



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - DOUTORADO**

**CLEIDIANE MARIA SALES DE BRITO**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DE CUIDADORAS INFORMAIS IDOSAS NA  
PERSPECTIVA DE NOLA PENDER**

TERESINA  
2022

**CLEIDIANE MARIA SALES DE BRITO**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DE CUIDADORAS INFORMAIS IDOSAS NA  
PERSPECTIVA DE NOLA PENDER**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí para fins de obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Livramento Fortes Figueiredo

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Antonieta Rubio Tyrrell

**Área de concentração:** Enfermagem no contexto social brasileiro

**Linha de Pesquisa:** Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem.

FICHA CATALOGRÁFICA  
Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde  
Serviço de Processos Técnicos

B862p Brito, Cleidiane Maria Sales de.  
Promoção da saúde de cuidadoras informais idosas na perspectiva de Nola Pender. / Cleidiane Maria Sales de Brito. – 2022.  
164 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências da Saúde, Pós-Graduação em Enfermagem, Teresina, 2022.  
“Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo.”

1. Enfermagem Geriátrica. 2. Promoção da Saúde.  
3. Cuidadores. 4. Idoso fragilizado. I. Brito, Cleidiane Maria Sales de. II. Título.

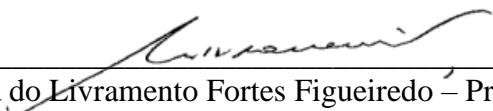
**CLEIDIANE MARIA SALES DE BRITO**

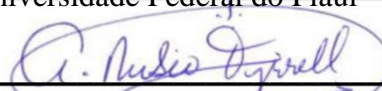
**PROMOÇÃO DA SAÚDE DE CUIDADORAS INFORMAIS IDOSAS NA  
PERSPECTIVA DE NOLA PENDER**


Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí para fins de obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

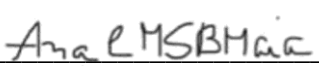
Aprovado em: 08 de abril de 2022

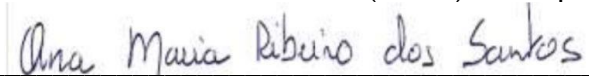
**Banca Examinadora**

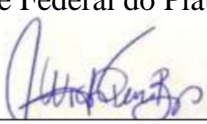
  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria do Livramento Fortes Figueiredo – Presidente/ Orientadora  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

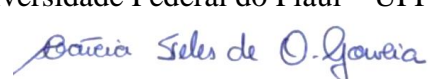
  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria Antonieta Rubio Tyrrell - Coorientadora  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)


  
Prof. Dr. Sebastián Bustamante Edquén (1º Examinador Externo)  
Universidad Nacional de Trujillo (Perú)

  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ana Carolina Mendes Soares Benevenuto Maia – (2ª Examinadora Externa)  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Campus de Macaé

  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ana Maria Ribeiro dos Santos (3ª Examinadora Interna)  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

  
Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges (4º Examinador Interno)  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Márcia Teles de Oliveira Gouveia (1ª Suplente)  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Rosilane de Lima Brito Magalhães (2ª Suplente)  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Dedico esta Tese a Deus, pela presença constante em todos os momentos de minha vida e pela capacidade de superação que Ele sempre me oferece. Toda honra e toda glória a ti meu Senhor.

Dedicatória especial

Às professoras Livramento e Tyrrell, pelos anos de dedicação à Enfermagem e ao Ensino.

Ao meu esposo, Oscar Lima Sipaúba Neto e meus filhos, Maria Eduarda e Othon Henrique Brito Sipaúba. Sem você Oscar esse sonho não seria possível. Obrigada pela dedicação plena aos nossos filhos, em minhas ausências em virtude da minha dedicação ao Doutorado. E aos meus filhos, que mesmo inocentemente são meus maiores propulsores em todos os sentidos da minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Nem sempre temos a oportunidade de agradecer formalmente às pessoas que nos ajudam a realizar objetivos importantes em nossas vidas. Esta pesquisa é fruto de minha persistência e do estímulo de muitas pessoas que colaboraram para que fosse concretizado, por isso dirijo meus agradecimentos:

A Jesus Cristo, pelo exemplo de força e simplicidade, características que o fizeram o maior de todos os homens.

À minha mãe, minha maior estimuladora e meus irmãos que estão sempre a meu lado me auxiliando em tudo. Aos meus sogros e sobrinho David Clarindo de Brito Neto por sonhar comigo.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria do Livramento Fortes Figueiredo, pelo apoio, incentivo e importante dedicação dispensada à minha orientação, muitas vezes subjugando suas necessidades pessoais. Minha gratidão.

À minha coorientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Antonieta Rubio Tyrrell, pela compreensão, companheirismo, amizade, incentivo e dedicação na elaboração deste estudo. Um Exemplo de Garra

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, na pessoa da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosilane de Lima Brito Magalhães e a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Eliete Batista Moura, pela ajuda dispensada na análise dos dados deste estudo.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, nas pessoas das Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvana Santiago Rocha, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Telma Maria Evangelista, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Ribeiro dos Santos, Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes.

À Universidade Estadual do Piauí – UESPI, meu eterno agradecimento, pela oportunidade frente ao Dinter UFPI\_UESPI, na pessoa da Prof<sup>a</sup> Dra Sandra Marina Gonçalves Bezerra.

Às cuidadoras informais idosas, participantes desse estudo, mulheres que me servem de exemplo e admiração. Elas que me ensinaram muito com a realização dessa pesquisa.

Aos amigos do Doutorado, pelas oportunidades de crescimento e convivência cotidiana, com os quais estabeleci laços afetivos de amizade.

Eu não posso deixar de agradecer a todos que contribuíram de alguma forma para a construção deste estudo. Se por acaso aqui deixei de nomear alguém, sintam-se incluído e muitíssimo obrigada. Sem a ajuda profissional e afetiva de todos vocês essa realização não seria possível.

**MUITO OBRIGADA**

**GENEROSA IDADE**

*Alcança-se quando  
se conjuga mais o verbo dar, do que o receber  
o infinitivo amar, do que ser amado  
quando a lágrima que o olho vê verter  
é mais pelo outro*

*tudo o que queremos ter  
é gente para rir  
gente pra trocar  
pra caminhar, lado a lado  
senão no mesmo passo  
pelo menos por perto  
ora se adiantando  
ora se atrasando  
(o possível  
dependendo das vitrines da vida)*

*é quando soltamos pombas da paz  
para todos os céus, chova ou faça sol  
e espalhamos espantalhos contra a inveja  
sem medo  
em campos alheios  
apressa a tua ampulheta, se puderes  
quanto mais cedo lá chegares  
vais descobrir  
o rufar dos tambores*

**(Ana Guimarães)**



BRITO, C. M. S. **Promoção da Saúde de Cuidadoras Informais Idosas na Perspectiva de Nola Pender**. Orientador: Profa. Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo. 2022. 168 f. Tese de Doutorado (Doutora em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí - UFPI, Teresina - PI, 2022.

## RESUMO

**Introdução:** O Brasil vivencia um acelerado processo de envelhecimento populacional, semelhante ao ocorrido nos países desenvolvidos, sobretudo os do continente europeu, porém, na realidade nacional, o envelhecer vem se dando acompanhado de vulnerabilidades e dependências que exigem a necessidade de cuidadores, missão frequentemente assumida por familiares, destacando-se a predominância de cuidadoras informais do sexo feminino, de meia idade e idosas, evidenciando a feminização da responsabilidade do cuidado do idoso no domicílio. **Objetivo:** Avaliar a adoção dos comportamentos promotores de saúde das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes, mediante a implementação do Plano de Ação embasado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. **Metodologia:** Utilizou-se uma abordagem qualitativa do tipo compreensiva, com o método da pesquisa intervenção, junto a 22 cuidadoras informais de pessoas idosas dependentes, cuja idade variou de 60 a 78 anos. Devido ao isolamento social todos os dados foram coletados remotamente de forma individualizada, pela própria pesquisadora, por meio de dispositivos móveis com a gravação de voz e vídeos, no período de fevereiro a agosto de 2021. O primeiro encontro gerou o primeiro *corpus*, por meio da entrevista semiestruturada. No segundo e terceiro encontro ocorreram as intervenções: aconselhamento comportamental e criação do plano de ação, respectivamente. O quarto encontro resultou na formação do segundo *corpus* pela reaplicação de parte da entrevista semiestruturada. Os dados foram processados pelo *software* IRAMUTEQ e analisado pelo método da Classificação Hierárquica Descendente. **Resultados:** Para o primeiro *corpus* (pré-intervenção) emergiram 4 classes: Relações de apoio social e afetiva; Cuidados com o psicológico e com a espiritualidade; Cuidados gerais para promover a saúde; e Práticas alimentares adotadas para promoção da saúde. No segundo *corpus* (pós-intervenção), emergiram 6 classes: Alimentação balanceada adotada para promoção da saúde; Ajuste nos hábitos alimentares; Atividades de bem-estar social e cotidiano; Cuidados com o corpo; Relação familiar e de amizade; e Práticas gerais adotadas para promoção da saúde. A implementação do plano de ação evidenciou que as cuidadoras informais intensificaram a ingestão e a regularidade no consumo de frutas, legumes, verduras e água, redução de açúcares e gorduras. Houve expansão nas atividades de lazer, religiosas e de interação social. Ocorreu aumento de cuidados com a saúde mental e melhor padrão de sono e repouso. Nos cuidados pessoais expuseram a prática regular de atividades físicas, principalmente a caminhada. **Conclusão:** Conclui-se que, por meio da implementação de um plano de ação motivacional baseado no Modelo Promocional de Saúde de Nola Pender, é possível compartilhar saberes e práticas que potencializem o aprendizado e a adoção de comportamentos promotores de saúde pelas cuidadoras idosas, minimizando as dificuldades enfrentadas na atenção às pessoas idosas dependentes cuidadas no domicílio.

**Palavras-chave:** Comportamentos Relacionados com a Saúde. Promoção da Saúde. Cuidadores. Idoso fragilizado. Enfermagem Geriátrica.

BRITO, C. M. S. **Health Promotion of Elderly Informal Caregivers from Nola Pender's Perspective**. Advisor: Prof. PhD. Maria do Livramento Fortes Figueiredo. 2022. 168 p. PhD Thesis (PhD in Nursing) - Federal University of Piauí - UFPI, Teresina - PI, 2022.

## ABSTRACT

**Introduction:** Brazil is experiencing an accelerated process of population aging, similar to what has occurred in developed countries, especially those of the European continent, however, in the national reality, aging is accompanied by frailty and dependency that require the need for caregivers, a mission often assumed by family members, highlighting the predominance of female informal caregivers, middle-aged and elderly, showing the feminization of the responsibility of caring for the elderly at home. **Objective:** To evaluate the adoption of health-promoting behaviors by elderly informal caregivers of dependent elderly people through the implementation of an Action Plan based on Nola Pender's Health Promotion Model, from the perspective of gerontological nursing. **Methodology:** A qualitative, comprehensive approach was used, with the method of intervention research, with 22 informal caregivers of dependent elderly people, whose ages ranged from 60 to 78 years old. Due to the social isolation, all the data were collected remotely in an individualized way, by the researcher herself, using mobile devices with voice and video recording, in the period from February to August 2021. The first meeting generated the first corpus, through a semi-structured interview. In the second and third meetings, the interventions took place: behavioral counseling and creation of the action plan, respectively. The fourth meeting resulted in the formation of the second corpus through the reapplication of part of the semi-structured interview. The data were processed by IRAMUTEQ software and analyzed using the Descending Hierarchical Classification method. **Results:** For the first corpus (pre-intervention) 4 classes emerged: Social and affective support relations; Care of the psychological and spirituality; General care to promote health; and Dietary practices adopted to promote health. In the second corpus (post-intervention), 6 classes emerged: Balanced diet adopted for health promotion; Adjustment in eating habits; Social and daily well-being activities; Body care; Family and friendship relations; and General practices adopted for health promotion. The implementation of the action plan showed that the informal caregivers intensified the intake and regularity in the consumption of fruits, vegetables, greens, and water, and reduced sugars and fats. There were an expansion in leisure, religious, and social interaction activities. There was an increase in mental health care and better sleep and rest patterns. In personal care, they exposed the regular practice of physical activities, especially walking. **Conclusion:** We conclude that, through the implementation of a motivational action plan based on Nola Pender's Health Promotion Model, it is possible to share knowledge and practices that enhance learning and the adoption of health-promoting behaviors by elderly caregivers, minimizing the difficulties faced in caring for dependent elderly people cared for at home.

**Keywords:** Health Related Behaviors. Health Promotion. Caregivers. Frail elderly. Gerontological Nursing

BRITO, C. M. S. **La promoción de la salud de los cuidadores informales de ancianos desde la perspectiva de Nola Pender.** Profesor orientador: PhD. Maria do Livramento Fortes Figueiredo. 2022. 168 h. Tesis de Doctorado (Doctorado en Enfermería) - Universidad Federal de Piauí - UFPI, Teresina - PI, 2022.

## RESUMEN

**Introducción:** Brasil está experimentando un proceso acelerado de envejecimiento de la población, similar a lo que ha ocurrido en los países desarrollados, especialmente los del continente europeo, sin embargo, en la realidad nacional, el envejecimiento se acompaña de vulnerabilidades y dependencias que requieren la necesidad de cuidadores, una misión a menudo asumida por los miembros de la familia, destacando el predominio de los cuidadores informales femeninos, de mediana edad y ancianos, mostrando la feminización de la responsabilidad del cuidado de los ancianos en el hogar. **Objetivo:** Evaluar la adopción de los comportamientos promotores de la salud de los cuidadores informados de personas dependientes, mediante la implementación del Plan de Acción embebido en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, en la perspectiva de la enfermería gerontológica. **Metodología:** Se utilizó un enfoque cualitativo de tipo comprensivo, con el método de investigación de intervención, con 22 cuidadores informales de personas mayores dependientes, cuya edad oscilaba entre 60 y 78 años. Debido al aislamiento social, todos los datos fueron recogidos a distancia de forma individualizada, por la propia investigadora, a través de dispositivos móviles con grabación de voz y vídeo, en el periodo comprendido entre febrero y agosto de 2021. El primer encuentro generó el primer corpus, a través de la entrevista semiestructurada. En la segunda y tercera reunión se produjeron las intervenciones: asesoramiento conductual y creación del plan de acción, respectivamente. La cuarta reunión dio lugar a la formación del segundo corpus mediante la reaplicación de parte de la entrevista semiestructurada. Los datos se procesaron con el programa informático IRAMUTEQ y se analizaron mediante el método de clasificación jerárquica descendente. **Resultados:** Para el primero corpus (pre-intervención), surgieron 4 clases: Relaciones de apoyo social y afectivo; Atención a lo psicológico y a la espiritualidad; Atención general para promover la salud; y Prácticas alimentarias adoptadas para promover la salud. En el segundo corpus (post-intervención), surgieron 6 clases: Dieta equilibrada adoptada para la promoción de la salud; Ajuste en los hábitos alimentarios; Bienestar social y actividades de la vida diaria; Cuidado del cuerpo; Relación familiar y de amistad; y Prácticas generales adoptadas para la promoción de la salud. La aplicación del plan de acción demostró que los cuidadores informales intensificaron la ingesta y regularidad de frutas, verduras, hortalizas y agua, y la reducción de azúcares y grasas. Hubo una expansión de las actividades de ocio, religiosas y de interacción social. Hubo un aumento de la atención a la salud mental y un mejor nivel de sueño y descanso. En cuanto al cuidado personal, expusieron la práctica regular de actividades físicas, especialmente caminar. **Conclusión:** Se concluye que, a través de la implementación de un plan de acción motivacional basado en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, es posible compartir conocimientos y prácticas que potencien el aprendizaje y la adopción de conductas promotoras de la salud por parte de los cuidadores de personas mayores, minimizando las dificultades que se presentan en el cuidado de personas mayores dependientes atendidas en el hogar.

