, já se observava um aumento na proporção da população composta por indivíduos idosos. A partir desse momento, esse segmento da sociedade passou a exercer uma pressão crescente e a se envolver em discussões pertinentes à sua participação ativa e à valorização de seus interesses.

A Constituição de 1988 se distinguiu por introduzir o capítulo da Ordem Social, abordando temas como a família, a criança, o adolescente e o idoso. Esse foi o início do enfoque em programas voltados ao cuidado dos idosos, inicialmente concentrados em seus próprios lares, mas posteriormente estendendo-se por todo o território nacional como, por exemplo, a gratuidade dos transportes coletivos urbanos para maiores de 60 anos de idade. Através dessas medidas, houve uma expansão das perspectivas de assistência e suporte à população idosa (Dias e Ribeiro, 2017).

No entanto, ainda segundo Dias e Ribeiro (2017), esse progresso continuou a se desenvolver, demonstrando que a atenção aos idosos não é um mero acontecimento isolado, mas sim um processo contínuo de adaptação e melhoria das políticas sociais que afetam esse grupo. Sendo assim, em 1994 é promulgada a Política Nacional do Idoso, regulamentada somente em 1998, por meio da Lei 8.842 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso no Brasil (PNI).

A lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994, tem a finalidade de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação ativa dentro

da sociedade. Segundo esta lei, foi considerado idoso no Brasil, toda pessoa com mais de sessenta anos de idade (Brasil, 1994).

Conforme Dias e Ribeiro (2017), um dos princípios norteadores da PNI foi o de estabelecer uma política que garanta os direitos do idoso, garantindo a renda, vínculos relacionais, proteção social e promoção da cidadania. É importante ressaltar que o apoio aos idosos é uma responsabilidade compartilhada entre a família, a sociedade e o Estado. Na Constituição Cidadã de 1988, seção II, o Art. 196 estabelece que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Nesse contexto, durante a década de 90, o Ministério da Saúde adotou o conceito de "envelhecimento ativo", uma abordagem que busca englobar não somente os aspectos de saúde, mas também outros fatores que influenciam o processo de envelhecimento. Dessa forma, o cuidado abrangente direcionado às pessoas idosas requer a implementação de políticas públicas que incentivem estilos de vida saudáveis, além de garantir a assistência necessária - um direito inalienável dos idosos (Brasil, 2008).

No ano de 1994, com um objetivo de reorganizar a assistência à saúde, foi criado pelo MS o Programa de Saúde da Família (PSF), que se denomina no momento como Estratégia Saúde da Família (ESF). Este tem o intuito de reorganizar o serviço de saúde, apresentando uma nova dinâmica nos serviços, criando uma relação de vínculo com a comunidade e humanizando esta prática. (Brasil, 2006).

Conforme destacado por Dias e Ribeiro (2017), em 1999 foi promulgada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) por meio da Portaria nº 1.395, datada de 10 de dezembro de 1999. Posteriormente, essa política foi aprimorada e atualizada pela Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, quando foi estabelecida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

A PNSPI, tem como principal objetivo a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência dos indivíduos, englobando todos os cidadãos e cidadãs brasileiros com 60 anos de idade ou mais. A criação e a evolução dessas políticas refletem um compromisso contínuo em direção ao cuidado integral e abrangente das necessidades de saúde da população idosa no país (Brasil, 2006).

No ano de 2002, foi dado um passo adicional no sentido de aprimorar a assistência à saúde dos idosos ao introduzir a proposta para a implementação das Redes Estaduais de

Assistência à Saúde do Idoso. Essa iniciativa foi devidamente regulamentada pela Portaria nº 702/SAS/MS. Como parte das ações operacionais voltadas a essas redes, foram estabelecidas diretrizes específicas para o cadastramento dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, conforme estipulado pela Portaria nº 249/SAS/MS no mesmo ano. Esses avanços refletem um compromisso contínuo em direção a uma atenção integral à saúde da população idosa, demonstrando o esforço em proporcionar cuidados especializados e abrangentes a essa parcela da sociedade. Ainda mencionado na portaria, as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso deveriam ser integradas por Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (Brasil, 2002).

Estes centros desempenham um papel fundamental ao oferecer assistência integral e integrada aos indivíduos idosos, com o objetivo de assegurar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da autonomia e da capacidade funcional. Além disso, eles fornecem suporte para atender às necessidades de saúde específicas dessa população, trabalhando na reabilitação da capacidade funcional comprometida e apoiando o desenvolvimento de cuidados informais (Coffito, 2002).

Os Hospitais Gerais são estabelecimentos que possuem as capacidades técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos necessários para atender à população idosa. Por outro lado, os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso são caracterizados por ir além dos serviços oferecidos por um hospital geral, englobando diversas modalidades assistenciais como internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar (Brasil, 2002).

Não há uma limitação quantitativa definida para a quantidade de Hospitais Gerais. No entanto, no estado de Santa Catarina, especificamente, existe um quantitativo de 2 Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Contudo, é importante mencionar que tanto no estado de Santa Catarina quanto em todo o território nacional, a consolidação e expansão dessas estruturas ainda não foram totalmente alcançadas (Brasil, 2002).

Em 2003, é sancionado então o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. O Estatuto do Idoso nos traz que:

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. **Art. 10º** É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis (Brasil, 2003).

Referido por Dias e Ribeiro (2017), o Estatuto do Idoso representa um dos principais pilares dos direitos da pessoa idosa. Este conjunto normativo é composto por 118 artigos que abrangem diversas esferas dos direitos fundamentais. Além de consolidar leis e políticas já existentes, o estatuto também incorpora novos elementos com o intuito de promover o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos.

Na esfera da saúde, a implementação de políticas específicas é de vital importância, dada a frequente necessidade dos serviços de saúde por parte da população idosa. Reconhece-se que essa faixa etária demanda atenção especializada e abrangente para atender às complexidades de sua saúde física e mental. Portanto, o Estatuto do Idoso assume um papel fundamental ao assegurar que as políticas de saúde considerem devidamente as particularidades e necessidades dessa população em constante crescimento (Dias e Ribeiro, 2017).

Em um estágio subsequente, especificamente em 2005, o Ministério da Saúde estabeleceu uma agenda de compromissos que incorporou três pilares fundamentais, um dos quais é o Pacto em Defesa da Vida, destacando a importância da saúde da pessoa idosa. Através da Portaria nº 2.528, datada de 19 de outubro de 2006, que regula a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), fica claro que a essência primordial dessa política é orientar a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência dos indivíduos idosos. Essa diretriz engloba tanto medidas coletivas quanto intervenções individuais de saúde, todas alinhadas com os princípios e diretrizes que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2006).

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha o papel de ser a porta de entrada para todos os usuários do SUS. Nesse contexto, a responsabilidade da APS não se limita apenas ao atendimento, mas também se estende para coordenar, acompanhar, orientar e prestar apoio à pessoa idosa, assim como a suas famílias e cuidadores. É importante ressaltar que, com base no princípio de territorialidade, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem a incumbência de oferecer suporte abrangente à pessoa idosa, seja em seu domicílio, em instituições públicas ou privadas, de acordo com o que é estabelecido na legislação (Brasil, 2008).

Com o propósito principal de oferecer orientação e facilitar a implementação da assistência direcionada à população idosa, foi elaborado o "Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa". Este material foi desenvolvido tomando como base o Pacto pela Vida e as Políticas Nacionais de Atenção Básica, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Promoção de Saúde e Humanização no SUS, tornando-se uma referência crucial para a prestação de cuidados eficazes e abrangentes aos idosos, alinhados com as diretrizes e princípios estabelecidos nas políticas de saúde em vigor (Brasil, 2007).

A regulamentação do SUS estabelece princípios que orientam a implementação de um modelo de atenção à saúde pautado na descentralização, universalidade, integralidade, equidade e controle social. Além disso, esse modelo incorpora o princípio da territorialidade em sua organização, visando a facilitar o acesso dos diversos segmentos da população aos serviços de saúde. Essas diretrizes demonstram o compromisso com a oferta de serviços de saúde abrangentes, adaptados às necessidades individuais e contextos locais, especialmente em relação à população idosa (Brasil, 2006).

2.4 A ORGANIZAÇÃO DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI)

Segundo Oliveira e Rozendo (2014), é notável que a sociedade contemporânea está passando por transformações significativas. Anteriormente, a responsabilidade pelo cuidado recaía principalmente sobre as mulheres, mas atualmente elas estão cada vez mais integradas no mercado de trabalho. Além disso, os familiares podem se ver sobrecarregados com outras demandas, não conseguindo atender às necessidades complexas dos idosos. Em alguns casos, as relações familiares podem estar fragilizadas, o que torna ainda mais vital a busca por cuidadores externos ao círculo familiar.

Conforme apontado por Braga e Gualleguillos (2014), idosos que não contam com uma rede social de suporte, especialmente de familiares capazes de oferecer os cuidados necessários, frequentemente encontram-se em situações em que a internação em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) torna-se uma opção. Tal decisão é frequentemente motivada pela alta dependência desses indivíduos, somada às suas limitações físicas, cognitivas e psicológicas. Ao passar por um processo de institucionalização, o idoso passa a depender ainda mais de atenção, suporte e serviços especializados proporcionados pela ILPI. É importante ressaltar, contudo, que à medida que o tempo de permanência nesse ambiente se prolonga, há um indício evidente de que ocorre um acentuado declínio nas capacidades funcionais do indivíduo, bem como uma exacerbada deterioração de suas funções físicas e cognitivas.

Dessa forma, muitos idosos hoje são institucionalizados em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que são destinados à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar. A Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 502 de 27 de maio de 2021, define ILPI como:

VI - Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI): instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (Brasil, 2021).

As ILPIs são reconhecidas por diferentes termos, como casa de repouso, asilo e clínica geriátrica. Braga e Gualleguillos (2014) definem as ILPIs como instituições que acolhem idosos que atravessam as fases de senescência e/ou senilidade, demandando cuidados abrangentes, uma vez que enfrentam dificuldades em executar as AVDs.

A palavra asilo trazia consigo uma carga negativa sendo associada a uma imagem negativa de pobreza e abandono. Portanto, foi renomeado para moradas coletivas, e posteriormente chamadas de ILPIs. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) foi quem adotou o nome de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), em substituição ao termo asilo (Costa e Mercadante, 2013).

As ILPIs desempenham um papel vital na garantia do cuidado e dos direitos dos idosos. Ao criar um ambiente que valoriza a individualidade, promove a interação social e integra a família e a comunidade, essas instituições contribuem para uma experiência enriquecedora e respeitosa para aqueles que já viveram muitas jornadas (Brasil, 2021).

Portanto, para que seja possível atingir os objetivos, é essencial fomentar uma convivência inclusiva, que promova a interação entre os idosos em um ambiente misto. Além disso, a ILPI deve trabalhar para estimular a participação ativa da família e da comunidade na vida do idoso, fortalecendo os laços sociais e afetivos que são tão essenciais nessa fase da vida. A promoção do bem-estar físico e emocional também deve ser uma prioridade. Isso envolve a criação de condições propícias para o lazer, a prática de atividades físicas que se adequem às capacidades individuais, bem como a oferta de atividades recreativas e culturais que enriqueçam a experiência dos residentes (Brasil, 2021).

Por outro lado, conforme destacado por Braga e Gualleguillos (2014), a prática de institucionalização de idosos emergiu como uma problemática correlacionada ao aumento da longevidade e da expectativa de vida. No contexto desse fenômeno, os idosos residentes em instituições apresentam perfis diversos, sendo que uma parcela significativa deles se encontra em um estado considerável de sedentarismo, privação de interações afetivas, redução da autonomia devido às limitações físicas ou cognitivas, falta da assistência familiar para a autogestão e carência de suporte financeiro.

De acordo com Costa e Mercadante (2013), citados por Lima (2005), a história das instituições voltadas para o acolhimento de idosos teve início em 1970, quando uma chácara foi designada como o primeiro local destinado à residência de soldados portugueses que haviam

atingido uma idade avançada. Essa instituição, conhecida como "Casa dos Inválidos", tinha um enfoque exclusivo nos militares. Contudo, um marco significativo ocorreu em 1808, com uma mudança significativa nessa trajetória. A propriedade foi cedida ao médico particular da família real, resultando na transferência dos residentes para a Casa de Santa Misericórdia. Essa nova instituição passou a fornecer serviços hospitalares de acordo com as práticas da época colonial, com uma ênfase especial no cuidado de indivíduos carentes.

Após esse período, transcorreram 47 anos até a criação da Fundação do Asilo dos Inválidos da Pátria, que foi inaugurada em 1868 no Rio de Janeiro. Posteriormente, em 1890, essa instituição passou a ser denominada Asilo São Luiz, que atendia idosos pobres, mas também aqueles que tinham recursos financeiros, para os quais foi criada uma ala onde os cuidados eram prestados mediante pagamento mensal (Braga e Gualleguillos, 2014).

De acordo com Braga e Gualleguillos (2014), a função primordial do asilo não se direcionava primariamente à promoção e recuperação da saúde, mas sim a proporcionar cuidados e uma melhor qualidade de vida aos seus residentes. Uma instituição de longa permanência para idosos deve possuir obrigatoriamente alvará sanitário expedido por um órgão sanitário competente, conforme Lei Federal nº 6.437 de 20 de agosto de 1977 e comprovar a sua inscrição junto ao Conselho do Idoso conforme Lei nº 10.741, de 2003. Portanto, uma ILPI, deve ter o seu estatuto registrado, seu registro de entidade social e possuir um regimento interno, bem como um Responsável Técnico (RT), com formação superior que será responsável por responder pela instituição junto à autoridade sanitária, mantendo uma carga mínima de 20 horas semanais.

A Resolução RDC nº 502, de maio de 2021, estabelece que as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) têm a responsabilidade primordial de oferecer uma atenção dedicada aos idosos, assegurando-lhes todos os direitos humanos, abrangendo esferas como os direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais. Para cumprir essa missão, essas instituições devem preservar a identidade e a privacidade dos residentes, garantindo a criação de um ambiente que inspire respeito e dignidade. Além disso, a resolução enfatiza a promoção da convivência harmoniosa entre os residentes, estimulando a integração nas atividades cotidianas. Nesse contexto, um papel crucial é dado à participação ativa da família e da comunidade, fortalecendo os laços sociais e afetivos que são fundamentais para o bem-estar dos idosos. Adicionalmente, as ILPIs devem fomentar oportunidades para o lazer e estabelecer rotinas que visam prevenir e eliminar qualquer manifestação de violência, garantindo assim um ambiente seguro e saudável para os residentes.

Conforme a RDC nº 502 de 27 de maio de 2021, os recursos humanos da ILPI, devem garantir assistência de qualidade aos idosos que ali residem, mantendo um vínculo formal com o local de trabalho. Conforme Art. 16. desta RDC, os recursos humanos do local devem atender a demanda de idosos residentes, e se dispõem a seguir:

I - para a coordenação técnica: Responsável Técnico com carga horária mínima de 20 (vinte) horas por semana; II - para os cuidados aos residentes: a) grau de dependência I: 1 (um) cuidador para cada 20 (vinte) idosos, ou fração, com carga horária de 8 (oito) horas/dia; b) grau de dependência II: 1 (um) cuidador para cada 10 (dez) idosos, ou fração, por turno; e c) grau de dependência III: 1 (um) cuidador para cada 6 (seis) idosos, ou fração, por turno. III – para atividades de lazer: 1 (um) profissional com formação de nível superior para cada 40 (quarenta) idosos, com carga horária de 12 (doze) horas por semana; IV - para serviços de limpeza: 1 (um) profissional para cada 100m² de área interna ou fração por turno diariamente; V – para o serviço de alimentação: 1 (um) profissional para cada 20 (vinte) idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 (oito) horas; e VI – para o serviço de lavanderia: 1 (um) profissional para cada 30 (trinta) idosos, ou fração, diariamente (Brasil, 2021).