**Palabras clave:** Comportamiento relacionado con la salud. Promoción de la salud. Cuidadores. Ancianos frágiles. Enfermería geriátrica.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Percurso de seleção dos estudos primários nas bases investigadas. Teresina, PI, Brasil, 2020.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b> 2
<b>Figura 2</b> – Diagrama da TMPS de Nola Pender. ....	492
<b>Figura 3</b> – Relação das fases do processo de enfermagem com o processo de enfermagem implícito no MPS de Nola Pender. ....	536
<b>Figura 4</b> – Dendrograma das classes obtidas a partir do corpus pré-intervenção. Teresina, Piauí, 2021. ....	7578
<b>Figura 5</b> – Estrutura temática das classes geradas pelo IRaMuTeQ, por meio da classificação hierárquica descendente. Teresina, Piauí, 2021.....	79
<b>Figura 6</b> – Dendrograma das classes obtidas a partir do corpus pós-intervenção. Teresina, Piauí, 2021.....	87
<b>Figura 7</b> – Estrutura temática das classes geradas pelo IRaMuTeQ, por meio da classificação hierárquica descendente. Teresina, Piauí, 2021.....	889
<b>Figura 8</b> – Diagrama conforme o modelo de promoção da saúde de Nola Pender. Teresina, Piauí. 2021.....	95

## QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Descritores controlados e não controlados utilizados para operacionalizar a busca. Teresina, PI, Brasil, 2020. ....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>	31
<b>Quadro 2</b> – Síntese dos estudos incluídos na revisão. Teresina, PI, Brasil, 2020. ....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>	4
<b>Quadro 3</b> – Comportamentos promotores de saúde por cuidadores (n=12). Teresina, PI, Brasil, 2020. ....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>	6
<b>Quadro 4</b> – Resumo Esquemático dos Principais Pontos das Declarações Oriundas das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde (1986-2016). ....		425
<b>Quadro 5</b> – Banco de dados para decodificar variáveis. Teresina, Piauí. 2020. ....		664
<b>Quadro 6</b> – Características e experiências individuais das participantes do estudo (n=22). Teresina. Piauí. 2021. ....		69
<b>Quadro 7</b> – Análises Descritivas dos dados sócio demográficos das participantes do estudo. Teresina, Piauí, 2021. ....		670
<b>Quadro 8</b> – Análises descritivas da seção "Saúde física e psicológica" das participantes do estudo (parte 1). Teresina, Piauí, 2021. ....		681
<b>Quadro 9</b> – Análises descritivas da seção "Saúde física e psicológica" das participantes do estudo (parte 2). Teresina, Piauí, 2021. ....		681
<b>Quadro 10</b> – Análises descritivas da seção “Relações sociais, familiares e afetivas” das participantes do estudo (parte 1). Teresina, Piauí, 2021. ....		692
<b>Quadro 11</b> – Análises descritivas da seção “Relações sociais, familiares e afetivas” das participantes do estudo (Parte 2). Teresina, Piauí, 2021. ....		703
<b>Quadro 12</b> – Análises descritivas da seção “Cuidados com o Idoso”. Teresina, Piauí, 2021. ....		714
<b>Quadro 13</b> – Análises descritivas da seção “Hábitos e Bem-estar” (Parte 1). Teresina, Piauí, 2021. ....		725
<b>Quadro 14</b> – Análises descritivas da seção “Hábitos e Bem-estar” (Parte 2). Teresina, Piauí, 2021. ....		75
<b>Quadro 15</b> – Análises descritivas da seção “Hábitos e Bem-estar” (Parte 3). Teresina, Piauí, 2021. ....		73
<b>Quadro 16</b> – Análises descritivas da seção “Hábitos e Bem-estar” pós-intervenção. Teresina, Piauí, 2021. ....		814
<b>Quadro 17</b> – Análises descritivas da seção “Hábitos e Bem-estar” pós-intervenção. Teresina, Piauí, 2021. ....		814

## LISTA DE SIGLAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BDENF</b>	Banco de Dados em Enfermagem
<b>IBECS</b>	Bibliográfico de Ciências da Saúde
<b>BDBTD</b>	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual em Saúde
<b>CBO</b>	Classificação Brasileira de Ocupações
<b>CEP</b>	Comissão de Ética em Pesquisa
<b>CHD</b>	Classificação Hierárquica Descendente
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>DeCS</b>	Descritores em Ciências da Saúde
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>IST's</b>	Infecções Sexualmente Transmissíveis
<b>ILPIs</b>	Instituições de Longa Permanência para Idosos
<b>ILC</b>	International Longevity Center (Centro Internacional de Longevidade)
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>IRaMuTeQ</b>	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MESH</b>	<i>Medical Subject Headings</i>
<b>MPS</b>	Modelo de Promoção da Saúde
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NE</b>	Nível de Evidência
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PNAD</b>	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
<b>Contínua</b>	
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNPS</b>	Política Nacional de Promoção da Saúde

<b>PRISMA</b>	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
<b>PE</b>	Processo de Enfermagem
<b>PPGEnf</b>	Programa de Pós-Graduação de Enfermagem
<b>PS</b>	Promoção da Saúde
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TAR</b>	Teoria da Ação Racionalizada
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TCP</b>	Teoria do Comportamento Planejado
<b>TMPS</b>	Teoria Modelo de Promoção da Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UCE</b>	Unidades de Contexto Elementar
<b>UCI</b>	Unidades de Contexto Iniciais
<b>UFPI</b>	Universidade Federal do Piauí
<b>WHO</b>	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
1.1	Contextualização da Problemática e Objeto do Estudo .....	17
1.2	Questões Norteadoras .....	20
1.3	Objetivos .....	21
1.3.1	Geral .....	21
1.3.2	Específicos .....	21
1.4	Justificativa, Relevância e Contribuições da Pesquisa .....	21
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>24</b>
2.1	Envelhecimento Populacional e suas Repercussões .....	24
2.2	Envelhecimento e Questões de Gênero .....	25
2.3	Cuidadoras Informais idosas de pessoas Idosas Dependentes: Panorama	27
2.4	Comportamentos promotores de saúde adotados por cuidadores informais de pessoas idosas.....	29
2.5	Enfermagem no Contexto da atenção Primária à Saúde.....	37
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>40</b>
3.1	Promoção da Saúde e Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde .....	40
3.2	Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender .....	44
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>55</b>
4.1	Tipo de Pesquisa .....	55
4.2	Cenário da Pesquisa .....	57
4.3	Participantes da Pesquisa .....	57
4.4	Critérios de Inclusão e Exclusão .....	58
4.5	Instrumentos de Produção de Dados .....	58
4.6	Produção de Dados .....	60
4.7	Técnica de Análise de Dados .....	66
4.8	Procedimentos Éticos e Legais da Pesquisa .....	65
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>66</b>
5.1	Características e experiências individuais das participantes do estudo ...	66
5.1.1	Hábitos de saúde e bem-estar pré-intervenção .....	71
5.2	Análise Pré-intervenção: classes e suas descrições .....	71
5.2.1	Relações de apoio social e afetiva (Classe 2) .....	76



5.2.2	Cuidados com o psicológico e com a espiritualidade (Classe 3) .....	77
5.2.3	Cuidados gerais para promover a saúde (Classe 1) .....	78
5.2.4	Práticas alimentares adotadas para promoção da saúde (Classe 4) .....	79
<b>5.3</b>	<b>Hábitos de saúde e bem-estar pós-intervenção .....</b>	<b>81</b>
<b>5.4</b>	<b>Análise Pós-intervenção: classes e suas descrições .....</b>	<b>83</b>
5.4.1	Alimentação balanceada adotada para promoção da saúde (Classe 3 .....	86
5.4.2	Ajustes nos Hábitos Alimentares (Classe 4) .....	86
5.4.3	Atividades de bem-estar social e cotidiano (Classe 2) .....	88
5.4.4	Cuidados com o corpo (Classe 1 .....	89
5.4.5	Relação familiar e de amizade (Classe 5) .....	90
5.4.6	Práticas gerais adotadas para promoção da saúde (Classe 6) .....	91
<b>5.5</b>	<b>Resultados obtidos conforme o Modelo de Promoção da Saúde .....</b>	<b>92</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>93</b>
<b>6.1</b>	<b>Características e experiências individuais das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes .....</b>	<b>93</b>
<b>6.2</b>	<b>Comportamentos promotores de saúde na percepção de cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes.....</b>	<b>101</b>
<b>6.3</b>	<b>Resultados encontrados referentes aos comportamentos promotores de saúde das cuidadoras informais idosas, após a implementação do plano de ação .....</b>	<b>103</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>106</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>109</b>
	<b>APÊNDICE A – Características e Experiências Individuais.....</b>	<b>120</b>
	<b>APÊNDICE B – Quadro do Plano de Ação Cognitiones e Afetos Específicos da Conduta.....</b>	<b>129</b>
	<b>APÊNDICE C – Quadro dos Resultados Esperados Resultados do Comportamento.....</b>	<b>131</b>
	<b>APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>134</b>
	<b>APÊNDICE E - Termo de Confidencialidade.....</b>	<b>139</b>
	<b>ANEXO A – Declaração de Autorização da Instituição Coparticipante...</b>	<b>141</b>
	<b>ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa..</b>	<b>143</b>
	<b>ANEXO C – Plano Alimentar para Hipertensos.....</b>	<b>149</b>
	<b>ANEXO D – Plano Alimentar para Diabetes.....</b>	<b>153</b>

<b>ANEXO E – Plano Alimentar para Diabetes e Gastrite.....</b>	<b>157</b>
<b>ANEXO F – Capítulo publicado em livro digital.....</b>	<b>161</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização da Problemática e Objeto do Estudo

Para que possamos compreender o desenvolvimento deste trabalho é necessário apontar o processo de envelhecimento da população em escala global, visto que este fenômeno é facilmente comprovado por estatísticas populacionais de vários países. Envelhecer, seja em países desenvolvidos ou subdesenvolvidos, compartilha dos mesmos fatores desencadeantes: a queda da mortalidade infantil e da natalidade. Estes dois processos contribuem para o aumento da expectativa de vida nos diversos países do mundo, em comparação com os demais grupos etários (BRASIL, 2018).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) reforçam que, além dos processos citados, questões como desenvolvimento técnico-científico, relacionadas a tratamentos e terapêuticas direcionados à população idosa, trouxeram repercussões no aumento da expectativa de vida, que atualmente, situa-se em torno dos 120 anos, a depender das condições sociodemográficas de cada país (BRASIL, 2018).

Segundo estimativas, o contingente populacional de idosos deverá atingir 30% da população mundial até o ano de 2060. É evidente o fenômeno do envelhecimento populacional, em especial no Brasil, tendo em vista que em 2017 a população acima de 60 anos correspondia a 13,09% da população total. Todo esse cenário reforça a necessidade de pesquisas, investimentos e preocupação com o tema, além de evidenciar a importância da formação de profissionais capacitados e políticas públicas que atendam às necessidades dessa população (FERREIRA et al., 2017).

Analisado o cenário brasileiro, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), destaca-se que em 2017 a população total era de 207 milhões de habitantes no país, destes, cerca de 10% eram constituídos de indivíduos com 65 anos ou mais. Além disso, o documento faz uma comparação temporal, entre os anos de 1997 e 2017, e observa que a parcela da população referente àquelas pessoas com 75 anos ou mais dobrou de tamanho, o que reforça a repercussão do aumento da expectativa de vida no envelhecimento populacional (BRASIL, 2018).

De acordo com Pimentel e colaboradores (2019), esse processo de envelhecimento da população, impacta diretamente nos serviços de saúde, que, ainda, não estão organizados para atender a essas novas demandas. Nesse sentido, com a falta de serviços especializados que abranjam o cuidado ao idoso, essa responsabilidade acaba por recair sobre a família, seja em

sua realização propriamente dita, seja na contratação de um profissional capacitado para zelar desses idosos.

Nesse sentido, o Manual do Cuidador da Pessoa Idosa classifica o cuidador informal como aquele membro da família, com maior laço afetivo e tempo disponível, escolhido para realizar essa assistência. Nesta categoria, também se enquadram as demais pessoas com algum vínculo familiar, mesmo que não seja sanguíneo e que realiza esse cuidar de forma voluntária (BRASIL, 2008).

Quando comparamos como o envelhecimento se dá em relação ao gênero, sabe-se que há diferenciação nesse processo entre homens e mulheres, intimamente ligada com a realidade patriarcal do cenário brasileiro, em que se observa um *status* de supremacia masculina, inclusive, no que tange ao envelhecimento. A assistência para com esses indivíduos senis deve considerar também essa variável quando busca entender e intervir no processo de senescência, com o intuito de proporcionar um processo de envelhecimento ativo e saudável (SOUZA; STADUTO; KRETER, 2017).

Outro aspecto que deve ser observado no processo de envelhecimento são as mudanças que ocorrem na dinâmica populacional. Com o avançar da idade chegam alterações em diversas esferas individuais, tais como convívio social, atividades culturais e planejamento financeiro, além de demandar novos arranjos familiares. Em adição, frisa-se que recai sobre as mulheres da família, na maioria das vezes, a responsabilidade de cuidar, tendo em vista as características identitárias de gênero na responsabilização (BARROS et al., 2016).

Além dessas mudanças ocasionadas pelo envelhecimento, o indivíduo experimenta mudanças e limitações funcionais, ou seja, perda ou declínio em sua capacidade de realizar as atividades diárias. Quando ocorre a perda da funcionalidade, os indivíduos idosos passam a ser considerados dependentes de cuidados (SIQUEIRA et al., 2017).

Segundo levantamento realizado por Loesch, Corrêa e Anacleto (2019), no qual analisaram 132 estudos, há uma predominância do cuidado realizado por mulheres. Além disso, os autores reforçam que os cuidadores informais se encontram, com frequência, em um estado de desamparo e desassistência, seja na prática do cuidado ou no cuidado direcionado a eles mesmos, que acabam sendo prejudicados pela sobrecarga advinda do cuidar.

Conforme citado destaque-se o papel do fator identitário de gênero na caracterização desses cuidadores informais, uma vez que se delega às mulheres o papel de cuidadora, tendo em vista a visão patriarcal de que o cuidado seria uma atividade mais bem desenvolvida pelo público feminino. Este fato tem raízes históricas e demonstra que o cuidador nem sempre é imbuído do desejo intrínseco de cuidar, uma vez que a mulher desempenha esse papel

socialmente imposto quase como uma obrigação para validar sua vivência e relevância feminina (MEIRA et al., 2017).

Destaca-se que, além do contexto histórico-cultural envolvido no cuidado informal da Cuidadora mulher, ainda, pode-se observar essa problemática sob o aspecto do idoso dependente que prefere ser cuidado por uma cuidadora informal, por acreditar que receberá uma melhor atenção, tendo em vista que mulheres são cuidadoras “por natureza” (MEIRA et al., 2017).

O cenário apresentado contribui para que haja maioria de cuidadores informais do sexo feminino. Esse dado é corroborado por pesquisas brasileiras recentes em que se constata um consenso quanto ao predomínio feminino na função de cuidadora, sendo estas em sua maioria de meia-idade ou idosas, em geral, tendo relação de parentesco com o idoso dependente (filhas, cônjuges, noras e/ou irmãs) (GOMES et al., 2019; ALMEIDA et al., 2019; MEIRA et al., 2017).

O cuidado informal realizado por mulheres idosas traz consigo problemáticas específicas que devem ser observadas na busca pela garantia de qualidade de vida (QV), tanto para o idoso dependente quanto para a cuidadora idosa, como a responsabilização feminina do cuidar e a sobrecarga familiar referente a esse cuidado. Além dessas questões, ainda, se deparam com desafios menos específicos no cuidar como a sobrecarga emocional (PEREIRA; DUQUE, 2017).

Nessa perspectiva, o que se sabe, empiricamente, é que essas mulheres cuidadoras informais idosas, dedicam-se de maneira intensa a assistência diuturna de pessoas idosas e dependentes. Tanta dedicação implica em esforços físicos, emocionais, sociais e econômicos, que, muitas vezes, acabam por fragilizar a sua própria saúde, QV e o cuidado propriamente dito.

Refletindo sobre as problemáticas supracitadas, este estudo buscou elaborar uma intervenção educativa baseada no Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender. Ao aplicarem o Modelo de Pender em idosos, Silva e Santos (2010), demonstraram a viabilidade da utilização desse Modelo nessa população, visto que esse trabalha conceitos voltados aos comportamentos de saúde em um público que nem sempre está aberto a mudanças que visem a promoção e prevenção de saúde. Os autores pontuam que o uso do MPS nos idosos deve ser precedido pela identificação e compreensão de seus alicerces e significados, aquilo que moldou seus comportamentos, avaliando as circunstâncias que os fazem adotar ou não comportamentos de saúde específicos.

O MPS de Pender vem sendo cada vez mais utilizado nos estudos e pesquisas da enfermagem no Brasil, e já era amplamente utilizado por pesquisadores americanos, asiáticos e

européus para estudar comportamentos que levam à promoção da saúde. Contudo, conforme ressaltam Victor, Lopes e Ximenes (2005), modelos não são verdades absolutas, mas caminhos a percorrer, e que estudos analíticos incrementam a pesquisa, facilitam escolhas, além de revelarem possibilidades e limitações que podem enriquecer a prática profissional.

Nesse sentido, com base nesse modelo teórico e na problemática apresentada, este estudo, ampara-se no pressuposto de que as cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes adotaram comportamentos promotores de saúde quando submetidas à implementação do plano de ação com os comportamentos de saúde por elas assumidas, a partir do embasamento teórico no MPS de Nola Pender.

Tendo em vista a problematização contextualizada e o arcabouço teórico em que se fundamenta esta pesquisa, definiu-se como objeto de estudo a adoção dos comportamentos promotores de saúde das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes, mediante a implementação do plano de ação, baseado no MPS de Nola Pender.

## **1.2 Questões Norteadoras**

Com base no objeto de estudo, associado às inquietações observadas no contexto da mulher idosa, que cuida de outras pessoas idosas dependentes, atrelados às questões de gênero presentes nesse contexto, frente às perspectivas de melhoria da QV e condições de saúde dessas cuidadoras informais idosas, foi que se elencou para esta pesquisa as seguintes questões norteadoras:

- Quais as características e as experiências individuais das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes que poderão influenciar na adoção de comportamentos promotores de saúde, na perspectiva do Modelo de Nola Pender?
- Como elaborar o Plano de ação embasado no modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender na perspectiva da adoção de comportamentos promotores de saúde pelas cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes?
- Quais os resultados encontrados referentes aos comportamentos promotores de saúde das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes, provenientes da implementação do plano de ação elaborados a partir da perspectiva do modelo de Promoção da Saúde de Pender?

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Geral**

Avaliar a adoção dos comportamentos promotores de saúde das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes, mediante a implementação do Plano de ação embasado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

#### **1.3.2 Específicos**

- Identificar as características e experiências individuais das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes que influenciam na adoção de comportamentos promotores de saúde, na perspectiva do Modelo de Nola Pender;
- Elaborar de forma compartilhada com as cuidadoras informais idosas o Plano de ação, embasado no modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender;
- Analisar os resultados encontrados referentes aos comportamentos promotores de saúde das cuidadoras informais, após a implementação do plano de ação elaborados a partir da ótica do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

### **1.4 Justificativa, Relevância e Contribuições da Pesquisa**

O interesse pela problemática acerca do cuidado realizado por mulheres idosas cuidadores, relacionado a idosos dependentes, surgiu de inquietações que remontam à infância da pesquisadora, período em que se percebeu que a função de cuidar de pessoas idosas era exercida majoritariamente por mulheres, pois, acreditava-se que era obrigação da mulher desempenhar esse papel, fato que culminava na sobrecarga emocional e física dessas mulheres.

Durante as atividades exercidas como profissional de Enfermagem na Atenção Primária, no município de Parnaíba-PI, cidade litorânea, localizada a 320 quilômetros da capital Teresina, notou-se que o foco da assistência da equipe multiprofissional está voltado, com mais intensidade para os idosos que necessitam do cuidado, subjugando a assistência aos cuidadores desses idosos, público, esse, que acaba sendo esquecido pela equipe de saúde.

Evidencia-se que as mulheres idosas suplantam suas necessidades pessoais em detrimento da realização do cuidado dispensado às pessoas idosas dependentes. Nesse sentido,

ao se deparar com a Teoria do Modelo de Promoção da Saúde (TMPS) de Nola Pender, vislumbrou-se a possibilidade de contribuir para aplicação de um plano de ação que promova a adoção e ou o fortalecimento de comportamentos promotores de saúde, buscando a melhoria da QV dessas cuidadoras idosas.

Diante do exposto, justifica-se a necessidade de oferecer orientações de Promoção da Saúde (PS) as idosas cuidadoras informais de pessoas idosas dependentes a fim de otimizar seu bem-estar e saúde. Além disso, identificou-se uma lacuna no conhecimento relacionado à utilização do Modelo de Pender nessa população específica. Busca-se, ainda, fomentar uma assistência adequada, de qualidade e fundamentada teoricamente, a esse público carente de intervenções.

Destaca-se que, ao realizar o levantamento bibliográfico do Brasil das pesquisas *stricto sensu*, na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDBTD) do Brasil, ao todo foram encontrados quinze estudos, datados de 2010 a 2018, com aplicação da teoria de Pender, situados em todo o país, o que ratifica a escassez de investigações científicas *stricto sensu* e revela a importância desta pesquisa.

Enfatiza-se o caráter inédito e inovador dessa pesquisa, uma vez que a teoria utilizada é pouco difundida no Piauí e de aplicação inédita na população do estudo, o que o torna importante para a fomentação de estudos congêneres.

Acrescenta-se a insuficiência e/ou ausência de programas e políticas públicas que vislumbrem uma assistência adequada e digna a essa mulher cuidadora e idosa. Espera-se, com este estudo, despertar na sociedade, nos profissionais de saúde e na assistência social, bem como governantes e instituições, para a necessidade de canalizar esforços em torno dessa parcela da população que anseia por medidas de apoio e proteção, frente à relevância do papel que assume, muitas vezes, por imposição, papel esse que é função de todos, porém, sujeitado geralmente às mulheres, que em muitos casos são idosas.

Vale ressaltar que a tarefa de cuidar ainda é vista como uma atividade feminina. Nesse contexto, ainda, persiste a realidade de imputar à mulher da família, frequentemente, a mais velha delas, o cuidado das pessoas idosas dependentes inseridos nesse contexto familiar. Observa-se, com isso, que o cuidado como obrigação feminina foi construído socialmente e perdura até os dias de hoje.

Diante do exposto, é racional considerar a relevância da realização de um estudo desta natureza, tendo em vista a existência de muitos indivíduos idosos dependentes em diferentes contextos populacionais. Acrescente-se a isso, a necessidade dessa idosa cuidadora também se



manter saudável, uma vez que é necessário a preservação de sua própria saúde para dispensar o cuidado adequado ao idoso dependente.

Assim, o Modelo de Pender fornece uma estrutura simples e clara de marco conceitual, em que o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo planejamento, intervenção e resolutividade de suas ações. Por último, cabe salientar que, no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem (PPGEnf/UFPI), inicia-se sua adoção a partir da pesquisadora e professora sênior coorientadora deste estudo, que integra desde 2019, o corpo docente do programa.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Envelhecimento Populacional e suas Repercussões

Pode-se elencar as repercussões do envelhecimento por meio das funções que são perdidas gradativamente pelos indivíduos. Envelhecer é um processo de perda das capacidades funcionais de maneira lenta e progressiva, culminando em processos fisiológicos que determinam a redução da fertilidade e iminência da morte. Nesse sentido, o envelhecimento pode ser definido como a perda progressiva das capacidades funcionais, devido as alterações morfológicas e bioquímica, que aumentam a exposição desses indivíduos a fatores intrínsecos e extrínsecos com consequências diretas nas vidas das pessoas (OLIVEIRA et al., 2016).

Nos últimos anos, constatou-se uma melhora substancial nas condições sociais e de saúde, com um aumento significativo na taxa de sobrevivência humana como nunca visto antes. De acordo com os dados mais recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicados em 2018, a expectativa de vida no Brasil é de 71,4 para homens e 78,9 para mulheres, com uma expectativa de vida total de 75,1. Além disso, houve aumentos significativos no “idoso mais velho” – a população acima de 85 anos de idade (WHO, 2018).

O envelhecimento da população é, sem dúvida, um sucesso demográfico, impulsionado por muitas mudanças na sociedade. Mas enquanto a expectativa de vida ainda está aumentando, o tempo de saúde definido como os anos de vida em boa saúde está em um ponto fixo. De fato, se por um lado, a população se tornou mais duradoura, por outro, o envelhecimento promoveu uma alta prevalência de condições crônicas relacionadas à idade e, portanto, anos de incapacidade (MCPHAIL, 2016).

Vale ressaltar que o processo de envelhecer é sempre investigado por meio de seus vieses econômicos e sociais, deixando à margem as mudanças que ocorrem nesses indivíduos idosos quanto às suas identidades, experiências pessoais e autoafirmação. Observa-se uma predisposição da sociedade científica de agrupar os indivíduos idosos em grupos homogêneos considerando suas vivências e como essas irão impactar nesse processo de envelhecimento (FARIA, SANTOS, PATIÑO, 2017).

O envelhecimento repercute de modo considerável na vida da população idosa, pois, algumas das alterações ocorridas nesse processo favorecem o aparecimento de determinadas patologias. Observa-se que as doenças não transmissíveis e os transtornos mentais substituíram as doenças infecciosas como as principais ameaças à saúde e aos sistemas de saúde em todo o mundo. As doenças crônicas e degenerativas, consideradas doenças nos países de alta renda,

agora são uma epidemia global, representando anualmente 41 milhões de mortes, salientando que 85% dessas mortes acontecem atualmente em países de baixa e média renda. Estima-se que 700 milhões de pessoas em todo o mundo tenham um distúrbio mental (MNOOKIN, 2016).

Diante disso, salienta-se que essas repercussões do envelhecimento têm impactado de modo significativo nos sistemas de saúde a nível global. Nesse sentido, Harper (2020) argumenta que os sistemas de saúde precisam de nova infraestrutura, recursos e habilidades para se adequarem a esse novo perfil de necessidades, porém, o que se observa, de modo geral, é a incapacidade dos países em se adaptarem a essa nova realidade. O autor reforça que esse processo deriva da expectativa de vida em queda em muitos países, diminuindo os ganhos na expectativa de vida nos países de alta, baixa e média renda.

Tudo isso é agravado pelas limitações da força de trabalho, já que a maioria dos sistemas de saúde está treinando e retendo poucos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde; novas tecnologias com riscos associados de uso indevido, segurança e privacidade comprometidas do paciente, ataques cibernéticos, aumento de custos e desigualdades insignificantes no acesso, aumento da dependência da indústria farmacêutica com seus custos exorbitantes e desigualdade na cobertura (HARPER, 2020).

Entende-se que o envelhecimento da população brasileira ocorreu como consequência da redução da natalidade no país, além da evolução das ciências médicas gerontológicas, que aumentaram a expectativa de vida dos idosos brasileiros. Todo esse cenário favoreceu o envelhecimento e causou mudanças drásticas na pirâmide etária brasileira, produzindo novos desafios e demandas até então pouco explicitadas (MELO, 2017; MIRANDA; MENDES; SILVA; 2016).

Nesse ínterim, entende-se que o processo de envelhecimento é algo natural e inevitável, trazendo diversas repercussões e demandas em todas as áreas da sociedade humana, em especial às da saúde. Além disso, o processo de envelhecimento está impregnado de recortes e vivências que o tornam único para todo indivíduo que o vive, tendo em vista que, tal processo, se adapta e se diferencia com base nas características individuais e coletivas.

## **2.2 Envelhecimento e Questões de Gênero**

Evidencia-se que, dentro do escopo do envelhecimento, um aspecto merece destaque. Tem-se constatado que o número de mulheres mais velhas é substancialmente maior que o número de homens mais velhos. Em decorrência de diversos fatores as mulheres tendem a viver

mais do que os homens, por isso, também, são mais propensas a viverem a última parte de sua vida sem o cônjuge (AUSTEN, 2016).

A nível global, de 2015 a 2020, a expectativa de vida das mulheres ao nascer excedeu a dos homens em 4,8 anos. Observa-se que a longevidade média feminina foi maior na América Latina e no Caribe (6,5 anos), Europa e América do Norte (6,1 anos) e Leste e Sudeste da Ásia (5,3 anos). Por outro lado, foi menor na Ásia Central e do Sul (2,7 anos), Oceania (3,0 anos) e África Subsaariana (3,5 anos) (UNITED NATIONS, 2019).

Ainda sobre a feminização, vários fatores convergem para que o número de idosas mulheres seja maior que os idosos homens, dentre eles: a alta mortalidade masculina, maior envolvimento dos homens em situações de violência, uso de álcool e outras drogas, deficiências no autocuidado (alimentação, prática de exercícios e cuidados com a saúde mental), além da maior suscetibilidade destes às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's). Todos esses fatores são preditores de uma maior mortalidade masculina, tendo em vista também a maior dificuldade em promover a procura desses homens aos serviços de saúde e seguir os tratamentos recomendados de maneira adequada (SALES, 2016).

A vantagem de sobrevivência feminina persiste em idades mais avançadas. Em todo o mundo, espera-se que as mulheres com 65 anos tenham uma sobrevida de 18 anos, enquanto os homens com a mesma idade acrescentam, em média, mais 16 anos às suas vidas. A diferença de gênero na expectativa de vida aos 65 anos é maior em regiões com alta expectativa de vida ao nascer, como Leste e Sudeste da Ásia (3,4 anos), Europa e América do Norte (3,1 anos) e América Latina e Caribe (2,8 anos) (UNITED NATIONS, 2019). Por outro lado, a diferença de gênero é menor em regiões com expectativa de vida geralmente baixa ao nascer, como Oceania (0,6 anos), Ásia Central e do Sul (1,1 anos) e África Subsaariana (1,3 anos).

As projeções indicam que em 2050 as mulheres representarão 54% da população global com 65 anos ou mais. Como a diferença de gênero nas taxas de sobrevivência entre homens e mulheres está diminuindo, o equilíbrio sexual entre pessoas com 80 anos ou mais se tornará mais uniforme. Em 2050, projeta-se que a proporção de mulheres na população total com 80 anos ou mais diminua levemente para 59%, ante 61% em 2019 (UNITED NATIONS, 2019).

Ainda sobre a temática, o Centro Internacional de Longevidade Brasil considera que são variados os fatores que interferem no acesso dessas mulheres idosas à saúde e bem-estar. Para a instituição, esses fatores englobam situações como: maior presença de mulheres no mercado informal, menores níveis de escolaridade e renda, predisposição genética à doenças crônicas e incapacitantes. Desse modo, enquanto a preocupação com relação à saúde do homem está

pautada na promoção do autocuidado, nas mulheres os desafios e demandas são resultado de questões de gênero mais antigas e socialmente arraigadas (ILC-BR, 2015).

Essas distinções presentes entre o processo de envelhecer de homens e mulheres residem nas desigualdades de poder exercidos por ambos, tendo sido construídas e mantidas socialmente. Além disso, as diferenças de gênero não se atêm à questão do envelhecimento e saúde, mas tem repercussões nas mais variadas dimensões do viver: social, cultural, política e econômica e reforçam a necessidade da investigação com o intuito de minimizar esse contraste (SOUZA; STADUTO; KRETER, 2017).

Corroborando esse pensamento, o Centro Internacional de Longevidade Brasil refere que essas diferenças são criadas e mantidas durante todo o percurso da vida dos indivíduos, englobando seus papéis sociais, existência de oportunidades e possibilidades de experiências. Desse modo, uma abordagem pautada nas questões de gênero como viés para discutir a questão do envelhecimento populacional é de suma importância para o entendimento global e imparcial acerca do tema (ILC-BR, 2015).

Essa diferença na QV em razão do sexo é identificada por outros autores, que além de corroborar os fatores acima citados, trazem outros como: institucionalização, perda do companheiro, solidão e isolamento social maior em mulheres idosas. Além disso, as mulheres idosas são incumbidas do cuidado de outros familiares, o que afeta sua QV. Desse modo, viver mais nem sempre é sinônimo de viver bem (SALES, 2016).

Logo, o processo de envelhecimento sofre influência direta tanto de fatores pessoais como os de ordens biológica, psicológica e sociocultural, tendo em vista que há uma construção social diferente quanto ao envelhecimento para homens e mulheres. Além disso, inserido nessa questão do envelhecimento feminino, pontua-se que tal processo é influenciado também por questões como atividade laboral e questões familiares relacionadas ao cuidado, tendo em vista que essas mulheres, durante toda a vida e, em especial ao envelhecer, continuam responsabilizadas pelo cuidado aos demais membros da família.

### **2.3 Cuidadoras Informais idosas de pessoas Idosas Dependentes: Panorama**

De acordo com o Guia Prática do Cuidador publicado pelo Ministério da Saúde, o cuidador é um profissional capacitado para cuidar de indivíduos senis que traz consigo, além de preparo técnico, traços de cuidado como amor, solidariedade e doação e que presta cuidados aos indivíduos dependentes, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração. O guia refere, ainda, que o cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO –

código 5162) como uma atividade que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (BRASIL, 2008, p. 08).

Contudo, em relação ao cuidador formal, seriam aqueles indivíduos que tiveram um treinamento específico para realizarem as funções de cuidador e o faz mediante remuneração, por meio de contratos trabalhistas. Esses profissionais são contratados para exercerem o cuidado ao idoso nos mais diversos cenários, como residência da família contratante, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), bem como nas Unidades de Saúde (hospitais, clínicas etc.), quando o idoso necessita permanecer mais tempo na internação.

Nesse sentido e atendendo às demandas da população, o Senado Federal aprovou em 2019, o Projeto de Lei da Câmara (PCL nº 11/16) que cria e regulamenta as profissões de Cuidador de Pessoa Idosa, Cuidador Infantil, Cuidador de Pessoa com Deficiência e Cuidador de Pessoa com Doença Rara e dá outras providências. O projeto de lei considera cuidador o indivíduo que exerce atividade de acompanhamento e assistência à pessoa com necessidade. Ele engloba tanto os cuidadores formais (profissionais de instituições de longa permanência e autônomos) quanto os cuidadores informais (pessoas da família e sociedade que presta o cuidado) (BRASIL, 2019).

Estudos nacionais recentes apontam que o cuidado informal às pessoas idosas dependentes vem sendo realizado majoritariamente por mulheres, frequentemente idosas, o que reforça a necessidade de se investigar as repercussões desse cuidado de idosos dependentes realizados por cuidadoras idosas (DELALIBERA; BARBOSA; LEAL, 2018; GOMES et al., 2019).

Além dessa maioria de cuidadoras, outros autores em estudos recentes identificaram que esses cuidados realizados aos idosos dependentes acabam por comprometer suas capacidades funcionais (SUZUKI; TAMAKOSHI; SAKAKIBARA, 2016). Ainda diante dessa temática, Castro e Souza (2016), em seu estudo com cuidadores informais, encontraram que cuidadoras idosas são, frequentemente, a companheira do idoso dependente. Ainda segundo os autores, nesse cenário apresentado, as idosas cuidadoras acabavam deixando de cuidar de si mesmas em função do cuidado ao companheiro, negligenciando sua própria saúde em alguns casos.

Diante desse cenário, vale ressaltar a importância da APS e da identificação dessas situações de cuidado informal realizado por cuidadoras idosas, no sentido de fornecer informações e fortalecer o vínculo família e equipe de saúde. Nesse contexto, a atenção primária deverá agir com o intuito de realizar intervenções educativas que promoverão a realização de

um cuidado eficaz, tanto do idoso dependente, quanto da idosa cuidadora (STEINDORFF et al., 2018).

## 2.4 Comportamentos promotores de saúde adotados por cuidadores informais de pessoas idosas

# Artigo de Revisão


## Comportamentos promotores de saúde por cuidadores informais de idosos: revisão integrativa

Health promoting behaviors by informal caregivers of older adults: an integrative review  
Comportamientos de cuidadores informales de adultos mayores que promocionan la salud: revisión integradora

Cleidiane Maria Sales de Brito<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4688-4451>  
 Maria do Livramento Fortes Figueiredo<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4938-2807>  
 Maria Antonieta Rubio Tyrrell<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1885-6865>

**Como citar:**  
 Brito CM, Figueiredo ML, Tyrrell MA. Comportamentos promotores de saúde por cuidadores informais de idosos: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE003782.

**DOI**  
<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR03783>



**Resumo**

**Objetivo:** Analisar as evidências científicas sobre os comportamentos promotores de saúde adotados por cuidadores informais de pessoas idosas.

**Métodos:** Revisão integrativa realizada nas seguintes bases: *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*, *SCOPUS*, *Web of Science*, Índice Bibliográfico de Ciências da Saúde, Banco de Dados de Enfermagem e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Foram levantados 12 estudos primários que constituíram a amostra, sem delimitação de tempo ou de idioma. Utilizou-se o método descritivo para análise e síntese dos resultados.