Conforme Art. 48 do Estatuto do Idoso todas as entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção da sua própria unidade devendo garantir ao idoso uma estrutura com condições adequadas, de higiene, proteção, salubridade, bem como garantir a preservação do vínculo familiar, atendimento personalizado, participação do idoso a atividades diversas da comunidade sendo estas desenvolvidas em meio externo e interno (Brasil, 2013).

A RDC nº 502 de 27 de maio de 2021 em consonância com o Estatuto do Idoso, aponta que toda infraestrutura e quaisquer manutenção ou melhoria realizada nela deve ser aprovada junto a Vigilância Sanitária do local e do município. A estrutura do local deve ter acessibilidade e atender todas as necessidades do idoso, principalmente garantindo a movimentação segura dentro da instituição.

Conforme seção IV que menciona sobre a infraestrutura física de uma ILPI, toda e qualquer alteração na construção, reforma, ou adaptação deverá ser precedida de aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local, atentando-se sempre às normas de infraestrutura regidas na Resolução supracitada. O terreno da ILPI deve conter rampas para facilitar a movimentação de todos os residentes no local, assim como as instalações de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia etc., deverão atender às exigências dos códigos de obras locais (Brasil, 2021).

O acesso externo devem ser previstas com no mínimo duas portas, sendo uma exclusivamente de serviço; os pisos externos e internos devem ser de fácil limpeza e conservação, antiderrapantes, com ou sem juntas; rampas e escadas devem seguir as normas da NBR 9050/ABNT, com atenção aos corrimões e sinalização, sendo que devem ter no mínimo 1,20m de largura; as circulações internas devem ter largura mínima de 1,00 m e as secundárias

de no mínimo 0,80m contendo a luz de vigília, sendo que circulações com mais de 1,50m devem conter corrimão dos dois lados e menor que 1,50m corrimão em apenas um lado; elevadores se possuir devem seguir normas da ABNT; as portas devem ter um vão livre com largura mínima de 1,10m e com travamento simples; as janelas e guarda-corpos devem ter peitoris com no mínimo 1,00m (Brasil, 2021).

Em relação aos ambientes que uma ILPI deve conter a RDC nº 502 de 27 de maio de 2021, menciona que a instituição deve conter dormitórios separados por sexo com espaço para 4 pessoas, com banheiros que atendam os seguintes padrões: dormitórios para uma pessoa deve possuir área mínima de 7,50m²; dormitórios de 2 ou 4 pessoas devem possuir área mínima de 5,50m² por cama tendo uma distância de 0,80m entre duas camas; ambos os dormitórios devem possuir luz de vigília e campainha de alarme; o banheiro deve possuir área mínima de 3,60m² com 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro.

Em relação às áreas de desenvolvimento das atividades aos residentes com grau de dependência I e II, devem atender os seguintes padrões: sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com área mínima de 1,0 m² por pessoa; sala de convivência com área mínima de 1,3 m² por pessoa; e sala para atividades de apoio individual e sócio familiar com área mínima de 9,0 m². Deve ainda conter banheiros coletivos separados por sexo com no mínimo um box para vaso sanitário que permita a transferência de cadeirantes, devendo as portas ter vãos livres de 0,20m na parte inferior (Brasil, 2021).

Além destes, deve haver um espaço ecumênico e/ou para meditação, sala administrativa/reunião, refeitório com área mínima de 1m² por usuário, com local para guardar lanches, lavatório de mãos e luz de vigília; cozinha e despensa; lavanderia; local para guarda de roupas de uso coletivo; local para guardar material de limpeza; almoxarifado com área mínima de 10,0m²; vestiário e banheiro para funcionários separado por sexo, sendo o banheiro de área mínima de 3,6m² contendo 1 bacia, 1lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários ou fração, área de vestiário com área mínima de 0,5 m² por funcionário/turno; lixeira ou abrigo externo para guarda de resíduos e por fim área externa descoberta para atividades ao ar livre. Em relação aos serviços de alimentação, limpeza e lavanderias, ambos os serviços podem ser terceirizados, desde que apresentem cópia do alvará sanitário da empresa que foi terceirizada (Brasil, 2021).

Toda Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) deve estabelecer um abrangente plano de trabalho que englobe todas as atividades desenvolvidas no local. Esse plano deve ser cuidadosamente elaborado, considerando a participação ativa de todos os idosos e respeitando suas particularidades culturais. Além disso, é imperativo que a ILPI mantenha uma

comunicação constante com a Secretaria Municipal de Assistência Social e, quando necessário, com o Ministério Público, especialmente nos casos em que o idoso esteja enfrentando abandono familiar ou falta de identificação civil (Brasil, 2021).

No que se refere à saúde dos residentes, a instituição tem a responsabilidade de criar um Plano de Atenção Integral à Saúde a cada dois anos. Esse plano deve estar alinhado com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve abordar questões fundamentais, tais como identificação dos recursos de saúde disponíveis para cada residente, promoção da saúde, proteção e prevenção de doenças. Além disso, o plano deve conter informações detalhadas sobre as patologias individuais de cada residente, garantindo uma abordagem personalizada (Brasil, 2021).

Levando em consideração a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, “que trata sobre Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional”, e sua atualização definida na Portaria GM/MS Nº 217, de 01 de março de 2023, a equipe de saúde do local deverá notificar qualquer suspeita de doença, sendo a ocorrência de lesão ocasionado por quedas, ou tentativa de suicídio.

Assim, fica evidente a importância de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) operar de maneira a assegurar plenamente os direitos dos idosos.

Como observado por Lourenço e Santos (2021), as ILPIs desempenham um papel crucial ao prover cuidados a essa população quando as famílias não conseguem oferecer assistência eficaz ou quando os idosos enfrentam limitações que comprometem o autocuidado. Isso demanda uma abordagem sensível e dedicada no cumprimento de suas atividades cotidianas. Dessa forma, uma ILPI deve estabelecer uma estrutura organizacional capaz de satisfazer integralmente as necessidades dos idosos. É imperativo que todas as atividades sejam realizadas em conformidade com a legislação vigente, garantindo, desse modo, uma prestação de cuidados de alta qualidade. Além disso, é fundamental que a ILPI opere de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), independentemente de ser uma instituição de natureza privada ou pública.

2.5 O PAPEL DO CUIDADOR LEIGO NO CUIDADO COM O IDOSO

Com o envelhecimento demográfico e o conseqüente aumento na expectativa de vida, surgem diversas necessidades que recaem sobre a família, a sociedade e as entidades governamentais. Estas demandas visam assegurar uma elevada qualidade de vida para os

indivíduos que enfrentam limitações, em especial os idosos. Nesse contexto, a presença de um cuidador se torna frequentemente essencial, quer seja no ambiente domiciliar ou em ILPI's (Brasil, 2008).

A presença de cuidadores, sejam eles familiares ou profissionais, é fundamental para oferecer assistência, carinho e atenção às necessidades específicas desses indivíduos. Essa assistência pode ser realizada tanto no conforto do lar quanto em ambientes especializados, como as ILPIs, onde é essencial proporcionar um ambiente acolhedor e seguro, que promova o bem-estar e a interação social (Brasil, 2008).

É crucial que a sociedade e o poder público estejam sensibilizados para a importância dessas questões, promovendo políticas e investimentos que visem à melhoria da qualidade de vida dos idosos e das pessoas com incapacidades. Isso inclui garantir o acesso a cuidados de saúde adequados, estimular a formação e capacitação de cuidadores profissionais, promover espaços e atividades que favoreçam a inclusão social e o envelhecimento ativo. A presença de cuidadores, aliada a políticas eficazes e a um compromisso social, desempenham papel significativo na promoção da qualidade de vida e no respeito à dignidade de cada indivíduo (Brasil, 2008).

Scarpellini *et al.* (2011) destacam que a maioria dos idosos recebem cuidados que são providenciados por pessoas sem a devida formação básica, muitas vezes sendo um membro da família ou um indivíduo contratado. Esse cenário pode resultar em desvantagens para o idoso, potencialmente levando à estagnação do seu estado clínico e até mesmo sobrecarregando o cuidador. Portanto, torna-se essencial e de suma importância que tanto os cuidadores familiares quanto os contratados possuam conhecimentos prévios a respeito das particularidades do envelhecimento, incluindo a compreensão das principais alterações que ocorrem durante a senescência e senilidade.

O conceito de cuidado engloba a ideia de atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar implica em servir e oferecer ao outro, por meio de ações concretas, sendo um ato prático. Esse processo também envolve a percepção integral da outra pessoa, compreendendo sua forma de comunicação, expressão, dores e limitações. Por outro lado, o autocuidado se refere à prática de cuidar de si próprio, adotando comportamentos que visam o próprio benefício e contribuem para a promoção da saúde, a preservação da vida e a garantia do bem-estar. Vale ressaltar que mesmo quando alguém necessita da assistência de um cuidador, isso não elimina a importância das ações de autocuidado. Nesse sentido, faz-se necessário que o cuidador estimule a pessoa a adotar diariamente práticas que promovam o autocuidado (Brasil, 2008).

O cuidador é alguém dotado de qualidades especiais, que se manifestam através de um profundo amor pela humanidade, solidariedade e espírito de doação. Ele pode ser um membro da família ou um indivíduo da comunidade, responsável por prover assistência a uma pessoa de qualquer faixa etária que necessite de cuidados, e isso pode ocorrer tanto de forma remunerada quanto não remunerada (Brasil, 2008).

O conceito de cuidador também é abordado por Fernandes *et al.* (2022), que definem os cuidadores como profissionais contratados com o propósito de fornecer assistência aos idosos e auxiliar nas AVD, com o objetivo de preservar a saúde e reduzir o impacto de doenças. Esses profissionais podem desempenhar suas atividades em diversos ambientes, incluindo domicílios, ILPI's e hospitais. Suas atribuições englobam tanto a função de auxiliar e supervisionar as AVD, quanto a responsabilidade de orientar e incentivar a realização de atividades de autocuidado e momentos de lazer.

Ravagni (2008), por sua vez, ressalta que o ato de cuidar tinha tradicionalmente sido desempenhado no seio da família, frequentemente por uma mulher, que poderia ser filha, esposa, irmã ou parente próximo. Essas mulheres dedicavam suas vidas a essa tarefa sem esperar qualquer forma de pagamento. Quando não havia condições para que esses cuidados fossem providos por um membro da família ou por alguém próximo, a única alternativa era a institucionalização dos idosos, o que frequentemente resultava em uma maior dependência desse indivíduo. Em concordância, a Constituição Federal de 1988 em seu Art.230 do capítulo VII, menciona que:

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. § 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

No Brasil, o processo de regulamentação da profissão de cuidador teve início em 1999, quando a Portaria Interministerial nº 5.153 estabeleceu o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, com a finalidade de capacitar cuidadores em todo o país. Foi por meio desse programa que a ocupação de cuidador de idosos, com ou código 5162, foi oficialmente incluída na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) pelo Ministério do Trabalho e Emprego. O passo seguinte ocorreu com a tramitação do Projeto de Lei nº 4.702/12, visando a regulamentação definitiva da profissão.

No Brasil, conforme citado por Debert e Oliveira (2015), o cuidado de idosos vem sendo feito por pessoas com baixa escolaridade e qualificação pessoal, não tendo uma formação oficial. Entretanto, ao longo dos anos, vem se observando um alto crescimento na oferta de

cursos particulares de curta duração que não tem um programa de treinamento padronizado ou um processo de reconhecimento definido por órgãos reguladores. O Ministério da Saúde disponibiliza um Guia Prático do Cuidador, delineando as competências e a rotina que devem orientar o trabalho do cuidador (Brasil, 2008).

O cuidador assume diversos papéis vitais, como atuar como a ligação entre o indivíduo assistido, sua família e a equipe de saúde. Além disso, ele deve demonstrar sensibilidade ao escutar, observar atentamente e mostrar solidariedade para com o idoso. Isso se estende para auxiliar nas atividades de higiene, estimular e auxiliar na alimentação, facilitar a locomoção e participar de atividades físicas como caminhadas, exposição solar e exercícios. O estímulo a atividades de lazer e ocupacionais também é essencial. Outras tarefas incluem a habilidade de realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, bem como proporcionar massagens para conforto. Assume também a responsabilidade de administrar medicações conforme as orientações da equipe de saúde, comunicando quaisquer mudanças no estado de saúde do paciente à equipe. Além disso, ele deve estar pronto para lidar com outras situações que possam surgir, sempre visando aprimorar a qualidade de vida e contribuir para a recuperação da saúde do indivíduo (Brasil, 2008).

A presença do cuidador na assistência aos idosos é de suma importância, pois seu papel vai além da simples supervisão das atividades cotidianas. Ele desempenha a função de não apenas acompanhar, mas também incentivar a autonomia do idoso em relação ao seu autocuidado (Brasil, 2008).

De acordo com Coura e Montijo (2014), a própria essência da palavra "cuidar" sugere uma sensação de impotência do indivíduo assistido, resultando em uma dinâmica onde ele confia suas necessidades ao cuidador, que por sua vez pode se sentir sobrecarregado. Essa sobrecarga pode levar ao estresse, especialmente porque os cuidados exigidos por idosos pacientes são frequentemente intensos. Essa demanda altera significativamente a vida pessoal e social do cuidador, exigindo uma reorganização e adaptação de suas atividades diárias.

O ato de cuidar é complexo, e tanto o cuidador quanto a pessoa cuidada podem experimentar emoções e comportamentos contraditórios, como culpa, raiva, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação, choro, medo, entre outros. É fundamental que o cuidador esteja ciente dessas reações e sentimentos que emergem, e para isso, é necessário um entendimento mútuo entre o cuidador e a pessoa que está sendo cuidada. Essa compreensão mútua contribui para que o ato de cuidar e ser cuidado seja conduzido da melhor maneira possível. Nesse contexto, é pertinente abordar o estresse pessoal e emocional do cuidador, uma vez que, se não for compreendido, dificuldades podem surgir quando a pessoa assistida não

coopera com o cuidado. A ausência de compreensão dessas dificuldades pode afetar negativamente a integridade física e mental do cuidador, prejudicando assim a qualidade dos cuidados prestados (Brasil, 2008).

2.6 TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD PEPLAU

A pesquisa em enfermagem tem o intuito de validar o conhecimento e estudos já pré-existentes, explicar perguntas ou solucionar algum problema, buscando sempre após seus resultados intervir de alguma forma ou encontrar ferramentas adequadas para auxiliar na assistência. Toda pesquisa na área da enfermagem é embasada em uma teoria específica o que é muito importante para estruturar, dar uma perspectiva e orientar a pesquisa (Mcewen e Wills, 2016). Diante disso, para esta pesquisa será utilizado a teoria de enfermagem de Peplau, que foi pioneira na enfermagem e aborda as Relações Interpessoais.

Peplau nasceu em Reading, na Pensilvânia, em 1909, e iniciou sua carreira na enfermagem quando participou e formou-se no programa de enfermagem em Pottstown em 1931. No ano de 1943 formou-se no Bennington College com BA em Psicologia Interpessoal e, em continuidade aos estudos, entre 1947 a 1953 formou-se, pela Columbia University, em um MA em enfermagem psiquiátrica. Peplau influenciou o desenvolvimento de muitos programas de enfermagem e atuou como professora emérita da Rutgers University, assim como publicou artigos e livros. Uma enfermeira que teve reconhecimento internacional, que participou de forma ativa em organizações, como por exemplo a Organização Mundial de Saúde, desenvolvendo um papel importante na história da enfermagem (Belcher e Fisch, 2011).

De acordo com Jesus *et al.* (2021), a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau de 1952, consiste em entender o comportamento dos seres humanos para que uns possam ajudar outros a identificar as dificuldades e usar os métodos de relação interpessoal para solucionar um problema.