**Resultados:** Os comportamentos promotores de saúde desenvolvidos pelos cuidadores informais de pessoas idosas constituíram recursos favoráveis à manutenção das suas condições globais de saúde, ao seu bem-estar, à melhoria da qualidade de vida e à satisfação pessoal enquanto cuidador. Dentre as práticas evidenciadas, destacaram-se a busca por informações, aconselhamento familiar, apoio e suporte social, emocional e espiritual. Ainda, a adesão aos programas comunitários voltados para psicoeducação e às atividades físicas, bem como o uso de tecnologias de comunicação e a valorização do autocuidado se destacaram como estratégias associadas ao enfrentamento das repercussões negativas decorrentes do cuidar.

**Conclusão:** Foram evidenciados comportamentos promotores da saúde capazes de favorecer a qualidade de vida e o bem-estar físico, mental e social do cuidador informal de pessoas idosas. Estudos dessa natureza podem despertar a necessidade de políticas públicas e de linhas integrais de cuidados voltados para promoção da saúde do cuidador.

**Abstract**

**Objective:** To analyze the scientific evidence on health promoting behaviors adopted by informal caregivers of older adults.

**Methods:** This is an integrative review carried out on the following bases: Online Medical Literature Analysis and Retrieval System, SCOPUS, Web of Science, Health Sciences Bibliographic Index, Nursing Database and Latin American and Caribbean Health Sciences Literature. Twelve primary studies were surveyed that constituted the sample, without time or language limitations. The descriptive method was used for analysis and synthesis of results.

**Results:** Health promoting behaviors developed by informal caregivers of older adults constituted resources favorable to the maintenance of their overall health conditions, their well-being, the improvement of quality of life and personal satisfaction as a caregiver. Among the practices evidenced, the search for information, family counseling, support and social, emotional and spiritual support stood out. Also, compliance with community

**Descritores**  
 Idoso; Cuidadores; Comportamento; Promoção da saúde

**Keywords**  
 Aged; Caregivers; Behavior; Health promotion

**Descriptores**  
 Anciano; Cuidadores; Conducts; Promoción de la salud

**Submetido**  
 10 de Dezembro de 2020

**Aceito**  
 21 de Junho de 2021

**Autor correspondente**  
 Cleidiane Maria Sales de Brito  
 E-mail: cleideenf@hotmail.com

**Editor Associado (Avaliação pelos pares):**  
 Paula Hino  
 (https://orcid.org/0000-0002-1408-196X)  
 Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil.  
<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.  
**Conflitos de interesse:** nada a declarar.

Acta Paul Enferm. 2022; 35:eAPE003782. **1**



programs aimed at psychoeducation and physical activities, as well as the use of communication technologies and the enhancement of self-care stood out as strategies associated with coping with the negative repercussions resulting from care.

**Conclusion:** Health promoting behaviors capable of favoring quality of life and physical, mental and social well-being of informal caregivers of older adults were evidenced. Studies of this nature may arouse the need for public policies and comprehensive lines of care aimed at promoting caregivers' health.

## Resumen

**Objetivo:** Analizar las evidencias científicas sobre los comportamientos que promueven la salud adoptados por cuidadores informales de adultos mayores.

**Métodos:** Revisión integradora realizada en las siguientes bases: *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*, *SCOPUS*, *Web of Science*, Índice Bibliográfico de Ciencias de la Salud, Banco de Datos de Enfermería y Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. Se verificaron 12 estudios primarios que constituyeron la muestra, sin delimitación de tiempo o de idioma. Se utilizó el método descriptivo para el análisis y la síntesis de los resultados.

**Resultados:** Los comportamientos que promueven la salud, desarrollados por los cuidadores informales de adultos mayores constituyeron recursos favorables para el mantenimiento de sus condiciones globales de salud, para su bienestar, para la mejora de la calidad de vida y para la satisfacción personal como cuidador. Entre las prácticas evidenciadas, se destacaron la búsqueda por informaciones, consejería familiar, apoyo y soporte social, emocional y espiritual. De igual forma, la adhesión a los programas comunitarios direccionados a la psicoeducación y a las actividades físicas, así como el uso de tecnologías de comunicación y la valoración del autocuidado se destacan como estrategias asociadas al enfrentamiento de las repercusiones negativas resultantes del cuidar.

**Conclusión:** Se evidenciaron comportamientos que promueven la salud, capaces de favorecer la calidad de vida y el bienestar físico, mental y social del cuidador informal de adultos mayores. Estudios de esa naturaleza pueden despertar la necesidad de políticas públicas y de líneas integrales de cuidados direccionados a la promoción de la salud del cuidador.

## Introdução

As modificações na estrutura etária e no padrão de morbimortalidade constituem fenômeno complexo, multidimensional, progressivo e universal que apresenta grande magnitude epidemiológica, econômica e social por refletir diretamente nas condições de saúde da população e resultar na maior predisposição para doenças crônicas degenerativas, incapacidades e estados de dependência.<sup>(1-3)</sup>

Nesse contexto, o processo de envelhecimento em escala global é constantemente evidenciado pelas estatísticas populacionais dos mais variados países, que apontam para o aumento expressivo do número de idosos em comparação com a população geral. Apesar de representar uma fase marcada por legados, experiências e aprendizados, o envelhecimento, quando acompanhado por doenças crônicas, limitações físicas, funcionais, cognitivas e sociais, impacta diretamente na organização familiar e nos serviços de saúde, que ainda não apresentam estrutura favorável para o atendimento das demandas comuns neste momento de vida.<sup>(3-5)</sup>

Em meio a isso, destaca-se a participação familiar ao assumir responsabilidades como cuidadores informais, mesmo sem formação profissional ou preparo técnico, constituindo assim a principal rede de apoio e suporte para gerenciar as incapacidades e promover o cuidado. Tratam-se de pessoas com vínculo afetivo e disponibilidade de tempo, que as-

sumem o cuidar de forma voluntária, configuram-se como instrumento mediador do bem-estar físico, afetivo, social, psicológico e espiritual do idoso.<sup>(6,7)</sup>

Apesar do cuidado informal favorecer acolhimento, segurança, conforto e controle emocional ao idoso, a literatura considera como condição geradora de morbidade por exigir esforços físicos, emocionais, sociais e econômicos, bem como por acarretar prejuízos na qualidade de vida, no autocontrole, na autoestima e no autocuidado, contribuindo para maior vulnerabilidade do cuidador à sobrecarga, ao sofrimento e à fragilidade da própria condição de saúde e requerendo estratégias para minimização das repercussões advindas do processo de cuidar.<sup>(8,9)</sup>

Embora muitos estudos enfoquem a sobrecarga do cuidador informal, as políticas públicas voltadas para o desenvolvimento de comportamentos promotores de saúde ainda são incipientes, e a efetivação de estratégias e planos de ação tem seu foco constantemente ignorado ou negligenciado em diferentes contextos e níveis de atenção.<sup>(10)</sup>

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a promoção da saúde compreende a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de suporte profissional para o desenvolvimento de habilidades e competências efetivas que proporcionem a adaptação ao seu papel de cuidador e a redução de riscos.<sup>(11)</sup>



Na enfermagem, os modelos e os comportamentos promotores de saúde são multidimensionais e buscam a identificação dos determinantes e dos preditores individuais para a adoção do autocuidado, permitindo a avaliação de resultados, a investigação de fatores motivacionais e a satisfação das necessidades como instrumento mediador do bem-estar.<sup>(12,13)</sup>

No Brasil, mesmo referenciada a necessidade de valorização das práticas promotoras de saúde, as investigações, em sua maioria, concentram-se em avaliar os comprometimentos físicos, mentais e sociais vivenciados durante o cuidar informal à pessoa idosa, assim como buscam fatores associados, preditores e determinantes para deterioração do estado global de saúde e da qualidade de vida do cuidador.<sup>(9,10)</sup>

Considerando as repercussões advindas do cuidar, assim como a necessidade de intervenções capazes de favorecer o autocuidado e a qualidade de vida dos cuidadores, definiu-se como objetivo deste estudo analisar as evidências científicas sobre os comportamentos promotores de saúde adotados por cuidadores informais de pessoas idosas.

## Métodos

Para alcançar o objetivo proposto foi realizada revisão integrativa da literatura. Trata-se de método amplo, que permite inclusão de diferentes abordagens metodológicas, resultando na síntese e análise do conhecimento e proporcionando intervenções efetivas e com melhor custo-benefício.<sup>(14)</sup>

Esta investigação foi fundamentada em seis etapas: elaboração da questão de pesquisa; busca na literatura e amostragem; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação crítica das evidências incluídas; interpretação dos resultados; síntese do conhecimento e apresentação da revisão.<sup>(14)</sup>

A questão de pesquisa foi estruturada considerando os domínios da estratégia PICo. A População (P) refere-se ao cuidadores informais de idosos; o Fenômeno de Interesse (I), aos comportamentos; e o Contexto (Co) à promoção da saúde.<sup>(15)</sup> Desse modo, este estudo foi conduzido pela seguinte

questão: Quais as evidências científicas relacionadas aos comportamentos promotores de saúde adotados por cuidadores informais de pessoas idosas?

O levantamento bibliográfico foi realizado em outubro e novembro de 2020 por meio da consulta às bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE via PubMed)*, *SCOPUS*, *Web of Science™*, Índice Bibliográfico de Ciências da Saúde (IBECS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para operacionalização da busca, foram selecionados descritores controlados e não controlados, após consulta aos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings (MESH)*. A combinação foi realizada por meio dos operadores booleanos *OR* e *AND*. O quadro 1 apresenta os descritores, assim como a estratégia adotada na MEDLINE, que manteve a mesma padronização para as demais bases consultadas.

**Quadro 1.** Descritores controlados e não controlados utilizados para operacionalização da busca

Descritores em Ciências da Saúde		
P	Controlado	Cuidadores; Idoso.
	Não controlado	Cônjuges Cuidadores; Cuidador; Cuidador de Família; Cuidador Familiar; Cuidadores Cônjuges; Cuidadores de Família; Cuidadores Familiares; Familiar Cuidador; Familiares Cuidadores; Caregivers; Cuidadores; Idosos; Pessoa de Idade; Pessoa Idosa; Pessoas de Idade; Pessoas Idosas; População Idosa; Aged; Anciano.
I	Controlado	Comportamento
	Não controlado	Conduta; Behavior; Conducta.
Co	Controlado	Promoção da Saúde
	Não controlado	Promoção do Bem Estar; Promoção em Saúde; Health Promotion; Promoción de la Salud.
Medical Subject Headings		
P	Controlado	Caregivers; Aged.
	Não controlado	Caregiver; Carers; Carer; Care Givers; Care Giver; Spouse Caregivers; Spouse Caregiver; Family Caregivers; Family Caregiver; Elderly.
I	Controlado	Behavior.
	Não controlado	Behaviors; Acceptance Processes; Acceptance Process.
Co	Controlado	Health Promotion.
	Não controlado	Promotion of Health; Health Promotions.
P AND I AND Co		
((((((((("Caregivers"[Mesh]) OR ("caregivers"[All Fields]) OR ("caregiver"[All Fields]) OR ("carers"[All Fields]) OR ("carer"[All Fields]) OR ("care givers"[All Fields]) OR ("care giver"[All Fields]) OR ("spouse caregivers"[All Fields]) OR ("spouse caregiver"[All Fields]) OR ("family caregivers"[All Fields]) OR ("family caregiver"[All Fields]) AND (("Aged"[Mesh]) OR ("aged"[All Fields]) OR ("elderly"[All Fields]) AND (((("Behavior"[Mesh]) OR ("behavior"[All Fields]) OR ("acceptance processes"[All Fields]) OR ("acceptance process"[All Fields])) AND (((("Health Promotion"[Mesh]) OR ("health promotion"[All Fields]) OR ("promotion of health"[All Fields]) OR ("health promotions"[All Fields]))		

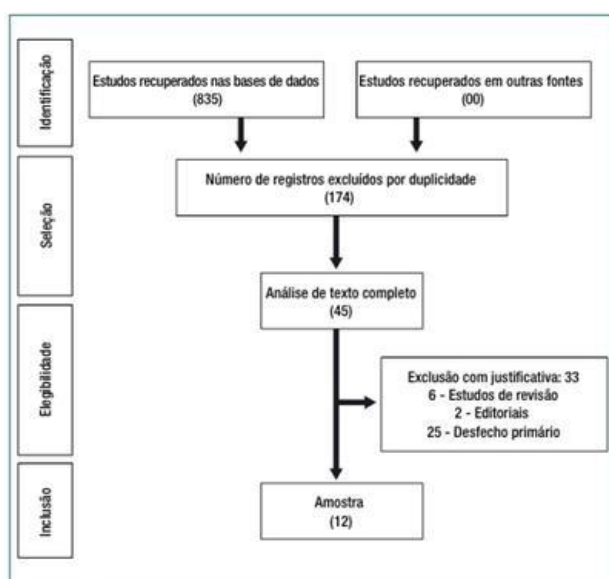
Os critérios de inclusão delimitados foram estudos de fonte primária que apresentassem os com-



portamentos promotores de saúde adotadas por cuidadores informais de idosos, sem delimitação temporal ou de idioma. Foram excluídas revisões, editoriais, artigos que não envolveram o desfecho primário desta investigação e os que estavam duplicados, sendo considerados uma única vez ao priorizar bases específicas de saúde e da enfermagem, seguida das multidisciplinares.

A busca, seleção e inclusão foram realizadas por dois revisores, de forma independente, que, após padronização de termos e dos cruzamentos, assim como da leitura de títulos e resumos, obtiveram grau de concordância superior a 80%. As discordâncias foram gerenciadas por um terceiro revisor, que emitiu um parecer para decisão quanto à inclusão. Destaca-se que as referências recuperadas foram importadas para o gerenciamento *Endnote Web*, visando ordenar, identificar e excluir os registros duplicados entre as bases consultadas.

Foram recuperadas 835 produções e após a aplicação dos critérios de elegibilidade, obteve-se a composição da amostra, sendo formada por 12 estudos. O percurso realizado para identificação, seleção, elegibilidade, inclusão e amostra seguiu as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*,<sup>(16)</sup> conforme apresentado na figura 1.



**Figura 1.** Percurso de seleção dos estudos primários nas bases investigadas

A extração dos dados foi realizada com auxílio de um instrumento validado e adaptado, sendo contempladas variáveis relacionadas à identificação dos estudos (autor principal, título, periódico, ano de publicação e país), aspectos metodológicos (delineamento e nível de evidência), comportamentos promotores de saúde, principais resultados e conclusões.<sup>(17)</sup>

O Nível de Evidência (NE) foi determinado a partir das recomendações propostas pelo *Oxford Centre for Evidence-based Medicine* que classifica as evidências de acordo com o delineamento metodológico: 1A - revisão sistemática de ensaios clínicos controlados randomizados; 1B - ensaio clínico controlado randomizado com intervalo de confiança estreito; 1C - resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”; 2A - revisão sistemática de estudos de coorte; 2B - estudo de coorte; 2C - observação de resultados terapêuticos ou estudos ecológicos; 3A - revisão sistemática de estudos caso-controle; 3B - estudo caso-controle; 4 - relato de casos; 5 - opinião de especialistas.<sup>(18)</sup>

Utilizou-se o método descritivo para análise e síntese dos resultados, sendo apresentados em quadros estruturados de acordo com as variáveis de interesse para esta investigação.

## Resultados

A análise descritiva dos resultados mostrou que a busca pela promoção e adesão aos comportamentos promotores de saúde entre cuidadores de idosos é alvo constante de investigações científicas em múltiplos contextos do cenário nacional e internacional. Nesse sentido, verificou-se que os estudos, em sua totalidade, foram publicados em idioma inglês e desenvolvidos em diferentes países como Estados Unidos da América (EUA), Noruega e Portugal que se destacaram por concentrar o maior número de investigações. O crescente interesse de pesquisadores pelo tema foi evidenciado, mostrando a necessidade de suporte e apoio como fator protetor e indutor do bem-estar físico, mental e social e da qualidade de vida dos cuidadores, assim como indicador para redução do risco de comorbidades psicopatológicas

**Quadro 2.** Síntese dos estudos incluídos na revisão

Autor e periódico	Título	Ano	País	Delineamento	NE
Bjerge H <sup>18)</sup> BMC Health Serv Res	<i>The effect of psychosocial support on caregivers' perceived criticism and emotional over-involvement of persons with dementia: an assessor-blinded randomized controlled trial</i>	2019	Noruega	Ensaio Clínico Randomizado (ECR)	1B
Paul C <sup>20)</sup> Community Mental Health Journal	<i>Effects of a community intervention program for dementia on mental health: the importance of secondary caregivers in promoting positive aspects and reducing strain</i>	2019	Portugal	Ensaio clínico	1B
Clauss E <sup>21)</sup> J Occup Health Psychol	<i>Promoting personal resources and reducing exhaustion through positive work reflection among caregivers</i>	2018	Alemanha	Ensaio Clínico	1B
Lok N <sup>22)</sup> Arch Gerontol Geriatr	<i>Pilot testing of the "First You Should Get Stronger" program among caregivers of older adults with dementia</i>	2017	Turquia	Ensaio Clínico	1B
Kaufman AV <sup>23)</sup> J Gerontol Soc Work	<i>Social support, caregiver burden, and life satisfaction in a sample of rural African American and White caregivers of older persons with dementia</i>	2010	EUA	Transversal	2C
Lewis SL <sup>24)</sup> Rehabil Nurs	<i>A stress-busting program for family caregivers</i>	2009	Espanha	Ensaio clínico	1B
Lee CJ <sup>25)</sup> J Gerontol Nurs	<i>A comparison of health promotion behaviors in rural and urban community-dwelling spousal caregivers</i>	2009	Portugal	Observacional	2C
Torp S <sup>26)</sup> Health Soc Care Community	<i>A pilot study of how information and communication technology may contribute to health promotion among elderly spousal carers in Norway</i>	2008	Noruega	Intervenção	1B
Furlong KE <sup>27)</sup> Qual Health Res	<i>Self-Care behaviors of spouses caring for significant others with alzheimer's disease: The emergence of self-care worthiness as a salient condition</i>	2008	Canadá	Observacional Teoria fundamentada	2C
Mittelman MS <sup>28)</sup> Am J Geriatr Psychiatry	<i>Preserving health of alzheimer caregivers: impact of a spouse caregiver intervention</i>	2007	EUA	ECR	1B
O'Connell B <sup>29)</sup> Aust Health Ver	<i>Promoting the health and well being of older carers: a proactive strategy</i>	2003	Austrália	Descritivo	2C
Farran C <sup>30)</sup> J Gerontol Nurs	<i>Caring for self while caring for others: the two-track life of coping with Alzheimer's disease</i>	2004	EUA	Intervenção	1B

nesse segmento populacional. Nesse sentido, verificou-se o predomínio de estudos publicados entre os anos de 2003 a 2019. Em relação ao delineamento metodológico, prevaleceram ensaios clínicos, nível de evidência 1B, voltados para a avaliação do impacto de intervenções no desenvolvimento e na adesão do autocuidado e dos comportamentos promotores da saúde e da qualidade de vida. O quadro 2 apresenta a caracterização dos resultados incluídos (n=12) conforme autor principal e periódico, título do estudo, ano de publicação, país em que a produção foi desenvolvida, delineamento metodológico e nível de evidência (NE).

Os comportamentos promotores de saúde adotados por cuidadores informais de pessoas idosas representaram uma realidade expressiva neste estudo, em que a busca por informações e aconselhamento familiar, assim como por apoio e suporte social contribuíram diretamente para o enfrentamento dos eventos estressores relacionados às demandas do cuidar, favorecendo a manutenção da saúde, da qualidade de vida e do bem-estar. Ainda, destacaram-se as reflexões sobre a rotina de cuidados, o fortalecimento de crenças, a adesão aos programas comunitários voltados para psicoeducação, a realização de atividades físicas, o uso de tecnologias de

comunicação, a assistência emocional e a valorização do autocuidado como estratégias associadas a melhor satisfação com o papel de cuidador e a minimização das repercussões físicas, mentais e sociais decorrentes do cuidar. O quadro 3 apresenta os comportamentos promotores de saúde identificados durante o cuidado informal.

## Discussão

Apesar do predomínio de ensaios clínicos capazes de subsidiar o autocuidado e os comportamentos promotores de saúde com segurança, eficácia e qualidade, verificou-se outros delineamentos relevantes para a prática clínica da enfermagem como os estudos observacionais que demandam menor tempo e custo, sendo constantemente utilizados para indicar prognósticos e avaliar resultados de exposição a riscos.

Nesta revisão, o cuidado informal representou uma prática frequente frente ao aumento da expectativa de vida, as limitações físicas, mentais e sociais e aos estados de dependência impostos pelo processo de envelhecimento, se configurando como um fenômeno complexo e multidimensional, capaz de



**Quadro 3.** Comportamentos promotores de saúde por cuidadores (n=12)

Comportamentos promotores de saúde	Principais resultados e conclusões
Participação em atividades de educação sobre a condição de saúde do idoso e em reuniões de grupo, assim como o aconselhamento familiar. <sup>(19)</sup>	Percepção melhorada do estado de saúde, bem-estar mental e qualidade de vida. Ainda, verificou-se melhor relação entre cuidador e receptor.
Participação em intervenção comunitária psicoeducacional. <sup>(20)</sup>	Melhora na saúde mental, um aumento da satisfação com o cuidado e uma diminuição da tensão e estresse. Esses resultados estiveram associados a existência de um cuidador secundário, ao número de horas de cuidado e ao nível de dependência do idoso.
Reflexão diária das atividades de cuidado. <sup>(21)</sup>	Redução da exaustão emocional e dos indicadores de fadiga, bem como promoção do bem-estar.
Busca por atividades de psicoeducação "Primeiro você deve ficar mais forte". <sup>(22)</sup>	Redução da carga do cuidado e desenvolvimento de comportamentos de estilo de vida saudáveis como a busca por atividade física, melhores práticas alimentares, controle de peso, comunicação interpessoal, desenvolvimento moral e controle do estresse.
Fortalecimento das redes de apoio e suporte social. <sup>(23)</sup>	As dimensões do apoio social voltadas para socialização e para recebimento de sentimentos positivos, respeito e autoestima foram preditores da satisfação com a vida e com a demanda de cuidados, resultando diretamente na redução dos níveis de sobrecarga.
Adesão ao programa de combate ao estresse baseado nos elementos: educação, gerenciamento de estresse, solução de problemas e suporte. <sup>(24)</sup>	Demonstrou melhorias na capacidade de lidar com os estressores do cuidado de maneira eficaz, resultando no autocontrole, na maior capacidade de para gerenciamento das necessidades do paciente e na melhor qualidade de vida pessoal.
Fortalecimento das relações interpessoais, crescimento espiritual e controle do estresse e atividade física. <sup>(25)</sup>	A valorização de relacionamentos interpessoais (conversar e compartilhar experiências) e crescimento espiritual (reflexão e oração) influenciaram positivamente na manutenção da saúde física e no controle de eventos estressores.
Uso de tecnologia da informação e comunicação (TIC) para a busca de apoio informal. <sup>(26)</sup>	Apesar de revelar redução significativa no estresse ou em problemas de saúde mental, verificou-se efeitos promotores da saúde, permitindo maior controle da saúde percebida devido as possibilidades de apoio e contato com outros cuidadores que vivenciam experiências semelhantes.
Busca por suporte relacionais (assistência emocional) e instrumentais (auxílio físico), bem como pela valorização e manifestação de interesse pelo autocuidado (atividade física, consultas especializadas, participação em reuniões de grupos de apoio). <sup>(27)</sup>	Melhoria no bem-estar.
Apoio e aconselhamento sobre a condição de saúde do cuidador. <sup>(28)</sup>	Foram evidenciados benefícios relacionados a redução do estresse e dos sintomas depressivos, melhor satisfação com o papel de cuidador e com o suporte social.
Participação em atividades sociais e de saúde, adesão a atividade física (Caminhada) e alimentação com amigos foram as atividades mais referidas. <sup>(29)</sup>	Promoção do bem estar e da qualidade de vida. Fatores relacionados a dependência de cuidados, a incapacidade em deixar o idoso sozinho, ao desgaste físico e mental dificultaram a adesão de comportamentos promotores de saúde.
Desenvolvimento de habilidades para manutenção da saúde mental. <sup>(30)</sup>	Redução dos sintomas depressivos

impactar no estado de saúde, no funcionamento pessoal e na qualidade de vida do cuidador.<sup>(19-30)</sup>

Nesse contexto, estar na condição de cuidador informal de pessoa idosa foi associada a sua maior percepção de sobrecarga, evidenciando compromettimentos nas competências e habilidades para o autocuidado, bem como acarretando em dificuldades em priorizar suas próprias necessidades e a falta de apoio para manejo de suas limitações físicas e mentais.<sup>(22-24,26)</sup>

Em comparação com a população geral, os cuidadores informais são vulneráveis aos maiores compromettimentos nas condições de saúde, menor satisfação com a vida e sensação de sobrecarga. Isso decorre da priorização das necessidades do idoso, resultando, na maioria das vezes, no abandono das atividades pessoais, laborais, financeiras, sociais e afetivas, bem como nas duplas ou triplas jornada de trabalho.<sup>(21,23)</sup>

Em meio a isso, a maioria dos estudos incluídos se concentrou no desenvolvimento e na avaliação de intervenções como recursos favoráveis ao enfrentamento dos impactos advindos do cuidar informal à

pessoa idosa, bem como para garantir a preservação das diferentes dimensões que compõe a saúde do cuidador.

Nesse contexto, os comportamentos promotores de saúde identificados compreenderam ações sistematizadas desenvolvidas pelos cuidadores e apresentaram desfechos positivos e duradouros para a manutenção do funcionamento físico, da qualidade de vida e do seu bem-estar.<sup>(19,27,29)</sup>

Dentre as práticas e as estratégias evidenciadas, destacou-se a busca pela formação e fortalecimento de redes de suporte social como principal estratégia associada a redução das manifestações clínicas e das repercussões negativas do cuidado, uma vez que permite a valorização do seu sentido de pertinência, o contato e a aproximação entre pessoas que vivenciam as mesmas experiências, assim como com serviços especializados para aconselhamentos, informações acerca das condições clínicas do idoso e mobilização de outros familiares para participação ativa no plano de cuidados.<sup>(22-25,27,28)</sup>

Outras intervenções que envolveram as estratégias psicoeducacionais apresentaram efeitos diretos



na redução da carga de cuidado, no gerenciamento de eventos estressores e no autocontrole. Na enfermagem, a incorporação de programas e estratégias educacionais cresceu nos últimos anos visando a avaliação das contribuições de fatores biológicos, cognitivos, afetivos e comportamentais no enfrentamento de experiências dolorosas.<sup>(19,20,22)</sup>

Neste estudo as atividades psicoeducacionais incluíram comportamentos de estilo de vida saudáveis como a execução de técnicas de relaxamento, a prática de atividade física, a modificação de hábitos alimentares, o controle de peso, a comunicação interpessoal, o desenvolvimento moral e o controle do estresse.<sup>(22,24,29)</sup>

Evidências relacionadas ao crescimento espiritual também foram associadas a manutenção da saúde e ao controle de eventos estressores. A adoção de práticas religiosas pode contribuir para enfrentamento diante das novas demandas de cuidados, levando a reintegração social, menor carga de sintomas e de sentimentos negativos, fortalecimento de vínculos, alívio do sofrimento e preservação das dimensões físicas, psicológicas e sociais.<sup>(25)</sup>

Estudo que avaliou o uso de tecnologias de informação e comunicação por cuidadores informais de pessoas idosas mostrou que, apesar de não refletir diretamente na redução dos indicadores e níveis de estresse, a adesão à estes recursos representam um importante comportamento promotor da saúde por favorecer a formação de redes de suporte e apoio social, bem como a troca de experiências e a busca por mudanças nos hábitos de vida.<sup>(26)</sup>

Diante disso, considera-se que os resultados encontrados são promissores ao evidenciar o desenvolvimento e adesão de comportamentos promotores de saúde durante o cuidado informal, assim como os constantes efeitos positivo para a redução dos níveis de sobrecarga, ansiedade e depressão e para manutenção da saúde, da qualidade de vida e do bem-estar do cuidador. Entretanto, a relação entre as condições clínicas e o estado de dependência do idoso com os impactos no autocuidado ainda é incipiente, configurando-se como lacuna no conhecimento.

Estudos dessa natureza permitem dimensionar os impactos físicos, emocionais, sociais e financeiros sofridos pelos cuidadores familiares de idosos dependentes, bem como, demonstrar para gestores,

profissionais, especialmente, os de enfermagem e a sociedade em geral o importante papel destes cuidadores. Ainda, possibilita identificar a necessidade de políticas públicas e de linhas integrais de cuidados voltadas para qualidade de vida, gerenciamento de risco e a promoção da saúde do cuidador informal.

A ausência de estudos nacionais na amostra levantada mostrou-se como limitação para evidenciar a realidade brasileira dos cuidadores informais, dificultando comparações dos achados internacionais sobre esta modalidade de atenção à pessoa idosa, e os familiares que atuam no Brasil. Assim as evidências levantadas no cenário internacional, podem não serem adequadas para orientar políticas de apoio aos cuidadores informais de idosos no país, além do mais, deve-se considerar as diferenças sócio demográficas e culturais entre os países.

## Conclusão

Este estudo evidenciou que a ação de cuidar de uma pessoa idosa, configurou-se como condição geradora de morbidade e impactando negativamente na saúde física, mental e social do cuidador informal. Ainda assim, foi possível levantar o desenvolvimento e a adoção de comportamentos promotores da saúde, em que a busca por informações e pelo apoio social constituíram mecanismos válidos e eficazes para o enfrentamento dos eventos estressores relacionados às demandas do cuidar, favorecendo a manutenção da qualidade de vida e do seu bem-estar. Outras práticas associadas ao autocuidado e à maior satisfação com o papel de cuidador envolveram o fortalecimento de crenças, o uso de tecnologias de comunicação, a realização de atividades físicas e a adesão aos programas comunitários voltados à psicoeducação e à assistência emocional.

## Referências

1. Miranda GM, Mendes AC, Silva AL. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(3):507-19.
2. Veras RP, Oliveira M. Aging in Brazil: the building of a healthcare model. *Cien Saude Colet.* 2018;23(6):1929-1936.



## Comportamentos promotores de saúde por cuidadores informais de idosos: revisão integrativa

3. Feng Z. Global Convergence: aging and long-term care policy challenges in the developing world. *J Aging Soc Policy*. 2019;31(4):291-7.
4. Siqueira AF, Rebesco DB, Amaral FA, Magalhães CB, Agnol SM, Furmann M. et al. Efeito de um Programa de Fisioterapia Aquática e Capacidade Funcional de Idosos. *Rev Saúde Pesq*. 2017;10(2):331-8.
5. Belasco AG, Okuno MF. Reality and challenges of ageing. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):1-2.
6. Ludlow K, Churrua K, Ellis LA, Mumford V, Braithwaite J. Family members' prioritisation of care in residential aged care facilities: A case for individualised care. *J Clin Nurs*. 2020;29(17-18):3272-85.
7. Heath A, Carey LB, Chong S. Helping carers care: an exploratory study of factors impacting informal family carers and their use of aged care services. *J Relig Health*. 2018;57(3):1146-67.
8. Jesus IT, Orlandi AA, Zazzetta MS. Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(2):194-204.
9. Aires M, Fuhrmann AC, Mocellin D, Pizzol FL, Sponchiado LF, Marchezan CA, et al. Burden of informal caregivers of dependent elders in the community in small cities. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41(Spe):e20190156.
10. Diniz MA, Melo BR, Neri KH, Casemiro FG, Figueiredo LC, Gaioli CC, et al. Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. *Cien Saude Colet*. 2018;23(11):3789-98.
11. World Health Organization (WHO). The Ottawa charter for health promotion. Geneva: WHO; 1986 [cited 2021 May 29]. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)
12. Sabo K, Chin E. Self-care needs and practices for the older adult caregiver: an integrative review. *Geriatr Nurs*. 2021;42(2):570-81.
13. Valcarenghi RV, Lourenço LF, Siewert JS, Alvarez AM. Nursing scientific production on health promotion, chronic condition, and aging. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):618-25, 705-12. Review.
14. Whittemore R, Knaff K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
15. Lockwood C, Porrit K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmund S, Bjerrum M, et al. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z, editors. Joanna Briggs Institute, 2017 [cited May 29]. Available from: <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Chapter+2%3A+Systematic+reviews+of+qualitative+evidence>
16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and metaanalyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(6):e1000097.
17. Marziale MH. Instrumento para recoleção de dados revisão integrativa. Coordenadora REDENSO International, 2015. Ribeirão Preto (SP) USP; 2015 [citado Maio 29]. Disponível em: [http://gruposdespesquisa.eerp.usp.br/sites/redenso/wp-content/uploads/sites/9/2019/09/Instrumento\\_revisao\\_litatarura\\_RedENSO\\_2015.pdf](http://gruposdespesquisa.eerp.usp.br/sites/redenso/wp-content/uploads/sites/9/2019/09/Instrumento_revisao_litatarura_RedENSO_2015.pdf)
18. Phillips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B, et al. Levels of Evidence and Grades of Recommendation. Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM). United Kingdom: 2021 [cited 2021 May 29]. Available from: <http://www.cebm.net/>
19. Bjørge H, Kvaal K, Ulstein I. The effect of psychosocial support on caregivers' perceived criticism and emotional over-involvement of persons with dementia: an assessor-blinded randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):744.
20. Paúl C, Teixeira L, Duarte N, Pires CL, Ribeiro O. Effects of a community intervention program for dementia on mental health: the importance of secondary caregivers in promoting positive aspects and reducing strain. *Community Ment Health J*. 2019;55(2):296-303.
21. Clauss E, Hoppe A, O'Shea D, Morales MG, Steidle A, Michel A. Promoting personal resources and reducing exhaustion through positive work reflection among caregivers. *J Occup Health Psychol*. 2018;23(1):127-140.
22. Lök N, Bademli K. Pilot testing of the "First You Should Get Stronger" program among caregivers of older adults with dementia. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;68:84-89.
23. Kaufman AV, Kosberg JI, Leeper JD, Tang M. Social support, caregiver burden, and life satisfaction in a sample of rural African American and White caregivers of older persons with dementia. *J Gerontol Soc Work*. 2010;53(3):251-69.
24. Lewis SL, Williams DM, Novian A, Escamilla MI, Blackwell PH, Kretzschmar JH, et al. A stress-busting program for family caregivers. *Rehabil Nurs*. 2009;34(4):151-9.
25. Lee CJ. A comparison of health promotion behaviors in rural and urban community-dwelling spousal caregivers. *J Gerontol Nurs*. 2009;35(5):34-40.
26. Torp S, Hanson E, Hauge S, Ulstein I, Magnusson L. A pilot study of how information and communication technology may contribute to health promotion among elderly spousal carers in Norway. *Health Soc Care Community*. 2008;16(1):75-85.
27. Furlong KE, Wuest J. Self-Care behaviors of spouses caring for significant others with alzheimer's disease: the emergence of self-care worthiness as a salient condition. *Qual Health Res*. 2008;18(12):1662-72.
28. Mittelman MS, Roth DL, Clay OJ, Haley WE. Preserving health of alzheimer caregivers: Impact of a spouse caregiver intervention. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(9):780-9.
29. O'Connell B, Bailey S, Walker A. Promoting the health and well being of older carers: a proactive strategy. *Aust Health Rev*. 2003;26(2):78-86.
30. Farran CJ, Loukissa DA, Lindeman DA, McCann JJ, Bienias JL. Caring for self while caring for others: the two-track life of coping with Alzheimer's disease. *J Gerontol Nurs*. 2004;30(5):38-46.