Peplau é considerada um importante teórico da enfermagem visto ter enfatizado sobre a importância da relação enfermeiro-paciente, afirmando que a profissão é, em sua essência, um processo terapêutico e interpessoal. Além disso, complementa em sua teoria que, cada encontro terapêutico influencia no desenvolvimento profissional do enfermeiro e no pessoal do paciente (Jesus, *et al.* 2021).

Conforme Fernandes e Miranda (2016), o relacionamento interpessoal ocorre em quatro etapas, sendo elas a orientação que consiste na aproximação entre enfermeiro e paciente que busca através desta relação esclarecer as dificuldades encontradas; a identificação que se

caracteriza por um relacionamento terapêutico mais intenso onde o paciente responde às pessoas que podem atender suas necessidades, sendo um momento onde será decidido junto a equipe multiprofissional que irá tratar este paciente. A exploração é um momento em que o paciente tem uma elevada autoestima, questiona mais, interessa-se mais e cabe a equipe lidar com todos os sentimentos, buscando manter aquele vínculo criado. Por fim temos a resolução, que como o próprio nome diz é a resolução do problema e neste momento o paciente deve se tornar independente, sendo necessário a separação desse vínculo. É uma etapa que pode ser difícil de executar e um dos motivos é o apego a este paciente tornando difícil o rompimento desse relacionamento terapêutico.

Peplau considerava que a partir do momento que a enfermagem entende e compreende seu papel na assistência, mais fácil seria compreender o paciente perante a situação que se encontra. Menciona que poderíamos chamar “enfermeira psicóloga” a qual deve ser onipotente, já que consegue por meio de uma interação com paciente, mudanças psicológicas que afetam a saúde deste indivíduo (Almeida, Lopes e Damasceno, 2006).

Fernandes e Miranda (2016), afirmam que as teorias têm uma grande importância na prática de enfermagem, assim como na pesquisa. A Teoria das Relações Interpessoais, em especial, auxilia no cuidado e atenção prestados, trazendo a importância da relação paciente-enfermeiro, para prestar uma assistência de qualidade, buscando compreender o processo saúde-doença em que o paciente se encontra.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para a realização deste estudo. Trata-se da descrição do caminho percorrido que envolve a definição da modalidade de pesquisa, bem como elementos relacionados ao local do estudo, sujeitos de pesquisa, coleta de dados, aspectos éticos e análise de dados.

3.1 MODALIDADE DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, transversal e observacional do tipo descritiva.

3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O presente estudo foi realizado junto a cuidadores leigos de idosos que residem em duas instituições de longa permanência localizadas no interior de Santa Catarina. A seleção das instituições foi feita com base em critérios específicos, a saber: as instituições precisavam oferecer cuidados de longa permanência a idosos, contar com cuidadores de idosos atuando em tempo integral na instituição e por fim, serem receptivas à condução do estudo.

As instituições foram identificadas e contatadas através de seus dirigentes, que tiveram acesso à proposta do estudo e manifestaram interesse em colaborar na realização do mesmo.

3.3 POPULAÇÃO E SUJEITOS DA PESQUISA

O escopo deste estudo foi direcionado à entrevista de cuidadores leigos pertencentes a duas instituições de longa permanência para idosos situadas no interior de Santa Catarina, que prestam assistência em tempo integral para idosos institucionalizados.

Os cuidadores leigos participantes deste estudo foram selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: estarem presentes nas instituições no período definido para a coleta de dados e concordaram em participar do estudo formalizando seu aceite por meio de assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão consideraram cuidadores leigos que após os esclarecimentos necessários optassem por não participar do estudo ou que estivessem de férias, viajando ou de licença no momento da coleta de dados.

Destaca-se que todos os participantes abordados manifestaram interesse em participarem do estudo, aderindo voluntariamente à proposta.

3.4 ENTRADA NO CAMPO

A entrada no campo de pesquisa ocorreu somente após a obtenção das autorizações necessárias dos locais selecionados para a condução do estudo, bem como a aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - Unidavi.

Todas as autorizações foram submetidas ao Comitê de Ética e aprovadas, conforme consta no parecer consubstanciado nº 6.146.015 (Anexo I).

A proposta para realização desta pesquisa foi apresentada e discutida com os dirigentes das ILPIs em questão, que autorizaram a realização da pesquisa. Além dos dirigentes, o estudo foi apresentado para os enfermeiros responsáveis pela assistência de Enfermagem nas instituições, buscando-se a colaboração para a identificação dos sujeitos de pesquisa.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA

De posse do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas da Unidavi para a realização do estudo e considerando-se os prazos previstos na proposta, iniciou-se a etapa de identificação e seleção dos sujeitos de pesquisa.

Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista (Apêndice I). Este foi previamente submetido a um teste piloto, realizado junto a 3 cuidadores de idosos que não fazem parte da população do estudo. A partir deste piloto o instrumento de coleta de dados foi ajustado e validado para aplicação segundo os objetivos deste estudo.

As visitas aos locais de pesquisa foram realizadas entre os meses de agosto e setembro, em diferentes horários, de modo que todos os cuidadores, independentemente ao seu horário de trabalho, fossem contatados e tivessem a oportunidade de participação.

O levantamento dos cuidadores em cada instituição se deu por meio das escalas de trabalho. A pesquisadora apresentou-se, individualmente, para cada participante, fazendo o convite para a participação no estudo. Os cuidadores receberam todas as informações acerca da proposta por meio da apresentação do TCLE (Anexo II). O aceite em participar da pesquisa foi formalizado por meio da assinatura do TCLE. Após assinatura do documento, uma cópia foi

deixada com o entrevistado, e a outra ficou de posse da pesquisadora, com o compromisso de guarda durante um período de cinco anos.

Cada participante foi entrevistado individualmente, em um ambiente privativo e bem iluminado, proporcionando conforto e minimizando risco de constrangimento. As perguntas foram lidas pela pesquisadora e as respostas dos entrevistados registradas no próprio instrumento de coleta de dados. Foi dada a oportunidade do entrevistado ler e revisar as suas respostas. Ao término da entrevista, agradeceu-se a participação.

3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados coletados foram transcritos para uma planilha com todas as informações obtidas, compondo o banco de dados do estudo.

Com este agrupamento foi possível iniciar a análise dos dados segundo proposto na análise de conteúdo descrita por Bardin (Bardin, 2016).

A primeira etapa foi a pré-análise, que representa a fase inicial de organização. Seu objetivo principal foi operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, criando um esquema para o plano de análise. Nesta fase, destacam-se a seleção do material a ser investigado e a realização de uma leitura exploratória ou "flutuante".

A exploração do material foi o passo seguinte. Nesta etapa foi realizado a codificação, decomposição/enumeração do material. Inicialmente, foi feito um recorte do texto, seguido pela definição de regras de contagem e, por fim, pela classificação e agregação dos dados, organizando-os em categorias teóricas ou empíricas.

Por fim, foi realizado o tratamento dos resultados, onde os dados brutos foram refinados destacando as informações obtidas, as quais posteriormente foram interpretadas levando em consideração a literatura vigente, à luz da Teoria das Relações Interpessoais proposta por Peplau.

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O presente estudo respeitou os preceitos éticos estabelecidos na Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012, promulgada pelo Conselho Nacional de Saúde, que regula a condução de testes e pesquisas envolvendo seres humanos e os direitos que devem ser garantidos a eles.

Foram fornecidos esclarecimentos detalhados sobre os objetivos, métodos, benefícios e possíveis desconfortos que o estudo poderia acarretar e cada participante recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi devidamente assinado, confirmando sua participação voluntária na pesquisa, com ênfase ao direito de retirar seu consentimento a qualquer momento durante o estudo.

O estudo previa riscos mínimos para os participantes, sendo o principal deles o possível constrangimento durante a entrevista e ao responder aos itens do roteiro. Para mitigar esse risco, a coleta de dados foi realizada de forma individualizada, em ambientes privativos, respeitando-se o sigilo e anonimato dos participantes. Em caso de constrangimento, foi previsto suporte emocional, através de atendimento psicológico, recurso este que não foi utilizado pelos participantes deste estudo, visto que não foram identificadas condições que demandassem esse tipo de suporte durante a pesquisa. Importante ressaltar que o estudo não implicou nenhum custo para os entrevistados.

Os instrumentos de coleta de dados foram identificados por meio de números seguindo uma sequência relacionada à coleta, substituindo-se o uso do nome do participante, por número para garantir a confidencialidade das informações.

Enquanto aos benefícios do estudo, destaca-se a oportunidade de avaliar o conhecimento e as práticas dos cuidadores leigos no cuidado com idosos institucionalizados. Além disso, o estudo pode contribuir para a equipe de saúde, incentivando o uso de ferramentas de cuidado que auxiliem na prevenção do declínio cognitivo em idosos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, será apresentada a análise dos dados coletados. Considerando os procedimentos de coleta de dados, foram identificados 12 cuidadores leigos atuantes nas ILPIs selecionadas para a realização do estudo. Destaca-se que este quantitativo compõe a totalidade dos cuidadores que atuam nas instituições e atenderam aos critérios de inclusão do estudo. Todos os cuidadores concordaram em participar da pesquisa.

Em relação ao gênero, dos 12 sujeitos deste estudo, um é do sexo masculino e onze são do sexo feminino. Conforme destacado por Ribeiro *et al.* (2008), há uma predominância significativa das mulheres nos cuidados a idosos. Essa predominância pode ser atribuída à notável presença feminina entre os cuidadores. A prática das mulheres em cuidar de seus filhos pode facilitar a adaptação a essa nova responsabilidade de cuidar de idosos.

Adicionalmente, a ligação afetiva das mulheres com o ato de cuidar pode contribuir para a humanização das instituições, levando-as a assumir essa função por delegação (de familiares) ou por necessidade de emprego, colocando sua força de trabalho no cuidado ao outro. Sendo assim, a sociedade, através de sua cultura, imputa o papel de cuidar à mulher (Ribeiro *et al.* 2008).

Dentre as cuidadoras do sexo feminino, três delas assumiram os cuidados de seus familiares que estão institucionalizados. Ravagni (2008), destaca que o ato de cuidar tradicionalmente ocorria no âmbito familiar e, frequentemente, era feito por mulheres, desempenhando este papel na maioria das vezes sem remuneração.

Em relação à faixa etária, as idades variaram entre 23 e 64 anos, sendo mais frequente identificar cuidadores na faixa etária de 40 anos de idade. Entre os participantes, notou-se, também, que a maioria dos cuidadores possui ensino médio completo. Isso se dá pelo fato de o cuidador não ser uma profissão e sim uma ocupação, não necessitando de escolarização para além do ensino fundamental. Apesar da existência de cursos de formação para cuidadores de idosos, não há obrigatoriedade de comprovação de participação/conclusão destes cursos para o exercício da função.

Em 2002, foi incluída na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) a ocupação de cuidador de idosos, com o código 5162. Para se tornar um cuidador de idosos, é exigido apenas o ensino fundamental completo. Conforme a Portaria nº 1395/99, citada por Camarano, Fernandes e Silva, (2023), estabeleceu-se que a escolaridade necessária para os cuidadores é diferenciada entre os dois tipos de cuidadores. Aqueles que não são remunerados devem ser alfabetizados e possuir noções básicas sobre o cuidado ao idoso. Por outro lado, os cuidadores

remunerados precisam ter o ensino fundamental completo, ser maiores de idade e ter concluído um processo formativo ministrado por uma instituição reconhecida, seguindo um conteúdo específico para esse propósito. Contudo, devido à falta de regulamentação, a atividade e a capacitação permanecem sob livre exercício, sendo exercida na grande maioria por pessoas de meia idade.

Observa-se que os cuidadores, objeto central deste estudo, possuem uma média de cinco anos de experiência nesta função. O fato de estarem atualmente engajados nesse trabalho fortalece as suas vivências e a troca de experiências entre eles.

Vieira *et al.* (2011), apontam que cuidar é uma ação e um comportamento que engloba conhecimento, valores, habilidades e atitudes voltadas para promover as potencialidades das pessoas, visando manter ou melhorar sua condição humana no processo de viver ou morrer. Cuidar de alguém requer do cuidador habilidades que se manifestam no cotidiano do cuidado. O conhecimento dos cuidadores é adquirido também por meio da interação entre eles, isto é, na troca de experiências e diálogos sociais, nas diversas formas de cuidado realizadas em conjunto na construção de suas vidas, assim como com os profissionais de saúde.

Diante disso, Braga e Silva (2011) mencionam que na Teoria das Relações Interpessoais proposta Hildegard Elizabeth Peplau, o cuidado se torna mais humanizado quando existe interação entre quem cuida e quem recebe o cuidado, sendo esta condição de suma importância para facilitar as relações e atender a todas as necessidades do cliente.

Nesse mesmo sentido, o cuidador deve estabelecer uma interação próxima com o idoso, oferecendo auxílio nas suas dificuldades e nas atividades diárias, além de orientá-lo de forma a fornecer informações claras sobre a sua condição de saúde. O objetivo do cuidador deve ser capacitar o idoso a compreender sua situação e incentivá-lo a assumir um papel ativo nos cuidados, buscando promover seu autocuidado. Além disso, é fundamental que o cuidador respeite a cultura e os valores do idoso, levando em consideração suas particularidades no processo de cuidado, contribuindo para uma interação mais efetiva, melhorando a qualidade do cuidado prestado.

Ao participarem deste estudo, os cuidadores de idosos tiveram a oportunidade de apresentar informações que corroboram com a descrição de alguns elementos relacionados ao processo de cuidar, especialmente aqueles direcionados a idosos institucionalizados, onde, muitas vezes, as oportunidades de cuidado se manifestam diferentemente daquelas que poderiam ser criadas em espaços domiciliares.

Ainda, cabe considerar, que a institucionalização pode estar vinculada ao declínio das funções habituais do idoso, em vários aspectos, destacando-se, para este estudo, o declínio

cognitivo. Os cuidadores de idosos são de suma importância para a prevenção do declínio cognitivo dos idosos, visto que, são estes cuidadores que permanecem junto ao idoso boa parte do tempo, realizando atividades diversas que variam desde a prestação de cuidados de higiene e conforto até aqueles direcionados à promoção da saúde.

Neste viés, o presente estudo propõe-se a discutir o processo de cuidado desenvolvido pelos cuidadores de idosos no contexto da prevenção do declínio cognitivo.

Seguindo os princípios de análise conteúdo de Laurence Bardin (2016), os dados coletados foram organizados em 3 categorias empíricas, cada qual com 2 subcategorias. Esta organização está disposta no quadro I, conforme segue:

Quadro 1 - Categorias e subcategorias de análise

Categorias de Análise	Subcategorias	Apresentação do discurso	Apresentação do conteúdo
Processo de cuidar do idoso institucionalizado e a atuação do cuidador leigo	Apresentando o cuidador	Pessoa que auxilia nas necessidades e condições físicas, psicológicas que o idoso necessita. (E10 - informação transcrita). ¹	O cuidador de idoso é definido como a pessoa que auxilia nas atividades de vida diária, cuidados estes direcionados a alimentação, higiene e medicação, atendendo demandas de necessidades humanas básicas.
	Papel do cuidador	<p>Acredito que o mais importante é entender o idoso, respeitar o idoso naquela condição que ele se encontra, não contrariar, não julgar. Cuidar do idoso naquela condição que está passando, já que ele espera ter uma companhia, que o respeite, que o escute. Sobretudo perceber as coisas que estão acontecendo ao redor. (E4 – informação transcrita).²</p> <p>Acredito que seja a assistência geral, alimentação, medicação, higiene. (E8 – informação transcrita).³</p> <p>[...] Buscar tudo aquilo que é oferecido pelo sistema de saúde. (E3 – informação transcrita)⁴</p>	Descrevem o papel do cuidador como uma responsabilidade ligada à execução das atividades diárias, das quais o idoso já não consegue realizar de forma independente ou sem supervisão. Ressaltam que para esse cuidado, é crucial ter atenção e paciência, buscando compreender o idoso em toda a sua complexidade. Além disso, destacam a importância da garantia de direitos do idoso.