## 2.5 Enfermagem no Contexto da atenção Primária à Saúde

No que tange à prática de Enfermagem na APS, entende-se que o Enfermeiro, historicamente, sempre realizou atividades relacionadas a esse cenário. Nesse sentido, a Enfermagem se configurou como uma profissão pautada em processos de trabalho coletivos e de maneira articulada com outros profissionais de saúde e/ou membros da população atendida (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

Nesse ínterim, podemos definir Atenção Primária em Saúde como sendo o primeiro nível de atenção à saúde no Brasil, caracterizado pela ocorrência de ações em âmbito individual e coletivo, pautado na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Nesse contexto, em 2011, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que propôs diretrizes e normas com vista à organização da Atenção Primária no país (BRASIL, 2011). Vale ressaltar que a Política considera equivalentes os termos “Atenção Básica (AB)”, “Estratégia de Saúde da Família (ESF)” e “APS”, utilizados no Brasil.

Além disso, o Ministério da Saúde, em Portaria de 2017 definiu que:

"A AB ou APS é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária" (BRASIL, 2017, art. 2º).

Sendo assim, entende-se a importância que o Ministério da Saúde dedica à prevenção e PS no âmbito da APS, tendo em vista a especificação frequente dada à temática em suas publicações. Nesse sentido, Becker et al. (2018) complementa que essa preocupação quanto à PS visa a consolidação dos princípios e diretrizes da PNAB, figurando como ponto chave na avaliação dessa assistência.

Diante desse cenário, a atuação do Enfermeiro em APS é considerado um instrumento de mudanças nas práticas adotadas, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), visando a substituição gradual da assistência clínica e curativa por uma abordagem mais integral do cuidado, buscando intervir nos fatores de risco, prevenção e PS e manutenção da QV dos indivíduos (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

Sobre isso, Matumoto (2011) complementa que a prática da Enfermagem, especificamente no Brasil, é entendida como uma prática social, uma vez que abrange questões

relacionadas às necessidades sociais de saúde dos indivíduos. Nesse contexto, essa prática pode ser considerada a base das relações no contexto do SUS, no que tange às outras práticas.

Sobre esta mesma temática, segundo a definição do Ministério da Saúde, as atividades privativas do Enfermeiro dentro do cenário da APS a realização de atenção, devem-se voltar a atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), e em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; devem também realizar consultas de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; devem realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, devem planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agente Comunitário de Saúde (ACS) em conjunto com os outros membros da equipe; devem contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e, por último, devem participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2012).

Observa-se que a prática de Enfermagem abrange atividades relacionadas tanto à assistência dos indivíduos no cenário em questão, quanto de gerência de atividades, materiais e insumos dentro das UBS's. Sendo assim, o profissional de Enfermagem está envolvido em todas as esferas do trabalho em APS, uma vez que realiza atividades privativas em ambas as esferas.

Correlacionados à essa prática abrangente dos Enfermeiros, Matumoto (2011) identificou uma impossibilidade destes de realizarem com eficácia todas as atividades imputadas a eles.

O autor complementa que estes consideram como atividades que fazem parte de sua prática direta: a) acolhimento, b) consulta de enfermagem (relacionada à coleta do exame de Papanicolau, pré-natal e puerpério, planejamento familiar, atendimento de puericultura, hipertensos e diabéticos, saúde mental), c) visita domiciliar/atendimento domiciliar, d) trabalho em grupo.

Como atividades clínicas indiretas, citam: a) supervisão e orientação aos auxiliares de enfermagem; b) supervisão e orientação dos ACS; e c) ações de apoio ao atendimento do médico.



Por fim, ressalta-se a importância do papel do Enfermeiro no que tange à prevenção e PS em Atenção Primária, uma vez que sua prática atua especificamente nos fatores condicionantes e determinantes de saúde, com o propósito de prevenir riscos e doenças por meio da detecção e controle desses fatores. Além disso, ressalta-se a necessidade desses enfermeiros se qualificarem quanto aos processos de promoção e prevenção da saúde (SCHVEITZER; ZOBOLI; VIEIRA, 2016).

Nesse cenário, Egry et al. (2018) consideram que a reflexão sobre o papel do Enfermeiro na ESF deve ser analisado em duas dimensões: a primeira, relacionada com o entendimento de que o processo de saúde-doença sofre influência e é determinado por condicionantes e determinantes em saúde; a segunda, diz respeito ao papel do Enfermeiro enquanto ator no campo da saúde coletiva, uma vez que este intervém nesse processo de saúde-doença, buscando captar, interpretar e intervir na realidade de saúde de uma coletividade.

Além disso, os autores supracitados reforçam que a prática do enfermeiro em ESF não se encontra amarrada às estruturas físicas e/ou protocolos e manuais técnicos, tendo em vista que tal prática se encontra em permanente construção. Sendo assim, a prática do Enfermeiro reflete suas vivências e convivências dentro de seu território de atuação e com a população adscrita, colaborando com o redesenho constante dessas práticas (EGRY et al., 2018).

Conclui-se que a qualificação desses Enfermeiros por meio da adoção de novos conhecimentos e técnicas faz-se necessário para a realização de uma assistência holística e voltada para a promoção da saúde, enquanto prática de Saúde coletiva. Sendo assim, o MPS de Pender servirá como ferramenta de apoio nesse cuidado, promovendo o trabalho coletivo e empoderando profissionais e indivíduos quanto à essa promoção da saúde.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Promoção da Saúde e Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde

Historicamente, o conceito de Promoção da Saúde tem passado por adaptações e atualizações desde 1920, quando foi citado pela primeira vez, por Winslow (1920), como relacionado com as condições de vida dos indivíduos. No entanto, foi somente em 1974 que o termo PS foi alcunhado no Informe de *Lalonde*, que definia quatro determinantes de saúde: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde, que passaram a ser os pilares para o trabalho epidemiológico das doenças crônicas não transmissíveis (LALONDE, 1974).

O Ministério da Saúde, em suas Cartas da Promoção da Saúde, define o termo “Promoção da Saúde” (PS) como um processo de capacitação da comunidade em busca de uma melhoria da QV dos indivíduos que a formam. Sendo assim, a PS estaria condicionada à modificação do meio ambiente, satisfação das necessidades e identificação de aspirações no intuito de alcançar um estado de bem-estar completo (físico, mental e social) (BRASIL, 2002).

Outro aspecto que merece destaque, no que tange à promoção da saúde, diz respeito à evolução do conceito de saúde propriamente dita. Sobre isso, Pender, Murdaugh e Parsons (2014) dialogam que tal conceito evoluiu da tradicionalidade e para fins curativos para um fenômeno impregnado de multidimensionalidade (biológica, social, psicológica, espiritual, ambiental e cultural) que devem ser compreendidas e avaliadas quanto ao seu impacto nas ações de promoção da saúde.

Os autores supracitados complementam que todas essas nuances, inerentes ao processo de promoção da saúde, devem ser consideradas pelos profissionais de saúde na busca pelo desenvolvimento de novas intervenções, estratégias, conhecimentos e habilidades que poderão ser utilizados nesse processo. Além disso, reforça-se a necessidade de adoção de uma visão holística para com os sujeitos no intuito de capacitá-los para que alcancem seus objetivos de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

Nesse cenário, faz-se necessário ressaltar que a experiência brasileira com relação à PS sofreu e sofre influência direta das Conferências Internacionais para Promoção da Saúde. Nesse sentido, Rocha et al. (2014) complementa que a Política Nacional de PS do Ministério da Saúde Brasileiro é embasada nas publicações resultantes das Conferências, além de nortear o debate brasileiro sobre a temática e influenciar, inclusive, no próprio conceito de PS (CORREIA; MEDEIROS, 2014; BRASIL, 2002).

A primeira iniciativa nesse sentido, de debate e norteio da PS a nível global, ocorreu em setembro de 1978, na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na capital do Cazaquistão, Alma-Ata, organizada pela Organização Mundial de Saúde em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Essa conferência culminou na Declaração de Alma-Ata que refirma o direito à saúde como direito fundamental dos seres humanos, além de estabelecê-lo como uma das metas sociais globais mais importantes.

A Declaração de Alma-Ata incentiva a estimulação de diminuição das desigualdades econômico-sociais no intuito de atingir a meta de proporcionar saúde a todos os indivíduos até o ano de 2000, reduzindo a desigualdade entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Tendo em vista o cenário global relacionado às desigualdades sociais e de acesso à saúde, observamos a atualidade e persistência dessa preocupação mundial que culminou com a Declaração, explicitando os abismos sociais e desigualdades que devem continuar sendo enfrentados e sanados (BRASIL, 2002).

A declaração reforça, ainda, que a promoção e a proteção da saúde de todos os povos é fator determinante no desenvolvimento econômico-social, melhorando, conseqüentemente, a QV dos homens e promovendo a paz entre os povos. O pacto firmado em Alma-Ata é considerado o pontapé inicial na busca por melhorias e mudanças na PS e incentivou a realização de outras iniciativas congêneres (BRASIL, 2002).

Consoante a isso, ocorreu a 1ª Conferência Internacional para Promoção da Saúde, que foi realizada em 1986, na capital canadense, Ottawa, e que teve como resultado a confecção da Carta de Ottawa (OMS, 1986), utilizada pelos sistemas de saúde ao redor do mundo como orientação para suas práticas relacionadas à PS (CORREIA; MEDEIROS, 2014).

A Carta de Ottawa ampliava as noções de PS para além dos cuidados de saúde, por meio da adoção de políticas públicas de saúde voltadas à setores indiretamente ligados à saúde dos indivíduos, propondo mudanças na saúde pública que abrangessem a justiça social e a equidade como pré-requisitos para a saúde.

A Carta de Ottawa relacionou cinco áreas de ação para a PS: construir Políticas Públicas Saudáveis; criar ambientes de suporte; desenvolver habilidades pessoais; fortalecer a ação da comunidade e reorientar os serviços de saúde. Nesse sentido, reafirmou e abrangeu o conceito de PS como sendo o processo de capacitação da coletividade comunitária para atuação na melhoria da QV e saúde de seus componentes, além disso, todas essas áreas de atuação definidas foram reafirmadas pelas conferências subsequentes (OMS, 1986)

O eixo central definido pela Carta de Ottawa foram seguidos pelas demais Conferências Internacionais e outros aspectos foram adicionados e reafirmados, conforme observa-se no Quadro abaixo:

Quadro 1 – Resumo Esquemático dos Principais Pontos das Declarações Oriundas das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde (1986-2016).

<b>Edição da Conferência</b>	<b>Local do Evento</b>	<b>Ano do Evento</b>	<b>Título da Publicação</b>	<b>Principais Aspectos</b>
I	Ottawa - Canadá	1986	Carta de Ottawa – Primeira Conferência Sobre Promoção da Saúde	A Promoção da Saúde, segundo a Carta de Ottawa, contempla 5 campos de ação: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde. Dessa forma, a Carta de Ottawa define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua QV e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.
II	Adelaide - Austrália	1988	Declaração de Adelaide – Recomendações sobre Políticas Públicas Saudáveis	Aborda a centralidade das políticas públicas de saúde que são trabalhadas por meio de quatro áreas imediatas: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e a criação de ambientes favoráveis. Destaca os desfavorecidos e vulneráveis como grupo prioritário para as políticas de acesso à saúde.
III	Sundsvall - Suécia	1991	Declaração de Sundsvall sobre Ambientes de Apoio para Saúde	Ressalta a necessidade de atingir maior “justiça social em saúde” e a criação de ambientes favoráveis (aspectos físicos e sociais do nosso entorno) a isso, focados no reforço à ação comunitária, de educação e capacitação dos indivíduos e comunidades para o controle sobre a saúde e de “empoderamento” das pessoas para a mediação de interesses conflitantes na sociedade, além de destacar a situação de extrema pobreza de milhões de pessoas.
IV	Jakarta - Indonésia	1997	Declaração de Jakarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI	Marcada como a primeira a tratar dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) em um item específico, além de ser a primeira realizada num país de capitalismo periférico e a incluir o setor privado no apoio à PS. A Declaração enfatiza a necessidade de

				novas respostas no âmbito da PS, entre as quais “existe a flagrante necessidade de derrubar as fronteiras tradicionais dentro dos setores públicos, das organizações governamentais e não governamentais e entre os setores público e o privado”.
V	Cidade do México - México	2000	Declaração do México	Teve como meta geral analisar o impacto das estratégias de PS para melhorar a saúde e a QV das pessoas mais pobres. Seu tema central foi a equidade. Para o alcance da equidade e do desenvolvimento social e econômico, a Declaração corrobora a necessidade de níveis de saúde mais elevados. Reafirma que os problemas de saúde prejudicam o desenvolvimento social e econômico e ressalta o protagonismo da sociedade civil na priorização da PS nas políticas e programas.
VI	Bangkok - Tailândia	2005	Carta de Bangkok	A Carta de Bangkok continua valorizando o protagonismo da sociedade civil e do setor privado, além de relacionar a PS aos direitos humanos, atribuindo ao indivíduo a responsabilidade pela saúde. Os DSS são apontados como “fatores de risco” sobre o controle dos indivíduos. Coloca que a mesma globalização que aprofunda as desigualdades e a exclusão social de milhões de pessoas, traz consigo novas “oportunidades de colaboração para melhorar a saúde”.
VII	Nairóbi - Quênia	2009	Nairóbi Chamada à Ação	O Documento elege algumas estratégias de ação para o alcance dessas responsabilidades (fortalecer a liderança em PS e os sistemas de saúde; empoderar as comunidades e indivíduos; colocar a PS como estratégia central na agenda do desenvolvimento; fortalecer processos participativos e; construir e aplicar conhecimentos acerca da PS), a exemplo da garantia do financiamento adequado e do acesso universal e da melhoria das abordagens dos sistemas de saúde e do gerenciamento de seu desempenho.
VIII	Helsinki - Finlândia	2013	Declaração de Helsinki sobre Saúde em Todas as Políticas	A equidade é enfatizada, sendo definida em Helsinki enquanto expressão da justiça social. A saúde é apresentada como responsável por melhorar a QV, aumentar a capacidade

				de aprendizagem, fortalecer famílias e comunidades e melhorar a produtividade da força de trabalho. Afirma que políticas equitativas ampliam níveis de saúde, reduzem a pobreza e promovem inclusão social e segurança.
IX	Shangai - China	2016	Declaração de Shanghai sobre a Promoção da Saúde na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável	A conferência passou a ser denominada como “Global” e apresentou uma resposta vigorosa de articulação de quatro pilares: “cidades saudáveis”, “bom governo”, “alfabetização em saúde” e “mobilização social”.

**Fonte:** Elaborado pela autora a partir das publicações oriundas das Conferências (OMS, 1986, 1988; 1991; 1997; 2000; 2005; 2009; 2013, 2016).

Em suma, a partir da Carta de Ottawa, se confirma um conjunto de valores que abrangem a vida, a saúde, a solidariedade, a equidade, a democracia, a cidadania, o desenvolvimento, a participação e a ação conjunta, dentre outros, e como resultado de diversas estratégias nas quais constam a melhoria da QV e de saúde. A Promoção da Saúde (PS) é a proposta de uma nova prática sanitária e interdisciplinar que integra diferentes saberes e práticas, intra e extra setoriais, que se revestem de uma nova qualidade ao articular-se organizadas pelo paradigma da PS para o enfrentamento dos problemas existentes num território singular (BUSS, 2010).

Ao longo do desenvolvimento histórico das sociedades, sempre houve a necessidade de explicar os fenômenos que desempenhavam papel importante na saúde e bem-estar dos indivíduos. Essa busca contribuiu para o fortalecimento e construção da Enfermagem como ciência e arte no cenário do cuidado, visando formar um corpo profissional munido de conhecimentos técnico-científicos, que atendam às necessidades da profissão e ao contexto em que se inserirem (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

### 3.2 Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Diante disso, houve o surgimento de variadas teorias que buscavam entender os questionamentos que permeavam a sociedade em determinadas épocas. Nesse sentido, Polit, Beck e Hungler (2011) definem teorias de Enfermagem como um conjunto de conceitos e pressupostos teóricos e práticos que atuam na formação de um sistema de cuidado que poderá ser aplicado na prática da assistência, assim como na pesquisa e ensino de Enfermagem. Schaurich e Crossetti (2010) complementam que as teorias foram e continuam sendo elaboradas como resposta à complexidade e multiplicidade dos fenômenos ocorridos no campo da saúde.

Entende-se, portanto, que as teorias de Enfermagem são necessárias para que possamos desenvolver ferramentas utilizáveis na assistência com embasamento científico, buscando a compreensão holística dos indivíduos. Uma das primeiras teorias de Enfermagem surgiu como resultado das ações de cuidado de Florence Nightingale, que buscava a realização de um cuidado qualificado. Com o passar dos anos, várias teorias de Enfermagem foram desenvolvidas, dentre elas a Teoria de PS de Nola Pender (em 1975), da qual derivou o MPS, objeto desse estudo (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

O MPS foi desenvolvido por Nola Pender nos Estados Unidos, na década de 80 e é, ainda, pouco explorado no Brasil. Nola Pender é enfermeira, doutora em psicologia e ensino, pesquisadora da Universidade de Michigan. Segundo ela, o MPS tem como objetivo auxiliar os profissionais de Enfermagem a compreender, por meio das crenças individuais, os determinantes de comportamentos promotores de saúde. Para isso, esse profissional usa do aconselhamento comportamental para a promoção de estilos de vida saudáveis (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

A trajetória de Pender na Enfermagem teve início aos sete anos, quando observou o tratamento dispensado por esses profissionais à sua tia, que estava hospitalizada, que a influenciaram no seu desejo de cuidar de outros, além de influenciar em sua crença de que o papel da Enfermagem residia em sua capacidade de auxiliar os indivíduos a cuidarem de si mesmos. Pender nasceu em 1941, em Lansing – Michigan, num ambiente que favoreceu sua formação profissional, uma vez que seus pais defendiam a educação das mulheres, numa época em que isso ainda era desestimulado (SAKRAIDA; PENDER, 2006).