¹ Entrevista respondida por E10 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

² Entrevista respondida por E4 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

³ Entrevista respondida por E8 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

⁴ Entrevista respondida por E3 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

O declínio cognitivo sob o olhar de cuidador de idosos institucionalizados	Conceituando declínio cognitivo	Acredito que esquecimento, perda da memória, falta de controle físico e psicossocial. (E12 – informação transcrita). ⁵	O declínio cognitivo é vinculado à perda da memória por parte do idoso e nem sempre é claramente definido por alguns cuidadores.
	Sinais de declínio cognitivo	A maioria dos idosos tem a perda da memória e a dificuldade de realizar tarefas que antes faziam com facilidade, é como se o idoso desaprendesse a fazer tarefas simples, como por exemplo escovar os dentes. [...] (E3 – informação transcrita). ⁶	Os sinais e sintomas do declínio cognitivo são relacionados à falta de capacidade do idoso para realizar as atividades da vida diária.
A prevenção do declínio cognitivo entre idosos institucionalizados	Ações do cuidador e a prevenção do declínio cognitivo	Penso que o exercício físico, não parar de andar, praticar uma caminhada, exercitar o seu corpo. Jogar jogos, dançar, praticar a mente, sair passear. (E7 – informação transcrita) ⁷ Fisioterapia, trabalhar parte espiritual, comunicação cotidiana, estímulo visual, cognitivo, jogos de memória, conectar o idoso à realidade (notícias). (E11 – informação transcrita). ⁸ [...] quando um idoso já tem a doença é difícil implementar cuidados. Acredito que não tem como mudar isso, mas sim aplicar cuidados para confortar o idoso. (E4 – informação transcrita). ⁹	A prevenção do declínio cognitivo está principalmente ligada à promoção de exercícios físicos e ao estímulo da memória através de jogos. Enfatizam a relevância de proporcionar conforto aos idosos já que muitas vezes não veem oportunidades para ações preventivas.
	Facilidades e dificuldades na prevenção do declínio cognitivo	As facilidades: estrutura que a família dá ao cuidador, o tempo e a aceitação do idoso a realizar as coisas do dia a dia. As dificuldades: quando não tem uma rede de apoio, teimosia por parte do idoso e muitas vezes o quadro depressivo. (E1 – informação transcrita). ¹⁰ De dificuldade é a mudança de comportamento do idoso, por	As facilidades e dificuldades mencionadas pelos cuidadores estão diretamente associadas à execução das atividades diárias, sem mencionar questões relacionadas ao declínio cognitivo. Contudo, aspectos como suporte familiar, escolaridade do idoso e processo de conhecimento e aceitação da doença são fatores que facilitam o trabalho do

⁵ Entrevista respondida por E12 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

⁶ Entrevista respondida por E3 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

⁷ Entrevista respondida por E7 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

⁸ Entrevista respondida por E11 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

⁹ Entrevista respondida por E4 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

¹⁰ Entrevista respondida por E1 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

		<p>exemplo, é necessário fazer uma caminhada, o idoso geralmente se nega ou quer deixar para depois. O idoso tem dificuldade de aceitar essas mudanças. As facilidades são encontradas nas pessoas mais entendidas, que tem uma escolaridade, essas pessoas aceitam melhor os cuidados e compreendem a importância dos cuidados. (E4 – informação transcrita).¹¹</p>	<p>cuidador. Já a falta de rede de apoio, o tempo para a execução dos cuidados e as mudanças comportamentais, especialmente as alterações de humor, dificultam o processo de cuidar.</p>
--	--	---	--

Fonte: Elaborado pela autora, (2023).

4.1 PROCESSO DE CUIDAR DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO E A ATUAÇÃO DO CUIDADOR LEIGO

Nesta categoria, serão apresentadas informações detalhadas sobre o perfil e a função dos cuidadores de idosos. Será abordado o papel central desempenhado por esses profissionais no suporte e assistência aos idosos, as características e habilidades essenciais que contribuem para uma prestação de cuidados eficaz, direcionada para a promoção da qualidade de vida e o bem-estar dos idosos.

4.1.1 Apresentando o Cuidador

O cuidador desempenha um papel fundamental ao oferecer assistência e suporte às pessoas idosas em suas necessidades pessoais, psicológicas e biológicas, auxiliando-as a realizar suas atividades cotidianas.

Neste contexto, o cuidador é descrito como alguém que atua de acordo com os objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, buscando garantir o bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. Este papel pode ser desempenhado por membros da família ou pela comunidade, e pode envolver cuidados a pessoas de diferentes faixas etárias que necessitam de assistência devido a condições de acamamento, limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (Brasil, 2008).

¹¹ Entrevista respondida por E4 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

Durante o desenvolvimento deste estudo, foram identificadas pessoas que se dedicam ao cuidado de idosos. Alguns cuidadores prestam este cuidado a familiares, mas a grande maioria atua com remuneração, caracterizando o desempenho de uma ocupação.

Evidenciou-se que a maioria dos cuidadores não participaram de treinamento para exercer a ocupação de cuidador e, conseqüentemente, não utilizaram os manuais disponibilizados pelo Ministério da Saúde e outras instituições. Muitos deles não têm conhecimento sequer da existência dessas ferramentas. Essa situação pode ser atribuída à ausência de obrigatoriedade de uma formação específica para desempenhar essa função.

Conforme descrito no Manual de Formação Inicial e Continuada Cuidador de Idosos mencionado por Pedrolo (2012), a atividade do cuidador de idosos é reconhecida como ocupação e não como profissão. Os cursos que capacitam o cuidador da pessoa idosa não estão ainda regulamentados. Não existe uma padronização e normas fixas sobre o conteúdo ou a carga horária mínima obrigatória para eles.

Os participantes deste estudo têm uma percepção unânime de que o cuidador de idosos desempenha um papel abrangente, auxiliando os idosos em todas as suas atividades diárias. Como mencionado pelo E1, os cuidadores acreditam que sua função envolve oferecer assistência, cuidando e auxiliando os idosos em todas as tarefas do cotidiano.

Eu acho que o cuidador é o dia a dia do idoso, vai manter o dia a dia, cuidar da medicação, do banho, conversar. Percebo que o cuidador precisa se manter emocionalmente, já que recebe por aquele trabalho. É alguém que deve se organizar antes do idoso.” (E1 – informação transcrita).¹²

Assim como o E2 que descreve:

[...] cuidador de idoso é aquela pessoa que faz tudo para o idoso, dar banho, comida, cuidar da higiene, troca de roupa. (E2 – informação transcrita).¹³

O cuidador precisa estar ciente de que a pessoa sob seus cuidados pode apresentar reações e comportamentos que tornam o cuidado mais desafiador, como quando a pessoa recusa alimentação ou manifesta resistência ao banho. É crucial que o cuidador compreenda as barreiras que surgem ao fornecer cuidados, especialmente quando a pessoa assistida não está receptiva, e que possa lidar com suas próprias emoções de frustração sem se sentir culpado (Brasil, 2008).

¹² Entrevista respondida por E1 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

¹³ Entrevista respondida por E2 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

Para isso, é fundamental que o cuidador seja um indivíduo paciente e compreensivo, permitindo assim, a adaptação às várias mudanças que o idoso possa enfrentar. Essa necessidade é claramente destacada e compreendida pelos cuidadores que relataram:

Eu entendo que o cuidador de idosos é aquela pessoa que deve prestar cuidados e ser atencioso com o idoso. (E5 – informação transcrita).¹⁴

É aquela pessoa que precisa entender o idoso, suas necessidades. O cuidador deve perguntar sempre o que o idoso sente e o que precisa. (E4 – informação transcrita).¹⁵

Neste estudo, foram também identificados cuidadores informais, que prestam assistência a familiares sem receber qualquer tipo de remuneração. De acordo com Alves *et al.* (2019), o cuidador informal de idosos dependentes, geralmente, é um membro da família que cuida do idoso e, muitas vezes, desempenha essa função de forma desassistida, sem ajuda de outros familiares ou orientação de profissionais da saúde e, sem receber compensação financeira. Nesse contexto, o cuidador, muitas vezes, se percebe como o único responsável pelos cuidados e representa a ligação entre o idoso, a família e a equipe de saúde.

Fica evidente que muitos cuidadores informais de idosos não se identificam como tal, pois acreditam que um cuidador é apenas alguém que tenha feito um curso específico e seja remunerado, como mencionado por E7:

Eu acho que é alguém que fez um curso de cuidador e está apto a prestar cuidados. (E7 – informação transcrita).¹⁶

Conforme destacado, não é necessário que o cuidador faça um curso especializado para que possa atuar, porém é necessário que este cuidador tenha conhecimentos básicos acerca dos cuidados essenciais, para que possa desempenhar sua função de modo mais humanizado e eficaz.

Assim, o ato de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde, portanto o cuidador não deve executar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais de saúde (Brasil, 2008).

O cuidador de idosos deve se apropriar das mesmas atividades que a enfermagem ensina para a própria família que presta cuidado no domicílio ou, para o idoso na manutenção do autocuidado. É importante que o cuidador reconheça seus limites na realização de atividades

¹⁴ Entrevista respondida por E5 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

¹⁵ Entrevista respondida por E4 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

¹⁶ Entrevista respondida por E7 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

diárias e tenha clareza para identificar quando solicitar a atuação de um profissional de saúde (Fernandes *et al.*, 2022).

O cuidador deve possuir habilidades e conhecimentos mínimos para auxiliar o idoso em suas necessidades, contrariando a concepção de que apenas aqueles que realizaram um curso formal podem desempenhar essa função. Esse entendimento vai ao encontro da abordagem de Peplau, citada por Braga e Silva (2011), que apresenta o papel do cuidador em estimular os indivíduos na busca por uma vida criativa. Tanto o cuidador quanto a pessoa envolvida no cuidado devem ter a possibilidade de enriquecer suas vidas por meio de experiências e aprendizado.

É fundamental que o cuidador seja uma pessoa que possa compreender plenamente o paciente, dedicando-se a entender suas necessidades. Esse aspecto é ressaltado pelo E4, que afirma:

O cuidador é aquela pessoa que precisa compreender o idoso, suas necessidades. Deve sempre perguntar ao idoso sobre seus sentimentos e necessidades. (E4 – informação transcrita)¹⁷

O cuidador deve planejar todas as atividades em colaboração com a família e em coordenação com os profissionais de saúde e a equipe multidisciplinar local. Dessa forma, o cuidador estará apto a desempenhar seu papel de acordo com suas responsabilidades.

A coexistência dos cuidadores em espaços de atuação da enfermagem, bem como o compartilhamento do idoso como indivíduo que recebe o cuidado nas ILPI, traz desafios para a delimitação do papel e funções do cuidador. O limite formal de atuação do cuidador de idosos em relação ao técnico de enfermagem, deve ser consolidado com base nos aspectos legais que definem cada função (Fernandes *et al.*, 2022).

4.1.2 Papel do Cuidador

O Ministério da Saúde, conforme citado por Brites e Santana (2014), define que a função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa idosa a cuidar de si, ou seja, a prestação de cuidados simples e elementares.

A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, auxiliando somente nas atividades que ela não consiga realizar sozinha. Ressaltando sempre que não fazem parte

¹⁷ Entrevista respondida por E4 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

da rotina do cuidador técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem (Brasil, 2008).

É evidente que a maioria dos cuidadores associa sua responsabilidade principalmente à higiene pessoal, alimentação e administração de medicamentos, como fica claro nas falas dos entrevistados. No entanto, muitos deles parecem carecer de uma compreensão mais abrangente do papel do cuidador e de sua importância no cuidado ao idoso.

Segundo Peplau, o cuidador deve auxiliar os indivíduos a estabelecer condições para satisfazer as suas necessidades. As ações do cuidador devem ser mediadas por uma postura facilitadora do cuidado traçando objetivos para atender situações que requerem atenção especial (Braga e Silva, 2011).

Alguns cuidadores descrevem sua função de maneira mais simplificada, conforme ilustrado a seguir:

Cuidar da medicação, higiene, alimentação e fazer companhia. (E1 – informação transcrita).¹⁸

O E4 menciona também que sua função como cuidador é, para além dos cuidados essenciais, dar atenção:

Cuidados gerais, pergunto o que está sentindo, se precisa de alguma coisa, auxílio no banho, alimentação. Acredito que dar atenção e ajudar o idoso em suas necessidades. (E4 – informação transcrita)¹⁹

Para desempenhar a função de cuidador de idosos de forma eficaz, é essencial que este possua um conhecimento mínimo dos cuidados necessários, relacionando às necessidades específicas do idoso.

Conforme citado por Brites e Santana (2014), a capacitação do cuidador de idosos é realizada através de materiais do tipo manuais educativos e guias práticos contendo orientações a respeito das demandas diárias de cuidado que os idosos podem ou não apresentar em virtude da diminuição de sua capacidade funcional, não sendo obrigatório a realização de curso.

É fundamental que o cuidador compreenda as condições de saúde, doenças, dificuldades e limitações do idoso a quem presta assistência. Certamente para que isso seja possível o cuidador deve conhecer a pessoa que irá cuidar, buscando saber através dos familiares, como este idoso se comporta, do que gosta, se possui alguma doença, buscar entender sintomas e

¹⁸ Entrevista respondida por E1 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

¹⁹ Entrevista respondida por E4 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

sinais de doenças prévias, bem como seu tratamento, para que desenvolva os cuidados conforme essas necessidades.

Essa condição é relatada pelo E1, que menciona a importância de observar bem o idoso que cuida.

Primeiramente é prestar atenção nas mudanças, [...]. Acredito que devemos ser observador, e observar todas as atividades do dia a dia do idoso. (E1 – informação transcrita).²⁰

Alguns cuidadores ressaltam outros aspectos considerados essenciais no cuidado ao idoso, alinhados com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Isso envolve acompanhar e auxiliar o idoso, levando em consideração uma definição embasada em um entendimento mais abrangente, como expresso na declaração do E3, que menciona:

Acompanhamento, atenção ao idoso. Procurar não deixar o idoso fazer as coisas do dia a dia sozinho, auxiliá-lo nas tarefas do dia a dia. Ajudar na higiene, auxiliar durante a alimentação, conversar com o paciente sobre o que ele gosta de comer. Acredito que devemos adequar o dia a dia do idoso. (E3 – informação transcrita)²¹

O E10 apresenta um elenco de funções que considera importante no desempenho de suas atividades junto ao idoso institucionalizado:

Depende muito do idoso, mas no geral é o banho, alimentação, necessidades básicas gerais, sair para passear, conversar, ouvir, fazer entretenimentos, realizar massagens, fisioterapia, movimentos, alongamentos. Empatia, compaixão, paciência, comunicação [...] (E10 – informação transcrita)²²

A implementação das atividades do cuidador deve considerar as condições prévias de saúde e adoecimentos do idoso. O fato dos idosos estarem institucionalizados favorece a avaliação e a intervenção dos profissionais de saúde. As tarefas do cuidador de idosos devem ser compatíveis com as atividades de autocuidado, que por alguma limitação, o idoso não está apto a realizar sozinho. Assim, empatia e compaixão apresentam-se como atributos essenciais para o cuidador de idosos.

Uma observação feita pelo E10 que está em desacordo com sua função é relacionada à fisioterapia. A fisioterapia é uma atribuição do profissional fisioterapeuta, que possui conhecimento especializado e qualificação para realizar procedimentos mais complexos dentro de sua área, portanto não sendo uma função do cuidador. Este pode atender às prescrições do

²⁰ Entrevista respondida por E1 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

²¹ Entrevista respondida por E3 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

²² Entrevista respondida por E10 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

fisioterapeuta, colaborando com a realização de exercícios que são definidos e previamente orientados pelo profissional.

O E5 informa que as suas ações devem trazer benefícios ao idoso. Assim, além da manutenção do bem-estar fisiológico, é importante que o cuidador esteja atento às necessidades e proporcione estímulos aos idosos. A fala do E5 está registrada conforme segue:

Como alternativas para trazer benefícios aos idosos, acredito que jogar jogos, conversar bastante com os idosos e principalmente dar atenção. (E5 – informação transcrita)²³

O Guia Prático do Cuidador, documento publicado pelo Ministério da Saúde, apresenta as principais funções do cuidador, as quais são: atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde; escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada; ajudar nos cuidados de higiene; estimular e ajudar na alimentação; ajudar na locomoção e atividades físicas (andar, tomar sol e exercícios físicos); estimular atividades de lazer e ocupacionais; realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto; administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde; comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada (Brasil 2008).

Além destes citados pelo Ministério da Saúde, Pedrolo (2012), no Manual de Formação Inicial e Continuada Cuidador de Idosos, cita outras funções importantes do cuidador, sendo 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, etc.); cuidar do vestuário dando sempre à pessoa idosa 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 auto-estima.

Levando em consideração as funções do cuidador levantadas pelo Ministério da Saúde, a maioria dos cuidadores destacam-se de forma mais sucinta, mas compreendem quais as atividades de sua competência. O E8 e o E11 destacam, que sua função é:

Troca de roupas, banho, higiene e conforto, medicações, curativos quando necessário. (E8 – informação transcrita)²⁴

Trocar, fazer mudança de decúbito, auxiliar eles naquilo que é necessário. (E11 – informação transcrita)²⁵

²³ Entrevista respondida por E5 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

²⁴ Entrevista respondida por E8 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

²⁵ Entrevista respondida por E11 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

É importante ressaltar que alguns cuidadores desempenham suas funções em horários mais restritos, como aqueles que trabalham durante a noite. Entretanto, é fundamental destacar que, independentemente do horário, o cuidador compreende suas responsabilidades e relata suas experiências e funções de acordo com sua vivência.

Primeiro, na prática nem tudo podemos fazer. Na minha rotina quando chegamos fazemos chá, arrumamos as roupas, organizamos as coisas para banho, conversamos e ouvimos o idoso. São 12 horas que preciso estar a disposição do idoso, fazendo a troca de fralda, mudança de decúbito, limpeza quando dá tempo. No início da manhã é realizado o banho, estímulo o idoso a fazer as coisas, caminhar, trocar roupas de idosos mais debilitados. É um momento que precisamos ter paciência. (E6 – informação transcrita)²⁶

A E6 menciona ainda que o cuidador de idosos deve:

Tratar o idoso bem, conversar com carinho independente da hora, fazer a movimentação do idoso, no tempo dele, não atropelar as coisas e fazer com que o idoso faça as atividades sozinho, estimular, tudo no tempo dele. (E6 – informação transcrita)

Percebe-se nos relatos, que os cuidadores levam muito em consideração os sentimentos dos idosos, o que não deixa de ser uma função do cuidador. Em suas falas mencionam que precisam estar abertos a ouvir o idoso. É muito relevante que tenham essa compreensão, já que o cuidar do idoso não está relacionado somente a questões práticas, mas também a atenção e a escuta ativa deste idoso, atendendo às suas necessidades emocionais e psicológicas.

Essa questão é mencionada no Manual dos Cuidadores de Pessoas Idosas de São Paulo (2009). O cuidador é uma pessoa fundamental na manutenção do bem-estar psicológico do idoso que enfrenta sofrimentos emocionais. Suas ações positivas, nesse momento, serão fundamentais para trazer novo colorido a uma vida cuja perspectiva pode estar muito sombria. O E3 ressalta que é de extrema importância entender, respeitar e ouvir o idoso.

Acredito que o mais importante é entender o idoso, respeitar o idoso naquela condição que ele se encontra, não contrariar, não julgar. Cuidar do idoso naquela condição que está passando, já que ele espera ter uma companhia, que o respeite, que o escute. Sobretudo perceber as coisas que estão acontecendo ao redor. (E3 – informação transcrita)²⁷

Mesmo o idoso doente ou com limitações, precisa e tem direito de saber o que está acontecendo ao seu redor e de ser incluído nas conversas. É importante que a família e o cuidador continuem compartilhando os momentos de suas vidas, demonstrem o quanto o

²⁶ Entrevista respondida por E6 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

²⁷ Entrevista respondida por E3 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

estimam, falem de suas emoções e sobre as atividades que fazem, mas acima de tudo, é muito importante escutar e valorizar o que a pessoa fala (Brasil, 2008).

O cuidador também deve estar bem atento às políticas públicas que atendem e oferecem ferramentas ao idoso. Essa condição é relatada pela E10, que menciona sobre a importância de supervisionar e buscar auxílio através das políticas públicas:

[...] supervisão da aplicação das políticas públicas do idoso, auxílio do governo para fornecer materiais que auxiliem nas atividades /cuidados. (E10 – informação transcrita)²⁸

O cuidador de idosos deve estar atento e ter o conhecimento das políticas públicas que atendem aos idosos. Conforme citado por Pedrolo (2012), no Manual de Formação Inicial e Continuada Cuidador de Idosos, dentre as políticas públicas podemos citar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada pela portaria 2.528, de 19 de outubro de 2006. Esta política tem por finalidade promover, manter e recuperar a autonomia e independência do indivíduo idoso, direcionando as medidas coletivas e individuais de saúde para este fim, de acordo com os princípios do SUS.

Portanto, destaca-se que é responsabilidade do cuidador atuar de acordo com as orientações das políticas públicas voltadas para o cuidado ao idoso. Isso implica também em compreender e buscar garantir os direitos do idoso relacionados às condições de saúde, incluindo acesso a medicamentos, realização de exames, atendimento médico e disponibilidade de materiais que possam auxiliar o idoso em seu processo de saúde e doença.

Os entrevistados têm uma compreensão da função do cuidador, ainda que seja mais simples. Em seus relatos, eles mencionam as práticas que estão dentro de sua competência, alinhando-se com as diretrizes e manuais do Ministério da Saúde, porém sem o conhecimento dessas ferramentas que são ofertadas pelo mesmo, que os auxiliem neste cuidado.

É crucial que o cuidador tenha acesso a informações acerca das suas atribuições e limitações para evitar a execução de práticas que são direcionadas às profissões de saúde. Quando o cuidador reconhece as suas funções, é capaz de focar nas suas competências e garantir práticas de cuidado mais seguras e de alta qualidade.

²⁸ Entrevista respondida por E10 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

4.2 O DECLÍNIO COGNITIVO SOB O OLHAR DO CUIDADOR DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Nesta categoria serão apresentados dados relacionados ao conhecimento do cuidador leigo a respeito do Declínio Cognitivo (DC), bem como sinais e sintomas definidos como característicos do processo do DC.

4.2.1 Conceituando Declínio Cognitivo

O declínio cognitivo representa um comprometimento das funções cognitivas fundamentais, como a memória, função motora, pensamento e comportamento, as quais exercem um impacto direto nas tarefas do dia a dia de qualquer indivíduo (Brasil, 2019).

Conforme Moraes, Marino e Santos (2010) a cognição é a habilidade mental de compreender e resolver os desafios do dia a dia. Ela engloba a capacidade de armazenar informações, planejar, antecipar, sequenciar e monitorar tarefas complexas, além de compreender e expressar a linguagem de forma oral e escrita. Inclui também a capacidade de realizar atividades motoras, reconhecer estímulos visuais, auditivos e táteis, bem como a habilidade de se localizar no espaço e perceber as relações entre os objetos.

É importante que o cuidador tenha clareza das dimensões que estão envolvidas no conceito de declínio cognitivo no intuito de reconhecerem as mudanças que ocorrem no idoso e o quanto estas impactam no cotidiano de quem cuida e recebe o cuidado. Assim, destaca-se as falas dos cuidadores com a definição de declínio cognitivo. Essa condição é descrita pelo (E11), que compreende o declínio cognitivo como:

Quando a pessoa começa a ter diminuição das capacidades físicas e psicológicas. (E11 – informação transcrita)²⁹

De maneira semelhante, (E8) também menciona o declínio cognitivo como:

[...] perda das funções motoras e cerebrais. (E8 – informação transcrita)³⁰

Essa compreensão é compartilhada pelo E4, que descreve:

²⁹ Entrevista respondida por E11 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

³⁰ Entrevista respondida por E8 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

[...] É o esquecimento, falhas, perda da noção do tempo e espaço. (E4– informação transcrita)³¹

O comprometimento da cognição pode ser resultado de alterações fisiológicas típicas do processo de envelhecimento. No entanto, quando essas funções cognitivas se deterioram de maneira gradual e mais acentuada do que o esperado para a idade e grau de escolaridade, devem servir como um sinal de alerta para a possibilidade de demência, incluindo a Doença de Alzheimer (Mendes *et al.* 2018).

Da mesma forma Bertoldi, Batista e Ruzanowsky (2015), mencionam que a diminuição da capacidade cognitiva, tem um impacto, na memória, no pensamento lógico, no discernimento crítico, habilidades práticas e de reconhecimento, na orientação no espaço, em aspectos afetivos, traços de personalidade e atitudes, linguagem e outras maneiras de se comunicar.

Esse fato é evidenciado pelo E6, o qual descreve o declínio cognitivo como:

Uma pessoa que perde as coordenações motoras, o que se fazia com facilidade, com o avançar da idade não faz mais. (E6 – informação transcrita)³²

É fundamental ressaltar que as alterações cognitivas podem ser parte natural do processo de envelhecimento. O ponto crucial está em observar como essas alterações se manifestam. Conforme destacado por Nordon e Guimarães (2009), as alterações características do envelhecimento resultam em déficits cognitivos frequentemente considerados como parte natural desse processo, tais como esquecimento de eventos recentes, dificuldades em cálculos e alterações na atenção.

No entrando estes conceitos nem sempre são completamente compreendidos pelos cuidadores, sendo que a maioria associa o declínio cognitivo apenas à perda de memória, sem uma compreensão mais abrangente do termo. Mesmo com a disponibilidade de informações por diversos meios de comunicação, é evidente que muitos deles não têm conhecimento ou nunca ouviram falar sobre o declínio cognitivo, conforme identificado na fala do E3 o qual menciona:

Não sei, nunca ouvi falar. (E3 – informação transcrita)³³

Portanto, os cuidadores possuem uma compreensão limitada do termo ou, se possuem conhecimento, este é insuficiente. De acordo com Peplau, citado por Braga e Silva (2011), o

³¹ Entrevista respondida por E4 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

³² Entrevista respondida por E6 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

³³ Entrevista respondida por E3 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

processo terapêutico deve ser conduzido por indivíduos que possuam a habilidade de reconhecer e atender às necessidades de ajuda dos pacientes, auxiliando-os no âmbito da saúde. A ausência desse entendimento e orientação acerca desse processo terapêutico pode interferir diretamente na forma como o cuidador planeja e executa suas ações de cuidado.

4.2.2 Sinais de Declínio Cognitivo

As alterações ocasionadas pelo declínio cognitivo podem representar uma barreira significativa para a execução das atividades de vida diária que os idosos costumavam realizar com facilidade. Essas mudanças podem abranger desde simples tarefas cotidianas, como se vestir e preparar refeições, até atividades mais complexas.

Portanto, a detecção precoce de sinais de declínio cognitivo é essencial para diagnóstico e intervenção adequados. Cabe ao cuidador observar dificuldades em tarefas diárias, memória, decisões, orientação, além de mudanças de comportamento, humor e isolamento social, os quais podem indicar perda da cognição.

Os sinais de declínio cognitivo conforme descrito por Nascimento *et al.* (2015), interferem negativamente na qualidade de vida dos idosos, com dificuldades de manutenção da atenção, memória recente e elaboração de cálculos. As perdas neuronais graduais, com o avançar da idade, resultam na diminuição da capacidade funcional, com consequente prejuízo da memória.

Fica evidente que, com esta condição, os idosos enfrentam dificuldades para realizar atividades de vida diária que antes desempenhavam com facilidade. Todos os sinais e sintomas associados à perda de cognição têm um impacto direto na vida do idoso, afetando tanto sua capacidade funcional quanto suas relações interpessoais.

Essa condição também é abordada por Cunha *et al.* (2015), onde se observa que pacientes com declínio da capacidade cognitiva manifestam dificuldades sutis no desempenho de atividades de vida diária. Essas dificuldades são específicas para cada indivíduo e são influenciadas por fatores socioculturais e motivacionais, tais como trabalho, lazer, hobbies ou atividades sociais.

Os principais sinais do declínio cognitivo são compreendidos pelos cuidadores, sendo que em seus relatos a perda da memória como principal sinal, seguido de uma perda da função motora. Além disso, é frequentemente observada pelos cuidadores a dificuldade na fala e linguagem como sintomas relevantes do declínio cognitivo.

Conforme discutido por Leite *et al.* (2014), o comprometimento da memória, especialmente em relação a eventos recentes, representa o primeiro sinal mais notável do declínio cognitivo. À medida que progride, outros sinais também se manifestam, tais como prejuízo na linguagem e dificuldade em executar tarefas cotidianas mais simples.

Essas condições ficam evidentes no relato do E9, que descreve como sinais:

Observo que muitos têm perda da memória, atenção, linguagem, visão e no geral não conseguem realizar atividades diárias. (E9 – informação transcrita)³⁴

Assim como o E8, o qual menciona:

[...] alteração na fala, confusão mental, função motora, não consegue mais ler, dificuldade em se alimentar sozinha. (E8 – informação transcrita)³⁵

Outro sinal evidente está relacionado à marcha. Conforme apontado por Santos *et al.* (2022), os idosos com suspeita de declínio cognitivo mostram uma redução na velocidade da marcha, tanto na forma simples quanto durante atividades simultâneas, o que pode ser considerado um biomarcador para a progressão da demência.

Essa condição foi relatada pelo E7, que menciona:

O andar, a dificuldade de andar é a mais visível, não conseguem se vestir [...]. O caminhar é lento demais, assim como a dificuldade de movimentação. (E7 – informação transcrita)³⁶

Assim como o E12, que descreve:

Perda de memória, dificuldade de se movimentar, higienização, muitas dificuldades para se alimentar. (E12 – informação transcrita)³⁷

Devido a estas condições os idosos necessitam de um olhar mais atento. Camargos, Lehnem e Cortinaz (2018) destacam que, em muitos casos, os idosos necessitam de assistência e cuidados para realizar as atividades de vida diária, demandando auxílio de uma pessoa para as tarefas relacionadas ao lar, alimentação, deslocamento, entre outras. Diante dessa realidade, é fundamental promover uma interação efetiva entre o cuidador e o idoso, visando apoiá-lo no desenvolvimento nessa fase da vida.

³⁴ Entrevista respondida por E9 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

³⁵ Entrevista respondida por E8 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

³⁶ Entrevista respondida por E7 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

³⁷ Entrevista respondida por E12 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

Neste sentido é destacado por Peplau descrito por Braga e Silva (2011), que o processo de cuidar deve criar uma atitude otimista da qual deriva uma força interna capaz de diminuir sentimentos de desamparo e inutilidade.

Isso pode ser compreendido pelo fato do idoso se sentir inútil, o que é destacado pela E11, o qual menciona sobre os sentimentos do idoso:

[..] carência emocional, [...]. Depressão, sensação de inutilidade [...]. (E11 – informação transcrita)³⁸

É necessário estar atento aos sinais de diminuição da cognição devido a senescência, sendo algo natural do processo do envelhecimento. Alguns cuidadores mencionam que os sinais que percebem na pessoa idosa estão vinculados à função motora, o que pode ser relacionado a um envelhecimento natural e não a uma condição de senilidade. Essa condição fica evidente no relato do E6, que menciona:

Percebo que tem uma diminuição da coordenação motora, porém a memória dela é muito boa [...] (E6 – informação transcrita)³⁹

Dessa forma, torna-se essencial identificar os sinais apresentados pelos idosos, visando um diagnóstico precoce e possibilitando o início de práticas que retardem a perda cognitiva. Os cuidadores possuem um certo conhecimento sobre esses sintomas e conseguem identificá-los. No entanto, é necessário aprofundar esses conhecimentos para que possam distinguir os sinais de senescência dos sinais de senilidade, permitindo intervenções de saúde mais eficazes e direcionadas.