Recebeu sua licença para a prática de Enfermagem em 1962, na Escola de Enfermagem da *West Suburban Hospital em Oak Park* – Illinois, seguindo sua prática em uma unidade médico cirúrgica, e posteriormente, num serviço de pediatria em um hospital do Michigan. Em 1964, Pender concluiu o bacharelado em Enfermagem na *Michigan State University, em East Lansing*. Logo após isso, em 1964 realizou mestrado em crescimento e desenvolvimento humano na mesma universidade em que se graduou. Já em 1969, concluiu o doutoramento em Psicologia e ensino pela *Northwestern University em Evanston* – Illinois (SAKRAIDA; PENDER, 2006).

Em 1975, Pender publicou um artigo chamado “*A Conceptual Model for Preventive Health Behavior*” que definiu as bases para identificar como os indivíduos tomam decisões no contexto de seus estados de saúde. Em seguida, Pender publicou sua obra intitulada “*Health Nurse Promotion in Nursing Practice*” em 1982, em que especificou a versão original de seu MPS, e após passar por revisões, foi alterado para o modelo que conhecemos atualmente na

quarta edição de sua obra, que contou com a colaboração de Murdaugh e Parsons em 2002 (SAKRAIDA; PENDER, 2006).

O MPS de Pender foi amplamente validado por estudos posteriores, o que levou Pender a se tornar referência no desenvolvimento da investigação em Enfermagem nos Estados Unidos. Entre prêmios e distinções recebidos pela teórica estão o Doutorado Honorário na Widener University em 1992, o Distinguished Research Award da Midwest Nursing Research Society em 1988, o American Psychological Association Award pela sua contribuição para a Enfermagem em 1997 e o Mãe Edna Doyle Award, por excelência pela Michigan School of Nursing em 1998 (SAKRAIDA; PENDER, 2006).

O MPS de Nola Pender pode ser entendido como uma proposta de integração dos conhecimentos da prática de Enfermagem à Ciência do Comportamento Humano, visto que busca a identificação dos fatores que tem influência na adoção de comportamentos saudáveis. Além disso, funciona como um guia que permite a exploração dos fatores motivacionais relacionados à adoção de comportamentos promotores de saúde (SILVA; SANTOS, 2010).

Sobre o modelo, Santos, Soares e Berardinelli (2010) pontuam que o MPS traz em seu arcabouço a possibilidade de análise dos componentes que fomentam a busca pela saúde pelos indivíduos ao longo de toda a sua vida. Nesse sentido, oferece ferramentas que serão úteis no desenvolvimento de instrumentos de identificação dos fatores cognitivos e perceptuais envolvidos nas condutas de promoção à saúde.

O MPS já foi utilizado anteriormente por pesquisadores brasileiros e seu escopo de ação é bastante abrangente, tendo em vista que permite ao pesquisador a realização de variadas pesquisas com focos diferentes, dentre elas: avaliar um programa educacional a fim de melhorar a atividade física entre adolescentes (SANAEINASAB et al., 2012); descrever hábitos de atividade física e seus determinantes em escolares das instituições públicas (GUEDES et al., 2009); investigar índices antropométricos de crianças com até dois anos de idade, com cardiopatias congênitas, na unidade de terapia intensiva (MONTEIRO et al., 2009), analisar a construção de ações de autocuidado de pessoas idosas (SILVA; SANTOS, 2010), entre outras.

No que tange às bases teóricas do MPS, Sachahiaman (2014) pontua que este teve influência de três teorias relacionadas ao comportamento humano: A Teoria Social Cognitiva de Bandura (1925), a Teoria da Expectativa de Vroom (1964), e a Teoria da Ação Racionalizada e Comportamento Planejado de Fishbein e Ajzen (1975).

A Teoria Social Cognitiva de Bandura, classificada como uma Teoria de Aprendizagem Social Cognitiva, reconhece nos indivíduos e na coletividade seu protagonismo nos processos de aprendizagem e de atuação nas sociedades/culturas. Bandura determinou que os indivíduos



apresentam a capacidade individual de influenciar intencionalmente o funcionamento e as circunstâncias da vida, por meio da utilização de seus recursos próprios ou os recursos coletivos para atingirem o objetivo desejado (BANDURA; AZZI, 2017).

A Teoria de Bandura foi a responsável por definir o conceito de autoeficácia, que foi revisto, atualizado e utilizado por Pender em seu Modelo de Promoção. Para Bandura (2008), o termo autoeficácia poderia ser definido como um fator de influência das expectativas dos indivíduos sobre suas habilidades individuais voltados à realização de tarefas específicas. Nesse sentido, autoeficácia está diretamente relacionada com a percepção individual sobre seu sucesso em lidar com situações e expectativas futuras, uma vez que quanto maior a crença de autoeficácia, maior será o tempo de persistência do indivíduo para a solução de situações difíceis.

A teoria das Expectativas ou Expectância de Vroom sinaliza que os indivíduos possuem expectativas acerca das consequências de suas ações que terão impacto sobre os resultados de suas escolhas. Sobre isso, Vroom (1964) explicita que ocorre um processo de motivação relacionado aos objetivos de cada indivíduo, o que terá influência direta nas ações deste. Nesse sentido, a motivação estaria relacionada à atratividade derivada dos “resultados” (instrumentalidade) atingidos pela mudança de comportamento, gerando uma relação entre o desempenho do sujeito e a ocorrência desses “resultados”.

Dessa dinâmica, surgiu a Teoria das Expectativas de Vroom que se baseava na motivação individual e considerava a seguinte equação:  $\text{Motivação} = \text{Expectativa} \times \text{Instrumentalidade} \times \text{Valor}$ . Considerando os seguintes conceitos: Expectativa: Avaliação da probabilidade de atingir determinado resultado por meio da comparação entre esforços necessários e capacidade individual. Instrumentalidade: Percepção individual da recompensa que virá ao se atingir determinado resultado, por meio da relação desempenho-compensação. Valor: Diz respeito aos valores que cada alternativa no processo representa para cada indivíduo (VROOM, 1964).

Por fim, a Teoria da Ação Racionalizada (TAR) e Comportamento Planejado (TCP) de Fishbein e Ajzen são oriundas das Psicologia Social e trazem definições acerca da adoção de comportamentos específicos. Para a TAR, há uma ligação entre atitude e comportamento baseado nas crenças, atitudes, intenção comportamental e o próprio comportamento em si, conceitos também utilizados no Modelo de Pender, a saber: Crenças seriam derivados dos valores em relação ao que deve ou não ser feito; Atitudes seriam a forma como o comportamento é considerado; Intenção comportamental seria referente a declaração interna do indivíduo. Nesse sentido, o comportamento seria determinado diretamente pela intenção de o

realizar, uma vez que os indivíduos realizam ações para alcançar suas intenções, dentro de um determinado contexto e tempo (FISHBEIN; AJZEN, 1975).

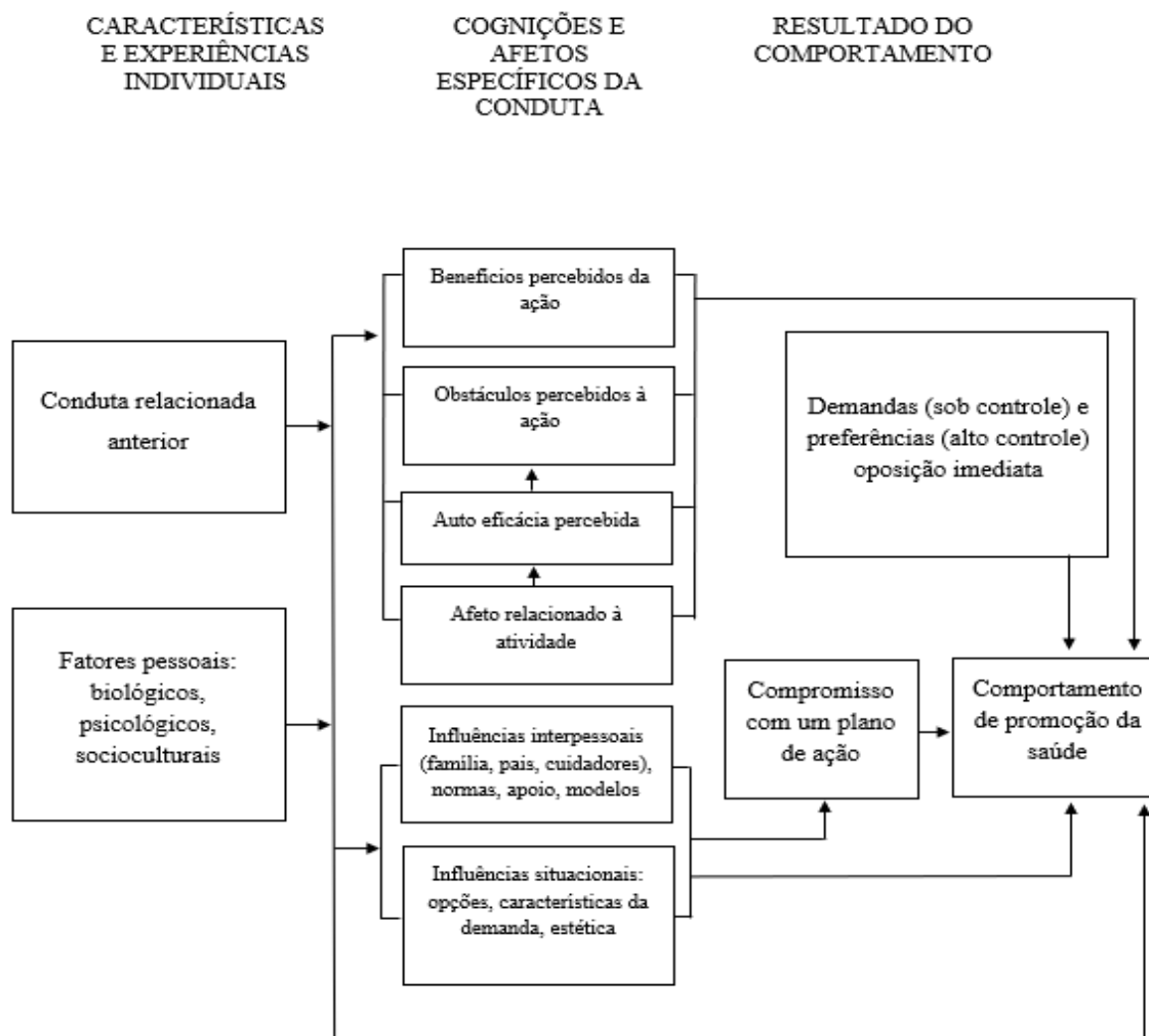
Já no que tange à TCP, há a intenção de explicitar as intenções dos indivíduos ao realizarem determinados comportamentos. Sobre isso, Ajzen (1991) reafirma que tais intenções devem ser determinadas por meio de um conjunto de rumores subjetivos, além de considerar o controle individual em relação ao comportamento em análise. Sendo assim, a intenção do indivíduo de adotar determinado comportamento está diretamente relacionada ao quão favorável são as normas, as atitudes e o controle individual. Entende-se que as Teorias da Ação Racionalizada e do Comportamento Planejado trabalham em conjunto e em complementaridade.

O MPS de Nola Pender é considerado um Modelo de Enfermagem que pode ser utilizado na implementação e avaliação de ações de PS por meio da identificação de três componentes principais: Características e experiências individuais; Cognitiones e afetos específicos da conduta e Resultado do comportamento (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014). A Figura 2 apresenta o Diagrama do MPS atualizado.

Observa-se que o MPS tem uma estrutura simples e clara, possibilitando ao profissional de Enfermagem a realização de um cuidado individualizado aos indivíduos e/ou grupos de indivíduos, uma vez que permite planejar, intervir e avaliar as ações de promoção e de adoção de comportamentos promotores de saúde (SAKRAIDA; PENDER, 2014).

Analisando os componentes separadamente, observamos que o componente 1 diz respeito às Características e Experiências individuais. Essas compreendem o comportamento anterior, que deve ser mudado, e os fatores pessoais (divididos em fatores biológicos, psicológicos e socioculturais). O segundo componente está relacionado aos sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar, é o núcleo central do diagrama, sendo formado pelas seguintes variáveis: percebe benefícios, barreiras e autoeficácia para ação a ser desenvolvida, além dos sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais e influências situacionais envolvidas.

Figura 1 – Diagrama da TMPS de Nola Pender.



Fonte: PENDER, MURDAUGH e PARSONS (2014) (Traduzido livremente pela autora).

A partir da identificação das variáveis supracitadas, é possível estabelecer um plano de ação que envolve um compromisso entre a cuidadora informal idosa e a pesquisadora deste estudo para cumpri-lo. Tais conceitos se encontram mais bem explicados a seguir:

- Os benefícios percebidos da ação são os resultados positivos antecipados que reforçam as consequências de se adotar comportamentos;
- Barreiras percebidas à ação refere-se às avaliações negativas, dificuldades e custos pessoais antecipados que podem dificultar um compromisso com a ação;
- Autoeficácia percebida é um dos conceitos mais importantes neste modelo, porque representa o julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar determinados comportamentos promotores de saúde e influi sobre as barreiras de ação percebidas, de modo que a maior eficácia leva a percepções menores das barreiras para o desempenho desses comportamentos;

- Sentimento relacionado à atividade. Os sentimentos positivos ou negativos podem favorecer ou não a conduta promotora de saúde. Também, existe uma relação direta com a autoeficácia percebida de modo que, quanto mais positivo o sentimento, maior é o sentimento de eficácia;
- As influências interpessoais revelam que o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, profissionais de saúde ou por normas e modelos sociais, de modo que os indivíduos ficam mais propensos a adotar comportamentos quando pessoas importantes para elas as ajudam e apoiam, ou mesmo esperam que ocorram mudanças em suas vidas através da adoção de determinados comportamentos;
- As influências situacionais referem que o ambiente pode aumentar ou diminuir o compromisso ou participação em determinados comportamentos de saúde.

Colhidas todas as variáveis acima descritas no componente 2, o modelo avança para elaboração compartilhada do plano de ação com os comportamentos promotores de saúde, a serem assumidos pelas cuidadoras informais idosas. Em relação ao componente 3, que corresponde ao comportamento de PS desejável, compreendendo: O compromisso com um plano de ação; as demandas concorrentes imediatas (baixo controle) e preferências (autocontrole), bem como o próprio comportamento promotor de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

O compromisso com o plano de ação refere-se às ações que possibilitam a manutenção do comportamento de PS esperado, que no processo de enfermagem corresponde a aplicação das intervenções propostas; quanto às exigências imediatas e preferências, a primeira significa o baixo controle pessoal sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, como o trabalho e as responsabilidades do cuidado com a família; já as preferências exercem um autocontrole sobre as ações de mudança de comportamento. O último conceito desse componente que é o comportamento de promoção da saúde, que significa o resultado da implementação do MPS (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

Ressalta-se que os conceitos de saúde, ambiente, pessoa e enfermagem que compõem o metaparadigma da enfermagem, não estão explícitos no diagrama, porém, são resgatados pela descrição das variáveis representadas no modelo de maneira subjetiva. Nesse contexto, “Saúde” é o resultado desejado do comportamento de promoção para a saúde, que depende de fatores intrínsecos à pessoa e ao ambiente. Consiste em um alto nível de bem-estar e pode ser modificada por meio das ações de enfermagem. “Ambiente” é o contexto cultural e psicológico no qual a vida se desenvolve. Pode ser usado pela pessoa para criar um contexto positivo e

facilitador para adoção de comportamentos de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

Além destes, descreve-se os conceitos de “Pessoa”, como sendo um organismo biopsicossocial que interage com o ambiente, ocorrendo transformação mútua. Apresenta um conjunto de características e experiências específicas que vão condicionar e afetar seus comportamentos de saúde e “Enfermagem”, assume-se um compromisso com a pessoa, corresponsabilizando-a pelo seu processo saúde-doença. Cria condições favoráveis para a pessoa atingir um elevado nível de bem-estar e saúde, controlando os determinantes dos comportamentos de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

Na sétima edição do livro *Health Promotion in Nursing Practice* está explicitado os quatorze princípios teóricos derivados do modelo (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014):