4.3 A PREVENÇÃO DO DECLÍNIO COGNITIVO ENTRE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Nesta categoria serão discutidas as ações que os cuidadores de idosos utilizam para prevenir o declínio cognitivo, baseadas no conhecimento que possuem sobre o tema, bem como as dificuldades e facilidades encontradas na implementação de atividades e ações voltadas para a sua prevenção.

³⁸ Entrevista respondida por E11 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

³⁹ Entrevista respondida por E6 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

4.3.1 Ações do Cuidador e a Prevenção do Declínio Cognitivo

De acordo com Mendes *et al.* (2018), estudos recentes indicam que determinadas práticas podem postergar o declínio cognitivo bem como prevenir. Atividade física, alimentação balanceada, interação social, controle de riscos cardiovasculares - hipertensão arterial, diabetes e hipercolesterolemia - e estimulação cognitiva, por meio da leitura, jogos de tabuleiro, palavras cruzadas e uso do computador, por exemplo, são práticas recomendadas para a prevenção do declínio cognitivo.

Os cuidadores de idosos deste estudo apresentam um conhecimento limitado acerca do que envolve o declínio cognitivo e, também, em relação a sua prevenção. Compreendem que a prevenção está relacionada a mudança nos hábitos de vida, principalmente a prática de atividades físicas e o estímulo da memória através de jogos, conforme o E12 menciona:

Com o uso de jogos, memória, estímulos. (E12 – informação transcrita)⁴⁰

Atividade física precocemente e principalmente perceber as mudanças que o idoso apresenta. (E1 – informação transcrita)⁴¹

O estilo e qualidade de vida são fatores determinantes na busca pela melhoria da capacidade cognitiva. O idoso que possui bons hábitos alimentares, pratica atividades físicas periodicamente, dorme o suficiente, evita o consumo de produtos como fumo, álcool e drogas, possui moradia, acesso ao serviço de saúde, mantém o convívio social e possui capacidade para realizar tarefas e atividades intelectuais, é considerado um indivíduo que possui fatores positivos que podem aumentar sua qualidade e expectativa de vida (Szerwieski *et al.*, 2018).

Os cuidadores entrevistados relacionam como principal forma de prevenir o declínio cognitivo, o estímulo da memória através dos jogos e exercício, conforme evidenciado em suas falas:

Exercícios para a memória, raciocínio e equilíbrio. (E9 – informação transcrita)⁴²

[...] exercitar a memória com jogos e atividades. (E8 – informação transcrita)⁴³

Para Gomes *et al.* (2020), as queixas de memória mais comuns entre a população idosa estão associadas à dificuldade em reter informações recentes, recuperá-las quando necessário e manter a atenção nas atividades diárias. Em muitos casos, esses indivíduos têm dificuldade em

⁴⁰ Entrevista respondida por E12 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

⁴¹ Entrevista respondida por E1 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

⁴² Entrevista respondida por E9 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

⁴³ Entrevista respondida por E8 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

recordar nomes de pessoas conhecidas, compromissos importantes, a localização de objetos pessoais, a administração de medicamentos, entre outros acontecimentos que têm um impacto direto no seu desempenho diário e podem levar a desafios na manutenção de sua autonomia.

Gomes *et al.* (2020) destacam, em seus estudos, que o treinamento da memória pode estimular melhorias no funcionamento cognitivo e promover maior funcionalidade e independência entre os idosos.

A prática de atividade física também é um cuidado importante levantado pelos cuidadores. Mencionam sobre a importância de manter o idoso ativo, de realizar caminhada e de evitar o uso de cadeiras de rodas, se o idoso tem condições de andar. As falas que seguem ilustram as colocações:

Auxílio nas caminhadas e nas demais atividades diárias gerais. (E9 – informação transcrita)⁴⁴

Estímulo a conversar, andar bastante e a movimentação. (E4 – informação transcrita)⁴⁵

Acho que a movimentação do idoso no momento do banho, nada de cadeira, descontrair, mudar as formas de falar, ligar uma música [...]. (E6 – informação transcrita)⁴⁶

Hipóteses que justificam a influência de atividades de lazer na redução da perda cognitiva incluem o estímulo à neurogênese e a sinaptogênese. Estes fatores são impulsionados por fatores neurotróficos aumentados com a prática regular de exercícios levando a possível expansão da reserva cognitiva em idosos que se envolvem em atividades cognitivamente estimulantes ao longo do tempo (Petroianu *et al.*, 2010).

Mesmo a grande maioria tendo um conhecimento básico sobre a prevenção do declínio cognitivo, alguns cuidadores argumentam que, uma vez que os idosos apresentam declínio cognitivo, não há mais ações que possam ser tomadas para prevenir o agravamento da situação.

O E3 menciona:

No idoso não tem muito o que fazer. Devemos cuidar desde novo, como por exemplo não ser sedentário, ter uma vida/alimentação saudável. É necessário identificar sinais que antecedem essa demência. Quando acontece, já idoso, é difícil de prevenir porque o problema já está instalado, mas quando ainda novo é mais fácil, ter hábitos de vida saudável para evitar a perda da cognição. (E3 – informação transcrita)⁴⁷

⁴⁴ Entrevista respondida por E9 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

⁴⁵ Entrevista respondida por E4 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

⁴⁶ Entrevista respondida por E6 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

⁴⁷ Entrevista respondida por E3 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

A prevenção do declínio cognitivo é facilmente atribuída a hábitos de vida que devem ser adotados desde a juventude. Os cuidadores reafirmam que a prevenção tem maior eficácia quando relacionada a pessoas mais jovens, entretanto, não sabem como agir para adotar medidas de prevenção do declínio cognitivo entre os idosos. A fala de E5, ilustra esta afirmação:

Não sei dizer. Sei que é necessário iniciar desde novo, mas o que realmente fazer para evitar nesta idade, não sei dizer. (E5 – informação transcrita)⁴⁸

É fundamental destacar que as medidas preventivas podem, de fato, desacelerar o processo de declínio cognitivo. Portanto, é de extrema importância implementá-las, mesmo em idosos que já manifestam sinais.

É evidente que a maioria dos cuidadores não conseguem associar esses cuidados diretamente ao declínio cognitivo, devido à falta de conhecimento abrangente. Esta carência de conhecimento pode ser relacionada aos níveis de escolaridade e à falta de obrigatoriedade na realização de cursos destinados a ampliar o entendimento das diversas mudanças que podem ocorrer no processo de envelhecimento.

A própria institucionalização pode ser um fator de risco para o declínio cognitivo. Conforme, Melo *et al.* (2017) a proporção ou prevalência de declínio cognitivo é de 100% dos idosos nas ILPIs, 62,3% nos Hospitais Universitários e 48% nas Unidades de Saúde Escola.

Por tratar-se de um ambiente onde a possibilidade de ocorrência ou aceleração dos sinais de declínio cognitivo é alta, deve-se implantar rotinas de atividades preventivas para todos os idosos institucionalizados.

No intuito de garantir a execução dessas rotinas, faz-se necessário orientar e treinar os cuidadores já que, alguns deles, não sabem dizer nenhum cuidado direcionado à prevenção do declínio cognitivo, conforme relato do E9, que menciona:

Não sei dizer, fazemos os cuidados gerais, mas não uso ferramentas. (E9 – informação transcrita)⁴⁹

A maioria dos cuidadores reconhece a importância de garantir o conforto dos idosos. Eles entendem a necessidade de identificar os sinais e desafios que os idosos enfrentam ao executar suas atividades diárias, aplicando práticas que visam assegurar o bem-estar e o conforto dos idosos, mesmo que não possuam um conhecimento completo sobre estratégias de prevenção do declínio cognitivo. A manifestação do E3 alerta para a preocupação do cuidador

⁴⁸ Entrevista respondida por E5 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

⁴⁹ Entrevista respondida por E9 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

em compreender o que está acontecendo com o idoso mantendo-o em situação de conforto, atribuição que é comum ao cuidador leigo.

[...] Acredito que primeiro devemos procurar entender [...] os sinais, o estado em que o idoso se encontra e então deixar o idoso confortável. (E3 – informação transcrita)⁵⁰

Segundo Ribeiro *et al.* (2017), o conforto é um conceito crucial na prestação de cuidados a pacientes idosos. Vai além do alívio da dor, da garantia de alimentação e eliminação adequadas. Envolve a atenção a todas as manifestações de estresse, abrangendo todas as dimensões do ser humano e a implementação de medidas para aliviar o sofrimento.

Na obra de Franzoi *et al.* (2016), destaca-se a ênfase de Peplau em sua teoria na importância de auxiliar o paciente no reconhecimento, aceitação, enfrentamento e resolução de problemas. Isso implica que os cuidadores devem estar atentos às mudanças apresentadas pelo idoso, incluindo os sinais de declínio cognitivo, a fim de implementar práticas preventivas e ajudar o idoso a enfrentar os desafios que surgem.

É importante reconhecer que o apoio emocional, a comunicação eficaz e a compreensão das necessidades dos idosos desempenham papéis cruciais nos cuidados prestados. Portanto, é fundamental capacitar os cuidadores com habilidades abrangentes em práticas de prevenção do declínio cognitivo, possibilitando a prestação de cuidados de alta qualidade e a compreensão das complexidades do envelhecimento.

4.3.2 Facilidades e Dificuldades na Prevenção do Declínio Cognitivo

Durante o processo de cuidado aos idosos, os cuidadores enfrentam desafios e, ocasionalmente, encontram aspectos facilitadores ao considerar todos os aspectos e o estilo de vida dos idosos. Em geral, o estudo destaca que os cuidadores tendem a se deparar com mais dificuldades do que com facilidades ao prestar os cuidados que são de sua competência.

Percebe-se que os cuidadores não mencionam aspectos específicos relacionados às facilidades na implementação de práticas de cuidado, especialmente no que diz respeito à prevenção do declínio cognitivo. No entanto, apontam que as principais facilidades estão relacionadas ao suporte familiar que alguns cuidadores recebem ou até mesmo pelo vínculo familiar existente entre cuidador e idoso; o nível de escolaridade do idoso e, a aceitação deste idoso em relação ao processo saúde e doença, às suas dificuldades e limitações.

⁵⁰ Entrevista respondida por E3 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

As facilidades encontradas pelos cuidadores no cuidado aos idosos, muitas vezes estão ligadas ao fato de alguns cuidadores serem familiares que desempenham essa função por amor, além de adquirirem mais experiência ao longo do processo (Vianna *et al.*, 2019).

Os cuidadores reconhecem a importância da participação ativa da família nas atividades do idoso e quanto essa atuação pode tornar o cuidado mais eficaz.

De acordo com Torres *et al.* (2010), o suporte familiar é um fator de extrema importância para a saúde e bem-estar físico e psicológico de um indivíduo. Esse suporte é particularmente benéfico quando o membro da família que o recebe percebe-o como disponível e satisfatório. Quando se enxerga a família como um sistema, onde as interações entre seus membros desempenham um papel fundamental, a presença de um idoso dependente impacta todos os componentes desse grupo. Ao mesmo tempo, a saúde do idoso é influenciada pela organização e pelo funcionamento da família conforme registrado abaixo, nas falas dos entrevistados.

[...] estrutura que a família dá ao cuidador, [...]. (E1 – informação transcrita)⁵¹

[...] o idoso precisa conviver com pessoas da mesma idade, teria esse contato externo, sem perder o contato com a família. (E5 – informação transcrita)⁵²

A escolaridade e a compreensão do idoso quanto à necessidade de ajuda também são consideradas fatores facilitadores pelos cuidadores na prestação de assistência. Os idosos com níveis mais elevados de escolaridade tendem a reconhecer a necessidade de cuidados, compreendem melhor sua condição de saúde e são mais propensos a aceitar ajuda de terceiros para realizar as atividades diárias que já não conseguem desempenhar com a mesma facilidade. As falas que seguem confirmam esta afirmação:

[...] são encontradas nas pessoas mais entendidas, que tem uma escolaridade. (E3 – informação transcrita)⁵³

[...] Uma facilidade é acordar o idoso e ver um sorriso, eles querem ser ajudados, são dispostos. (E6 – informação transcrita)⁵⁴

De acordo com o que Peplau afirmou, conforme mencionado por Almeida, Lopes e Damasceno (2006), as metas que devemos alcançar devem ser acordadas tanto pelo cuidador quanto pelo idoso. Se esses objetivos não estiverem alinhados, os resultados também não serão

⁵¹ Entrevista respondida por E1 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

⁵² Entrevista respondida por E5 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

⁵³ Entrevista respondida por E3 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

⁵⁴ Entrevista respondida por E6 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

positivos. Peplau enfatiza a importância de considerar as mudanças na comunidade, o que significa que ele reconhece a influência da família, da sociedade, da cultura e do ambiente nas transformações que ocorrem.

Já as principais dificuldades destacadas pelos cuidadores estão relacionadas apenas às limitações que os idosos apresentam, não só devido à condição de saúde, mas também ao próprio processo do envelhecimento.

Não se evidencia relatos relacionados a dificuldades em relação à prevenção do declínio cognitivo já que este tipo de cuidado não é uma prática rotineira dos cuidadores de idosos.

O processo de cuidar fica fragilizado por conta do desconhecimento do cuidador acerca de patologias e de cuidados a serem realizados para além daquilo que é de rotina, podendo ser relacionado a falta de curso obrigatório para sua formação (Colomé, *et al.*, 2011).

O cuidador tem dificuldade em desempenhar o seu trabalho por conta das limitações relacionadas à capacidade motora de idosos. A lentificação dos movimentos é destacada como uma dificuldade no processo de cuidar conforme citado pelo E6:

As dificuldades encontradas é o agir rápido com o idoso, não tem como, as coisas precisam ser feitas no tempo deles. [...]. (E6 – informação transcrita)⁵⁵

Algumas dificuldades encontradas em prestar o cuidado ao idoso estão justamente vinculadas ao tempo que demandam estes cuidados. A sobrecarga de trabalho não permite que os cuidadores realizem os cuidados de forma inerente a sua ocupação, prejudicando a qualidade de vida destes idosos (Colomé, *et al.*, 2011).

Em um estudo conduzido por Vianna *et al.* (2019), as principais dificuldades enfrentadas pelos cuidadores envolvem a sobrecarga, conflitos, bem como o enfrentamento da agressividade e teimosia por parte dos idosos.

À medida que o idoso passa por esse processo de envelhecimento, as mudanças de comportamento que ele apresenta podem tornar mais desafiadores os cuidados prestados pelo cuidador. Podemos associar essas alterações de comportamento à não aceitação da doença, tornando se um idoso agitado, que não aceita os cuidados oferecidos. E8, em sua fala, formaliza esta condição:

Sinto dificuldades principalmente quando tem idosos mais agitados e agressivos. (E8 – informação transcrita)⁵⁶

⁵⁵ Entrevista respondida por E6 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

⁵⁶ Entrevista respondida por E8 [set., 2023]. Entrevistadora: Sônia Szimsek. Rio do Sul, 2023.

Bertoldi *et al.* (2015) destacam que a institucionalização promove mudanças no comportamento dos idosos, especialmente pelo fato de se sentirem em ambiente desconhecido onde não são capazes de manter seus hábitos de vida. A agitação e agressividade podem ser manifestações esperadas entre os idosos institucionalizados, comumente encontradas em idosos com manifestações de declínio cognitivo.

Segundo Peplau, tanto o cuidador quanto quem recebe o cuidado devem interagir no processo de saúde/doença. A interação favorece o desenvolvimento de ações educativas o que torna os pacientes (idosos) mais receptivos às estratégias de cuidar (Belcher e Fish, 2011).

Outro ponto a ser observado é que em uma ILPI, por exemplo, há um número expressivo de idosos, o que implica em um maior desafio no atendimento de necessidades individuais. Como resultado, os cuidados destinados à prevenção do declínio cognitivo, que demandam tempo, paciência e compreensão, podem, muitas vezes, ficar em segundo plano, realizando-se apenas os cuidados gerais, para dar conta de atender a todas as demandas dos idosos.

Silva e Santos (2010), reconhecem que a maioria das ILPIs não contam com pessoal, nem recursos materiais e físicos suficientes para o atendimento de idosos. Destacam que o cuidado, muitas vezes é desempenhado por cuidadores que não estão qualificados para cuidar de idosos.

Frente a esta condição, cabe às ILPIs adequarem-se para a prestação de cuidados com qualidade por meio da garantia dos direitos do idoso e da implementação das políticas públicas que oportunizam a promoção do envelhecimento saudável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um processo inevitável e, muitas vezes, os idosos podem experimentar um declínio cognitivo que, em certa medida, é considerado parte natural desse processo. No entanto, quando esse declínio se torna significativo, pode causar prejuízos substanciais aos idosos, levando a dificuldades na realização de tarefas diárias que anteriormente eram feitas com facilidade. Nesses casos, pode ser necessária a institucionalização e o auxílio de um cuidador para garantir o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos em ILPIs.

Neste estudo evidenciou-se falta de conhecimento abrangente dos cuidadores de idosos sobre o declínio cognitivo. Eles tendem a associar esse declínio principalmente à perda de memória e de habilidades motoras, carecendo de uma compreensão acerca dos demais elementos que configuram o declínio cognitivo. É de suma importância que o cuidador de idosos esteja adequadamente informado, uma vez que uma parcela significativa dos idosos institucionalizados sofre de perda cognitiva.

As estratégias de prevenção ligadas a essa condição, não são compreendidas, sendo que as suas práticas de cuidado geralmente se concentram em aspectos gerais, deixando de explorar a interligação entre esses cuidados e a prevenção da deterioração cognitiva.

O papel do cuidador, segundo descrição destes, é, em suma, realizar ações que garantam higiene, conforto e alimentação. Alguns deles são capazes de visualizar outras necessidades dos idosos e direcionar intervenções que envolvem o bem-estar emocional. Entretanto, a realização destas atividades não prevê ações sequenciais, planejadas com a finalidade de manter a condição cognitiva ou prevenir o declínio.

Cabe às ILPIs, a adoção de ferramentas e tecnologias que oportunizem a avaliação cognitiva e a programação de intervenções direcionadas à promoção da função cognitiva do idoso. Neste contexto, o enfermeiro tem papel importante, já que pode realizar a avaliação gerontológica do idoso institucionalizado e planejar as intervenções mais assertivas de acordo com a condição cognitiva de cada idoso.

As políticas públicas que envolvem ILPIs, atribuições e formação de cuidadores de idosos, bem como, as políticas que tratam da saúde do idoso e do envelhecimento saudável, contemplam ações direcionadas para a qualidade do atendimento do idoso no que tange a promoção, prevenção e recuperação da saúde do idoso. É fundamental que estas políticas se consolidem propiciando a atenção integral e segura ao idoso institucionalizado. Cabe ao poder

público fomentar a implementação das políticas públicas, enquanto que, a sociedade em geral pode monitorar e cobrar o cumprimento destas políticas.

Constatou-se que os cuidadores de idosos carecem de formação específica que subsidie o desempenho desta função. É importante incentivar os cuidadores de idosos a buscarem conhecimento, fornecendo informações sobre manuais e materiais educativos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, visando não apenas melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelo cuidador aos idosos em relação ao declínio cognitivo, mas também aprimorar a conscientização sobre a prevenção dessa condição.

Mediante a falta de regulamentação quanto a obrigatoriedade de formação para o cuidador de idosos, cabe às instituições adotar Programas de Educação Permanente capazes de qualificar os cuidadores de acordo com as necessidades do serviço, para que estes possam desempenhar plenamente o seu papel, primando pela garantia da qualidade de vida dos idosos.

Considera-se que o cuidador de idosos tem relevância na atenção ao idoso institucionalizado. Para que bem desempenhe esta ocupação deve ser capacitado e estar apto para a realização de ações que possam contribuir com a manutenção e/ou promoção do desempenho cognitivo do idoso institucionalizado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA V.C.F; LOPES M.V.O; DAMASCENO M.M.C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; 39 (2); junho, 2006. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tPtzyWHYsRzm8JwmNYrd5QK/?lang=pt>> Acesso em: 20 de abr. 2023.

ALVES, B.S; OLIVEIRA, A.S de; SANTANA, E.S; CHAVES, R.N; MARINHO, M.S; REIS, L.A. Caracterização dos cuidadores informais de idosos dependente aos aspectos sociodemográficos e de saúde. **Revista Saúde Coletiva da UEF**S, Feira de Santana, Vol. 9: 113-118, 2019. Disponível em:
<<https://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3684/4030>> Acesso em: 13 de out. 2023.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em:
<<https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>> Acesso em: 20 de out. 2023.

BARSANO, P. R.; BARBOSA, R. P.; GONÇALVES, E. **Evolução e envelhecimento humano**. Editora Saraiva, 2014. E-book. ISBN 9788536513263. Disponível em:
<<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536513263/>> Acesso em: 20 de abr. 2023.

BELCHER J.R. FISH L.J.B. **Teorias de enfermagem - os fundamentos à prática profissional**. Hildegard E. Peplau; 4ª Edição; Editora Artmed, Porto Alegre, 2011.

BERTOLDI. J. T; BATISTA A.C; RUZANOWSKY S. Declínio cognitivo em idosos institucionalizados: revisão de literatura. **Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc**: abr/jun. 2015. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/228507176.pdf>> Acesso em: 17 de abr. 2023.

BRAGA, C; GALLEGUILLOS, T. G. B. **Saúde do adulto e do idoso**. Editora Saraiva, 2014. E-book. ISBN 9788536513195. Disponível em:
<<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536513195/>>. Acesso em: 11 de nov. 2023.

BRAGA, C.G; SILVA, J.V. **Teorias de enfermagem**. São Paulo: Iátria; 2011.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília – DF. Senado Federal: Publicado em 05/10/1988, Art. 196. Disponível em:
<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm> Acesso em: 19 de abr. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Lei nº 8.842, de janeiro de 1994**. Política Nacional do Idoso. 1ª Edição; Brasília - DF, 2010. Disponível em:
<https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf> Acesso em: 18 de abr. 2023.

BRASIL. **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. 1994. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm> Acesso em: 20 de out.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 702, de 12 de abril de 2002.** Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2002. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_702.pdf> Acesso em: 25 de ago. 2023.

BRASIL. **Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o estatuto da pessoa idosa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília – DF: Publicado em 01/10/2003. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm> Acesso em: 20 de abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de Nº 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html> Acesso em: 15 de abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Cadernos de Atenção Básica; nº 19; 1ª Edição, 1ª reimpressão, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília - DF, 2007. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>> Acesso em: 20 de out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático de cuidador.** Brasília - Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf> Acesso em: 18 de abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento.** Brasília, 2010. 44p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v_12.pdf> Acesso em: 20 de ago. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 25 de set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estatuto do idoso.** 3ª Edição, 2ª Reimpressão, Brasília-DF, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf> Acesso em: 18 de abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 204 de 17 de fevereiro de 2016.** Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos

serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 32; Seção I, Páginas 23 a 24. Publicado em 17/02/2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html> Acesso em: 19 de abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento De Ações Programáticas e Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa. **Guia de atenção e reabilitação da pessoa idosa.** Brasília - Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas/2019/arquivos/GUIADEATENCAOAREABILITACAODAPESSOAIDOSAversaoparaconsultapublica29.03.2019.pdf>> Acesso em: 18 de abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. **Resolução RDC Nº 502, de 27 de maio de 2021.** Dispõe sobre o funcionamento de instituição de longa permanência para idosos, de caráter residencial. Diário Oficial da União, Ed. 101, Seção 01, p. 110, Brasília – DF: Publicado em 31/05/2021. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-502-de-27-de-maio-de-2021-323003775>> Acesso em: 20 de abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia de atenção à reabilitação da pessoa idosa.** Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_reabilitacao_pessoa_idosa.pdf> Acesso em: 18 de abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; **Portaria GM/MS Nº 217, de 1º de março de 2023.** Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para substituir o agravo "Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes" por "Acidente de Trabalho" na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Edição: 42; Seção: 1; Página: 63; 2023. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-217-de-1-de-marco-de-2023-467447344>> Acesso em: 07 de nov. 2023.

BRITES A.S; SANTANA R.F. Manuais e guias práticos para a formação de cuidadores de idosos: implicações éticas e legais. **Revista Enfermagem Profissional**; 1(1):92-105, jan/abr, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/S%C3%B4nia/Downloads/silo.tips_rev-enf-profissional-jan-abr-11.pdf> Acesso em: 20 de out. 2023.

CAMARANO A.A; FERNANDES D; SILVA B. **Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil.** O cuidado enquanto ocupação. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Brasília, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11842/6/Cap6_O_Cuidado_Publicacao_Preliminar.pdf> Acesso em: 27 de out. 2023.

CAMARGOS, G.L; LEHNEN, A.M; CORTINAZ, T. **Crescimento, desenvolvimento e envelhecimento humano.** Grupo A, 2018. E-book. ISBN 9788595028692. Disponível em:

<<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595028692/>>. Acesso em: 22 de abr 2023.

COLOMÉ, I.C.S; MARQUI, A.B.T; JAHN, A.C; RESTA, D.G; CARLI, R.; WINCK, M.T.; NORA, T.T.D. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**: 13(2):306-12, 2011. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/9376>> Acesso em: 11 de nov. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO. **Portaria Nº 249 de 16 de abril de 2002**. Aprova na forma do anexo I desta portaria, as normas para cadastramento de centros de referência em assistência à saúde do idoso. 2002. Disponível em: <<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3372>> Acesso em: 16 de abr. 2023.

COSTA, M.C.N.S; MERCADANTE, E.F. O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. **Revista Kairós Gerontologia**, 16(2), 209-222. Online. São Paulo (SP), 2013, Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17641/13138>> Acesso em: 18 de ago. 2023.

COURA, D.M.S; MONTIJO, K.M.S. **Psicologia aplicada ao cuidador e ao idoso**. Editora Saraiva, 2014. E-book. ISBN 9788536513256. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536513256/>> Acesso em: 16 de abr. 2023.

CUNHA, F.C.M; CINTRA, M.T.G; DORNELAS, J.M; ASSIS, M.G; CASSIANO, J.G; NICOLATO, R; MALLOY-DINIZ L.F; MORAES E.N; BICALHO, M.A.C. Declínio funcional em idosos com comprometimento cognitivo leve. **Revista Médica de Minas Gerais**, 25(3): 423-431, 2015. Disponível em: <<https://rmmg.org/artigo/detalhes/1822>> Acesso em: 20 de set. 2023.

DEBERT, G.G; OLIVEIRA, A.M. A profissionalização da atividade cuidar de idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, nº18. Brasília, setembro-dezembro de 2015, pp.7-41. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/xn63L5MQssvMRG4ytGHvJXM/?format=pdf>> Acesso em: 18 de ago. 2023.

DIAS, E.G; ANDRADE, F.B; DUARTE, Y.A.O; SANTOS, J.L.F; LEBRÃO, M.L. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(8):1623-1635, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/tyxK8c3yDZ8MpV55GbwNqMK/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 18 de ago. 2023.

DIAS, E.N; RIBEIRO, J.L.P.R. Evolução das políticas públicas à pessoa idosa no Brasil. **Enfermagem Brasil**; 8;17(4):413-420, 2017. Disponível em: <<https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/860/3895>> Acesso em: 20 de out. 2023.

FERNANDES, A.R.K; ARAUJO, M.T; VELLOSO, I.S.C; MATTAR, T.W. O papel do cuidador formal de idoso: facilidades e dificuldades no exercício do cuidado. **Journal of**

Nursing and Health, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.15210/jonah.v12i3.4587>> Acesso em: 20 de ago. 2023.

FERNANDES, R.L; MIRANDA, F.A.N. Análise da teoria das relações interpessoais: cuidado de enfermagem nos centros de atenção psicossocial. **Revista de Enfermagem UFPE online: Recife**, 10(Supl. 2):880-6, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11032/12425>> Acesso em: 20 de abr. 2023.

FERREIRA, L.S; PINHO, M.S.P; PEREIRA, M.W.M; FERREIRA, A.P. Perfil cognitivo de idosos residentes em instituições de longa permanência de Brasília – DF. **Revista Brasileira de Enfermagem: Scielo**, Mar-Abr, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/xpM5xq7dFJJMzQfd4Nd3MYc/>> Acesso em: 16 de abr. 2023.

FRANZOI, M.A.H; LEMOS, K.C; JESUS, C.A.C; PINHO, D.L.M; KAMADA, I; REIS, P.E.D. Teoria das relações interpessoais de Peplau: uma avaliação baseada nos critérios de fawcett. **Revista de Enfermagem UFPE Online: Recife**, 10(Supl. 4):3653-61, 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/S%C3%B4nia/Downloads/wandenf,+Art+17.+7844-69019-3-SM+AR+PT+ok.pdf>> Acesso em: 26 de out. 2023.

GOMES, E.C.C; SOUZA, S.L; MARQUES, A.P.O; LEAL, M.C.C. Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva: Scielo**, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/bZsMWdLRfFxbwQbnvpbc88z/#>> Acesso em: 27 de out 2023.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Manual dos cuidadores de pessoas idosas**. Fundação Padre Anchieta: São Paulo, 2009. Disponível em: <<https://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/303.pdf>> Acesso em: 12 de out. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Site. Editora Estatísticas Sociais, 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>> Acesso em: 20 de ago. 2023.

JESUS, A.L.G; PIMENTA, D.J; FARIA, F.E.S; et al. **Teorias de enfermagem: relevância para a prática profissional na atualidade - teoria de Hildegard Peplau; capítulo XIX**. Campo Grande: Editora Inovar, 2021.

LEITE, C.D.S.M; MENEZES, T.L.M; LYRA, E.V.V; ARAÚJO, C.M.T. Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão da literatura. **Jornal Brasileiro Psiquiatria: Scielo**, 63(1):48-56, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/5j7hs6VPWkKTQjCxBTGXvYG/?format=pdf&lang=pt/>> Acesso em: 10 de out. 2023.

LIMA, M.A.X.C. **O fazer institucionalizado: o cotidiano do asilamento**. Dissertação de mestrado. São Paulo (SP): PEPGG/PUC-SP, 2005.

LOURENÇO, L.F.L.; SANTOS, S.M.A. Institucionalização de idosos e cuidado familiar: perspectivas de profissionais de instituições de longa permanência. **Cogitare Enfermagem** v.26; Curitiba, 2021. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362021000100302> Acesso em: 19 de abr. 2023.

MACHADO, J.C; RIBEIRO, R.C.L; COTTA, R.M.M; LEAL, P.F.G. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**: 14(1):109-12; Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://scielo.br/j/rbgg/a/H5wyd7g3gTCvpTwbXGhcwb/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 17 de abr. 2023.

MARTINS, N.I.M; CALDAS, P.R; CABRAL, T.D. Instrumentos de avaliação cognitiva utilizados nos últimos cinco anos em idosos brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva – Scielo**: 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/xDyb3cHr7dDSB4QGt7NMGvk/?lang=pt>> Acesso em: 18 de abr. 2023.

MCEWEN, M; WILLS, E. **Bases teóricas de enfermagem**. Grupo A, 2016. E-book. ISBN 9788582712887. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582712887/>>. Acesso em: 22 de abr. 2023.

MELO, B.R.S et al. Cognitive and functional assessment about elderly people users of health public service. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. e20160388, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/8DMrdHQXCMj5JJf4vgV36BK/?lang=pt#>> . Acesso em: 10 de nov. 2023.

MENDES, P.A; REINERS, A.A.O; AZEVEDO, R.C.S; GASPAR, A.C.M; SEGRI, N.J; MARCON, S.R. Práticas preventivas de declínio cognitivo realizadas por idosos e fatores associados. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**: Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <<https://reme.org.br/artigo/detalhes/1412>> Acesso em: 18 de ago. 2023.

MENDES, P.A; REINERS, A.A.O; AZEVEDO, R.C.S; GASPAR, A.C.M; SEGRI, N.J; MARCON, S.R. Declínio cognitivo: conhecimentos, atitudes e práticas preventivas de idosos em comunidade. **Cogitare Enfermagem**: (23)3: e55372, 2018. Disponível em: <<file:///C:/Users/S%C3%B4nia/Downloads/55372-244833-1-PB-5.pdf>> Acesso em: 20 de out. 2023.

MORAES, E.N; MARINO, M.C.A; SANTOS, R.R. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**: 20(1): 54-66, 2010. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/196.pdf> Acesso em: 20 de ago. 2023.

NASCIMENTO, R.A.S.A; BATISTA, R.T.S; ROCHA, S.V; VASCONCELOS, L.R.C. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**: 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/PS64ym4jkG9RPtMhkYXg4jG/#>> Acesso em: 20 de ago. 2023.

NORDON, D.G; GUIMARÃES, R.G et.al. Perda cognitiva em idosos. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**: Artigo de revisão; v.11, n.3, p.5-8, São Paulo, 2009. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/download/1874/1288>> Acesso em: 20 de abr. 2023.

OLIVEIRA, J.M; ROZENDO, C.A. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado pra quem não tem opção? **Revista Brasileira de Enfermagem**: Set-Out, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/DPXpTZyHCYNTtdbxFDyrX6j/?lang=pt>> Acesso em: 20 de abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. *World Health Organization*; Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PEDROLO, E. **Formação inicial e continuada cuidador de idosos**. Versão 1, Instituto Federal do Paraná -IFPR: 2012. Disponível em: <<https://ifpr.edu.br/pronatec/wp-content/uploads/sites/46/2012/07/ci1.pdf>> Acesso em: 20 de set. 2023.

PETROIANU, A; CAPANEMA, H.X.M; SILVA, M.M.Q; BRAGA, N.T.P. Atividade física e mental no risco de demência em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria - Scielo**, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/jMwkPnP9FkC7Zd6LwPgkGyq/#>> Acesso em: 27 de out. 2023.

RAVAGNI, L. A. C. O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades. In: TOMIKO, B. (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, p. 53-58, 2008. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/12.pdf> Acesso em: 18 de abr.2023.

RIBEIRO, M.T.F; FERREIRA, R.C; FERREIRA, E.F; MAGALHÃES, C.S; MOREIRA, A.N. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte - MG. **Ciência & Saúde Coletiva**: 13(4):1285-1292, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/fPzczYzWFtzp3YkVpxqB6hS/?lang=pt#>> Acesso em: 16 de out. 2023.

RIBEIRO, P.C.P.S.V; MARQUES, R.M.D; RIBEIRO, M.P. O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBE**: jul-ago;70(4):865-72, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/FXYMG35tyjh8GtcGWqRQ6qj/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 26 de out. 2023.

SANTOS, E.M; MELO, I.L; ABREU, D.C.C; PORTO, J.M; COSTA, I.M.P.F; SILVA, E.R; TOFANI, P. S. Declínio cognitivo e demência de Alzheimer: existe relação com o desempenho funcional? **Research, Society and Development**: v. 11, n. 8, 2022. Disponível em: <<file:///C:/Users/S%C3%B4nia/Downloads/30788-Article-352023-1-10-20220615.pdf>> Acesso em: 20 de out. 2023.

SCARPELLINI, M; LORO, M.M; KOLANKIEWICZ, A.C.B; ROSANELLI, C.L.P; GOMES, J.S; ZEITOUNE, R.C.G. A importância do cuidador de idosos na assistência ao idoso. **Revista Contexto e Saúde: Ijuí** v.10. n.20, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/S%C3%B4nia/Downloads/1506-Texto%20do%20artigo%20-6239-1-10-20130618.pdf> Acesso em: 20 de ago. 2023.

SILVA, B.T; SANTOS, S.S.C. Cuidados aos idosos institucionalizados: opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. **Acta Paulista de Enfermagem: v. 23, n. 6, p. 775–781, 2010.** Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/jPZNH9W5kpwL8GxMqm8nTgc/#ModalHowcite>> Acesso em: 11 de nov. 2023.

SMID, J; VALE, F.A.C. Declínio cognitivo subjetivo, comprometimento cognitivo leve e demência - diagnóstico sindrômico: recomendações do departamento científico de neurologia cognitiva e do envelhecimento da academia brasileira de neurologia. **Dement. Neuropsychol, 2022.** Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/dn/a/v9G4nrNQ6QtCLhrDNPjRMkL/?lang=pt>> Acesso em: 18 de abr. 2023.

SZERWIESKI, L.L.D; CORTEZ, D.A.G; BENNEMANN, R.M; SILVA, E.S; CORTEZ, L.E.R. Capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida dos idosos: estudo transversal Universidade Federal Fluminense. **Online Brazilian Journal of Nursing: 16 (3):298-308, 2018.** Disponível em: <<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj5143B3byCAxXMH7kGHcu4A-4QFnoECA8QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.objnursing.uff.br%2Findex.php%2Fnursing%2Farticle%2Fdownload%2F5723%2Fpdf&usg=AOvVaw1MiWQznVnqaorU6metWkrO&opi=89978449>> Acesso em: 20 de out. 2023.

TORRES, G.V; REIS, L.A; REIS, L.A; FERNANDES, M.H; XAVIER, T.T. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). **Revista Baiana de Saúde Pública: v.34, n.1, p.19-30, 2010.** Disponível em: <<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/10/15>> Acesso em: 20 de out. 2023.

VIANNA, M.P; ALVES, S.R; GULBIS, K.C; PAVEI, S.R.P; HOEPERS, N.J. A atenção aos cuidadores e a família do idosos na atenção primária à saúde. **Revista Interdisciplinar: Centro Universitário Uninovafapi, v.12, n.3, p.1-15, 2019.** Disponível em: <file:///C:/Users/S%C3%B4nia/Downloads/Dialnet-AAtencaoAosCuidadoresEAFamiliaDoIdosoNaAtencaoPrim-7961770.pdf> Acesso em: 26 de out. 2023.

VIEIRA, C.P.B; FIALHO, A.V.M; FREITAS, C.H.A; JORGE, M.S.B. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem: Brasília, DF, 64(3), 570-579, 2011.** Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/J3QyRVXWHT78cZPSSwz34tr/?lang=pt>> Acesso em: 20 de out. 2023.

YOCOMIZO, Juliana Emy; SARAN, Laura Ferreira; FACHIN, Raquel de Vargas Pentead; OLIVEIRA, Graça Maria Ramos de. **Estimulação cognitiva de idosos**. 1ª edição. Barueri – SP: Ediora: Manole, 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Roteiro de Entrevista		
Dados/Informações Pessoais		
Nome completo:	Idade:	Data da coleta:
Escolaridade: () Analfabeto () 1º grau completo () 1º grau incompleto () 2º grau completo () 2º grau incompleto () Ensino superior completo () Ensino superior incompleto () Pós-graduado	Realizou algum curso de cuidador (a)? () Sim Quanto tempo faz? _____ () Não A quantos anos trabalha como cuidador (a)? _____	
Entrevista		
1. O que você entende por cuidador de idosos?		
2. Quais as suas funções enquanto cuidador de idosos?		
3. Na sua opinião, o que é Declínio Cognitivo?		
A cognição é um conjunto de capacidades mentais que compreende a memória, função executiva, atenção, práxis, linguagem, função viso espacial e comportamento, essenciais para a realização de atividades cotidianas. Perda de memória, dificuldade em realizar atividades diárias, dificuldade de atenção são alguns sinais de DC.		
4. Sabendo o que é o declínio cognitivo, o que você observa de sinais de DC no idoso que cuida?		
5. Você sabe o que pode ser feito para prevenir o declínio cognitivo?		
6. Entre os cuidados que realiza com o idoso, quais servem para prevenir o declínio cognitivo?		
7. Quais as dificuldades e facilidades encontradas para realizar cuidados que podem prevenir ou amenizar o DC?		

8. Quando o idoso apresenta declínio cognitivo, você utiliza alguma ferramenta para auxiliar no retardo do declínio cognitivo? Se sim, quais?

9. Na sua opinião, o que é necessário para auxiliar no cuidado com o idoso?

10. O que você pode destacar como alternativas para que a sua forma de cuidado traga benefícios ao idoso?

ANEXOS

ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 6.146.015



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PREVENÇÃO DO DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS SOB O OLHAR DO CUIDADOR LEIGO

Pesquisador: Rosimeri Geremias Farias

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70398123.0.0000.5676

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.146.015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, transversal e observacional do tipo descritivo a ser desenvolvida por intermédio de entrevistas realizadas com cuidadores leigos de idosos institucionalizados, atuantes em instituições que recebem idosos para longa permanência. Espera-se que mediante a análise do conhecimento dos cuidadores leigos de idosos acerca do declínio cognitivo e de sua prevenção, fomente-se a importância do cuidado prestado a estes idosos, além de discutir ferramentas e políticas públicas que auxiliem no cuidado com os idosos institucionalizados em ILPI. Estima-se 10 participantes de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar as estratégias de prevenção do declínio cognitivo adotadas por cuidadores leigos de idosos institucionalizados.

Objetivos Específicos:

Verificar o conhecimento do cuidador leigo de idosos acerca do declínio cognitivo entre idosos institucionalizados.

Conhecer as condutas de cuidado realizadas pelos cuidadores leigos de idosos institucionalizados.

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6026 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 6.146.015

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo apresenta risco mínimo aos participantes, devendo-se considerar o risco de constrangimento dos cuidadores durante a entrevista e ao responder os itens do roteiro de entrevista. Para minimizar o risco a coleta de dados será individualizada, em ambiente privativo, e serão preservados o sigilo e anonimato dos participantes. A pesquisa não terá nenhum custo aos entrevistados. Os instrumentos de coleta de dados serão numerados, seguindo-se uma sequência conforme a coleta de dados e esse número substituirá o nome do participante. A pesquisadora se compromete a fornecer suporte emocional, mediante a indicação e agendamento de acompanhamento por profissional de saúde no Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (NEAP- UNIDAVI), no município de Rio do Sul, em Santa Catarina, caso eu sinta qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à participação na pesquisa. Se o participante julgar necessário, a entrevista será interrompida por tempo indeterminado, até que o mesmo se considere restabelecido emocionalmente para o término da entrevista.

Benefícios:

Enquanto benefícios do estudo pode-se destacar a oportunidade de avaliar o conhecimento e condutas que o cuidador leigo tem no cuidado com o idoso institucionalizado. Além disso, espera-se contribuir com a equipe de saúde com o incentivo ao uso de instrumentos pelos cuidadores, que auxiliem na prevenção do declínio cognitivo no idoso, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A relevância do trabalho acadêmica para a população e profissionais da área da saúde faz com que tenhamos melhores condições do cuidado prestado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados dentro dos preceitos éticos.

Recomendações:

Sugere-se a publicação dos resultados ao final da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do Exposto e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012,

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
 Bairro: JARDIM AMERICA CEP: 89.160-932
 UF: SC Município: RIO DO SUL
 Telefone: (47)3531-6026 E-mail: etica@unidavi.edu.br

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ**

PROPEXI – Pró-Reitoria de Pesquisa, Extensão e Inovação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____ residente e domiciliado
_____, portador da
Carteira de Identidade, RG nº _____ nascido (a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa **A PREVENÇÃO DO DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS SOB O OLHAR DO CUIDADOR LEIGO.** Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. Os objetivos gerais e específicos são os seguintes: Analisar as estratégias de prevenção do declínio cognitivo adotadas por cuidadores leigos de idosos institucionalizados; verificar o conhecimento do cuidador leigo de idosos acerca do declínio cognitivo de idosos institucionalizados e, conhecer as condutas de cuidado realizadas pelos cuidadores leigos de idosos institucionalizados.

2. A pesquisa é importante de ser realizada, pois este estudo possibilitará auxiliar os cuidadores junto às demandas de atenção ao idoso, atuando de forma eficaz na prevenção do declínio cognitivo e quando já existente, no retardo da perda de cognição.
3. Participarão da pesquisa os indivíduos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: serão incluídos nesta pesquisa todos os cuidadores leigos que estiverem presentes nas instituições e que assinarem o termo de livre e esclarecido. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio de uma entrevista, sendo realizada com a ajuda de um roteiro de entrevista, composto de 10 questões sobre o assunto, aplicado em local privativo. O instrumento é válido para a realização da pesquisa e a entrevista levará em média 30 minutos.
4. A pesquisa apresenta risco mínimo, sendo considerado o constrangimento diante das perguntas e respostas. Para isso, se existir a possibilidade de o (a) senhor (a) não se sentir confortável com a continuidade da entrevista esta será encerrada neste momento. A fim de minimizar os riscos, será garantido o anonimato e confidencialidade das informações dos participantes que responderem ao questionário, os nomes dos respectivos indivíduos serão substituídos por números (1, 2, 3, 4...) e estas pessoas poderão cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Garantimos que a sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo apenas trazer algum desconforto emocional diante da abordagem do tema, advindo da lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis.
5. A pesquisa é importante de ser realizada, pois deve trazer como benefícios a possibilidade de auxiliar os cuidadores leigos de idosos a identificar e atuar na prevenção do declínio cognitivo de idosos. Os resultados deste estudo poderão contribuir com os cuidadores leigos de idosos, sendo possível identificar e buscar por ferramentas que auxiliem na prevenção do declínio cognitivo.
6. Se houver algum problema ou necessidade, ou caso haja desconforto a entrevista poderá ser interrompida a fim de procedermos à escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim, e só retomamos a entrevista quando você se sentir à vontade para continuar. A pesquisadora se compromete a fornecer suporte emocional, mediante a indicação e agendamento de acompanhamento por profissional de saúde na Clínica de Psicologia do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (Unidavi), no município de Rio do Sul, em Santa Catarina, caso eu sinta qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à participação na pesquisa. Se eu julgar necessário, a entrevista será interrompida por tempo indeterminado, até me considerar reestabelecido (a) emocionalmente para o término da entrevista.

7. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a Rosimeri Geremias Farias responsável pela pesquisa no telefone (47) 3531-6077 ou no endereço Rua Guilherme Gemballa, 13 - Jardim América, Rio do Sul - SC, 89160-932.
8. Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou e-mails: Sônia Szimsek, e-mail sonia.szimsek@unidavi.edu.br, telefone (47) 99688-9080 e Rosimeri Geremias Farias, e-mail rosimeri@unidavi.edu.br, telefone (47) 3531-6077.
9. A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado.
10. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem-estar físico.
11. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. Serão utilizados nomes fictícios, respeitando os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, as informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas.
12. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa que serão apresentados na Mostra Acadêmica de Enfermagem e nas Bancas de TCC.
13. Não receberei nenhum ressarcimento ou indenização para participar desta pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Rio do Sul, _____ de _____ de 2023.

(Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Rosimeri Geremias Farias - COREN-SC 74762 Endereço para contato: Rua Guilherme Gemballa,13 - Jardim América, Rio do Sul - SC, 89160-932 Telefone para contato: (47) 3531-6077; E-mail: rosimeri@unidavi.edu.br.

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Unidavi: Rua Dr. Guilherme Gemballa,13 – Caixa Postal 193 - Centro – 89.160-000 – Rio do Sul - PROPEXI - Telefone para contato: (47) 3531-6026. etica@unidavi.edu.br.