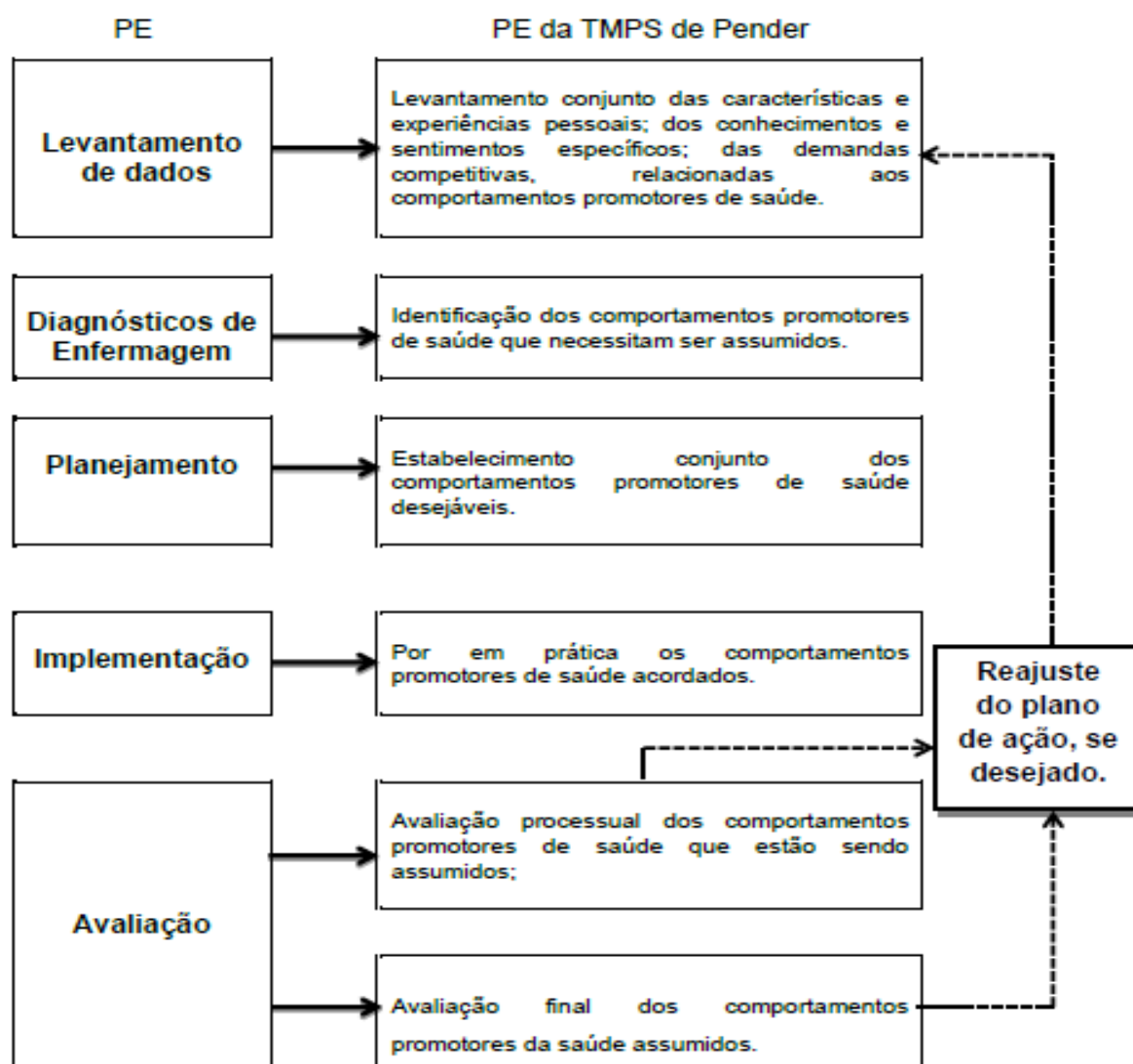
- A conduta prévia e as características herdadas ou adquiridas influenciam as crenças, os sentimentos e a promulgação das condutas de promoção da saúde;
- As pessoas se comprometem a adotar condutas a partir das quais antecipam os benefícios derivados e valorizados por elas;
- As barreiras percebidas podem obrigar a adquirir um compromisso com a ação, a mediação da conduta e a conduta real;
- A competência percebida da eficácia pela pessoa para executar certa conduta aumenta a probabilidade de um compromisso de ação e atuação real da conduta;
- A eficácia percebida pela pessoa tem como resultado menos barreira percebida para uma conduta de saúde específica;
- O sentimento positivo faz uma conduta chegar a uma eficácia, que pode, pouco a pouco, levar a um aumento do sentimento positivo;
- Quando as emoções positivas do sentimento se associam a uma conduta, a probabilidade de compromisso e de ação aumenta;
- É mais provável que os indivíduos se comprometam a adotar condutas de PS quando as pessoas importantes para eles estimulam sua conduta, esperam que se produza a conduta e oferecem ajuda e apoio para permiti-la;
- As famílias, o cônjuge e os profissionais de saúde são fontes importantes de influência interpessoal, que podem fazer aumentar ou diminuir o compromisso para adotar uma conduta promotora de saúde;

- As influências situacionais podem fazer aumentar ou diminuir o compromisso da participação na conduta promotora de saúde;
- Quanto maior o compromisso de um plano específico de ação, mais provável é que se mantenham as condutas promotoras de saúde ao longo do tempo;
- O compromisso de um plano de ação é menos provável que acabe em uma conduta desejada quando as exigências contrapostas nas quais as pessoas têm menos controle requerem uma atenção imediata;
- É menos provável que o compromisso de um plano de ação chegue a ser a conduta desejada quando umas ações são mais atrativas que outras e, para tanto, são preferidas na meta da conduta;
- As pessoas podem modificar os conhecimentos, o afeto e o entorno interpessoal e físico para criar incentivos para as ações de saúde.

Tomando-se por base as premissas apresentadas e segundo Pender, Murdaugh e Parsons (2014), a interação indivíduo-ambiente ocasiona uma transformação progressiva tanto no indivíduo quanto nos ambientes. Aqui fica evidente o papel dos profissionais de Enfermagem como parte integrante das relações interpessoais que exerce influência sobre o comportamento dos indivíduos ao longo de suas vidas. Nesse sentido, a educação desponta como um instrumento transformador, favorecendo mudanças comportamentais individuais, vislumbrado o seu contexto social.

Por fim, infere-se que cada uma das etapas descritas no MPS pode ser relacionada com uma fase do Processo de Enfermagem (PE) correspondente. Sobre isso, Oliveira e Trezza (2015) esquematizaram essa relação de correspondência, que pode ser observada na Figura 3:

Figura 2 – Relação das fases do processo de enfermagem com o processo de enfermagem implícito no MPS de Nola Pender.



Legenda: PE = Processo de Enfermagem; TMPS = Teoria Modelo de Promoção da Saúde

Fonte: OLIVEIRA; 2015.

Conforme observado na Figura 3, as etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) encontram seu correspondente dentro do MPS de Pender, tendo em vista que dentro deste são realizadas ações que aludem àquelas vistas dentro da SAE. Nesse sentido, o processo cíclico observado durante a realização das etapas da SAE também pode ser observado durante a implementação do Modelo de Pender, sendo que na porção final de ambos ocorre a avaliação da assistência e dos comportamentos que abrem a possibilidade de refazer o processo, caso não sejam alcançados os objetivos pactuados.

Dessa forma, o modelo permite a implementação de intervenções de enfermagem de modo organizado e sistematizado no âmbito da promoção da saúde, em se tratando de mudanças

no comportamento. Estudos que envolvem aplicação de teorias de enfermagem facilitam a aproximação dos enfermeiros com as bases teóricas da sua ciência e, conseqüentemente, de seus constructos, facilitando uma prática baseada em escolhas e adequações comprovadas cientificamente (SILVA; SANTOS, 2010).

Por fim, entende-se que o MPS de Nola Pender se mostra eficaz ao identificar e propor mudança e/ou adoção de comportamentos promotores de saúde, podendo, inclusive, ser correlacionado com a SAE, com o intuito de ser trabalhado no cenário da atenção primária à Saúde. Logo, trata-se de um modelo que poderia ser adotado na prática de Enfermagem, no que tange às ações relacionadas à promoção e prevenção da saúde.



## 4 MÉTODO

### 4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo compreensiva, que se utilizou do método da pesquisa intervenção.

A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador o resgate da subjetividade dos sujeitos, voltando-a para o conhecimento das experiências vividas, dos aprendizados incorporados e praticados, dos valores e das crenças próprias do universo do indivíduo pesquisado (MINAYO, 2014).

Destaca-se que essa abordagem possibilitou estabelecer a relação dinâmica existente entre o mundo real e a subjetividade que permeia a vida dos sujeitos. Para Minayo (2014), a pesquisa qualitativa, apresenta uma conexão indissociável entre pensamento e ação, linguagem e práticas, na busca do entendimento de um fenômeno específico em profundidade. Busca-se descrições, comparações e interpretações, ao invés de estatísticas, regras e outras generalizações.

Ressalta-se que o enfoque em pesquisa qualitativa se dá nas palavras ou descrições narrativas, ao invés de números e dados estatísticos, além de classificar esses dados por temas, conceitos, e/ou teorias, identificados e sintetizados a partir das descrições detalhadas de experiências e processos sociais compartilhados pelos participantes. Enquanto pesquisadores quantitativos trabalham com algumas poucas variáveis e muitos sujeitos, pesquisadores qualitativos contam com poucos participantes, e muitas variáveis (AILINGER, 2003).

A visão de mundo que norteia esse estudo, no campo epistemológico, foi a pesquisa compreensivista, a qual destaca a compreensão da realidade humana vivida socialmente. Com relação à pesquisa compreensiva, pode-se defini-la como oriunda da Sociologia Compreensiva, na qual propõe que a compreensão da realidade humana, vivida em sociedade, seja o foco do estudo nas ciências sociais. Sendo assim, na pesquisa compreensiva, há uma preferência pelas descobertas oriundas da subjetividade dos sujeitos e em como essas descobertas têm um papel importante nas relações sociais a partir dali (MINAYO, 2014).

Quanto ao método, utilizou-se a pesquisa intervenção, que recebe essa denominação por se construir no próprio campo de investigação, junto aos atores sociais, com o objetivo de “dar voz” aos atores sociais acerca das práticas em saúde para que, a partir daí, seja produzida uma réplica ao que está instituído. E assim, a participação dos atores sociais traz a perspectiva de transformação social, pois, a tomada de consciência, acerca das condições de possibilidade

históricas, políticas, econômicas e sociais das condições de saúde, promove questionamento sobre o que está instituído e sua transformação (SNYDER et al., 2016).

A pesquisa intervenção permite ao pesquisador realizar o estudo em conjunto com a população investigada, com o objetivo de modificar o processo de estudo e conseqüentemente, o objeto de estudo por meio de intervenções educativas no cotidiano destes. Sendo assim, o objetivo da pesquisa intervenção é construído por todos os presentes (PASSOS; BARROS, 2000).

Para Sato (2008), a pesquisa intervenção se origina da quase inexistência do hiato entre a atividade de conhecer a realidade e a atividade de realizar interferências nessa realidade. Ainda sobre isso, Vasconcelos (2013) complementa que o fato de o pesquisador realizar questionamentos e levar o outro a questionar a própria realidade define que não há apenas pesquisa, mas a intervenção propriamente dita. Além disso, entende-se que a partir do momento em que o pesquisador se insere dentro da realidade pesquisada, aplicando suas práticas e propostas, estará assim, havendo uma intervenção (CASTRO; BASSET, 2008).

Podemos considerar a pesquisa intervenção como uma ferramenta de aproximação entre pesquisador e pesquisado, bem como a inserção destes em atividades que permeiam o conhecimento, aprendizagem e transformação de ambos. Nesse ínterim, a pesquisa tem lugar no encontro entre pesquisador e cenário de pesquisa que gerará conhecimentos que são de interesse dentro da prática da pesquisa intervenção (CASTRO; BASSET, 2008).

No contexto da pesquisa intervenção, há uma constante remodelação do papel do pesquisador e sua proximidade com os participantes da pesquisa, com o intuito de permitir a construção conjunta de sentidos e a realização do trabalho como resultado de um processo de acordo entre os envolvidos, que irão depender de circunstâncias pré-existentes. Sendo assim, o papel do pesquisador evolui de um mero intérprete para um agente que oportuniza novos rumos e possibilidades, englobando a ruptura dos sentidos pré-estabelecidos (AGUIAR; ROCHA, 2007).

A pesquisa intervenção baseia-se, conforme Rocha (2006), nos princípios da Análise Institucional Socioanalítica (corrente desenvolvida na França durante as décadas de 1960/1970 que possui como teóricos expoentes René Lourau e Georges Lapassade), e na Filosofia da Diferença, que possui como principais teóricos Gilles Deleuze e Félix Guattari. A Pesquisa Intervenção amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, enquanto proposta de transformação da realidade sociopolítica, pressupondo uma intervenção micropolítica na experiência social (AGUIAR; ROCHA, 2007).

É nesse contexto, de interação entre pesquisador e pesquisado, de partícipe e

corresponsáveis que esse estudo buscará uma intervenção na micropolítica dos comportamentos promotores de saúde das cuidadoras informais idosas das pessoas idosas dependentes, mediante a implementação do plano de ação amparado no MPS de Nola Pender.

#### **4.2 Cenário da Pesquisa**

Constituiu cenário da investigação os domicílios cadastrados na ESF e acompanhados por ACS, localizados na zona urbana (37 unidades, do total de 44), do município de Parnaíba – PI. O município piauiense tem uma área territorial de 434,229 Km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 334,51 habitantes por Km<sup>2</sup>. Localizado no extremo norte do estado, banhado pelo rio Igarauçu (1º braço do delta do Parnaíba) e pelo oceano atlântico, distante 339 km da capital, Teresina.

O último censo realizado na cidade de Parnaíba ocorreu no ano de 2010, ele revelou que a população do segundo maior município do Piauí era de 145.705 habitantes. Hoje o referido município possui uma população de 150.780 habitantes, sinalizando que, de lá para cá, o número de residentes nos 30 bairros da cidade de Parnaíba cresceu em 3%, ou seja, quase cinco mil pessoas (BRASIL, 2010).

Em Parnaíba, segundo dados colhidos na Secretaria municipal de Saúde, vigora o modelo de atenção plena à saúde, e a ESF tem uma abrangência de cobertura populacional de 99,9%, totalizando quarenta e quatro unidades da ESF, dentre estas, trinta e sete são urbanas e sete são rurais.

#### **4.3 Participantes da Pesquisa**

Participaram da pesquisa as cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes, cadastradas na ESF da zona urbana do município de Parnaíba, acompanhadas por ACS. Os participantes foram selecionados conforme o interesse e a disponibilidade em participarem dos encontros que ocorreram no decorrer do estudo.

Destaca-se que, de acordo com dados obtidos na Secretaria de Saúde do município, cerca de 297 indivíduos se encontravam acamados, no período de janeiro a junho de 2019 (SECRETARIA DE SAÚDE – PARNAÍBA, 2020).

Para a seleção de participantes, utilizamos a amostragem intencional, que baseia a escolha dos participantes na riqueza das informações trazidas por estes e suas capacidades de responderem aos objetivos propostos pela pesquisa, além disso, as participantes foram

selecionadas seguindo-se o critério da homogeneidade ampla, quando há características em comum a todos os participantes (TURATO, 2013).

O número final de 22 participantes foi definido por meio do critério de saturação de informações, que, operativamente, consiste em um processo contínuo de análise do material coletado até que as informações, ainda que respondam aos objetivos propostos, comecem a se repetir consistentemente (TURATO, 2013). Os dados foram coletados de forma remota, considerando o período pandêmico decorrente da COVID-19.

#### **4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Os critérios de inclusão foram: ser cuidadora informal idosa de pessoas idosas dependentes; possuir idade igual e/ou superior a 60 anos; ser a cuidadora principal da pessoa idosa dependente com acompanhamento por ACS da zona urbana. Foram excluídas da pesquisa aquelas que não possuíam equipamentos e tecnologias necessárias à realização dos encontros remotos e as que possuíam qualquer tipo de limitação quanto ao uso adequado desses equipamentos e tecnologias.

#### **4.5 Instrumentos de Produção de Dados**

Os conceitos da TMPS de Nola Pender agrupam-se formando três componentes principais: “Características e Experiências Individuais”, “Conhecimentos e sentimentos específicos da conduta” e “Comportamento de PS Desejável”, conforme já salientado previamente. Logo, os instrumentos de coleta elaborados, quais foram, a entrevista semiestruturada e os quadros do plano de ação e dos resultados esperados, seguiram esses marcos teóricos, numa perspectiva frente à mulher idosa.

Nesse sentido, três instrumentos de coleta de dados foram organizados seguindo as fases do Modelo de Nola Pender: o primeiro, Características e Experiências Individuais (APÊNDICE A); o segundo, Cognições e Afetos Específicos da Conduta (APÊNDICE B) e o terceiro, Resultados do Comportamento (APÊNDICE C). Optou-se por organizar os instrumentos seguindo essa perspectiva a fim de que todo o processo da pesquisa fosse embasado nos marcos teóricos do Modelo da PS de Nola Pender.

O primeiro instrumento foi composto por 61 questões fechadas, das quais 21 possuíam conteúdo referente ao perfil sociodemográfico, nove contemplavam o histórico de saúde, oito aspectos socioculturais, cinco abordavam informações sobre a atribuição de

cuidador, e 18 os hábitos de vida. Além disso, possuía oito questões abertas, que subsidiaram a coleta dos dados qualitativos:

1. O que você entende como Promoção da Saúde?
2. Fale um pouco sobre seus hábitos alimentares.
3. Como você se mantém ativa no seu dia a dia com o objetivo de cuidar da sua saúde?
4. Comente sobre como são suas relações sociais, com amigos e familiares.
5. Quais medidas você toma no seu dia a dia para cuidar da sua saúde mental?
6. Fale um pouco sobre como você exerce sua fé e práticas religiosas no seu cotidiano.
7. Quais dificuldades você encontra hoje para cuidar da sua saúde?
8. Quais outras medidas você toma no dia a dia para cuidar da sua saúde?

Dessa forma, a entrevista semiestruturada, correspondeu ao primeiro componente do diagrama de Nola Pender, e foram levantadas as Características e Experiências Individuais, com levantamento dos fatores pessoais, biológicos, psicológicos e socioculturais; e das condutas que se referem aos comportamentos de PS autorreferidos e as práticas de cuidado para PS autorreferidas.

O segundo instrumento, Cognições e Afetos Específicos da Conduta, foi organizado em forma de quadro sinóptico e, para síntese e agrupamento dos achados, possuiu seis perguntas:

1. Que benefícios você vê em modificar esses comportamentos?
2. Que dificuldades você pode enfrentar para modificar esses comportamentos?
3. O quanto você está certo que pode superar essas barreiras e modificar esses comportamentos?
4. O que você sente se for necessário modificar esses comportamentos para a sua saúde?
5. Quais atitudes as pessoas próximas a você mantêm em relação a este comportamento? Você acredita que elas vão te encorajar ou desencorajar?
6. Onde você pode encontrar condições para melhorar este comportamento? E onde isso não é possível?

Assim, foram abordados os comportamentos específicos a serem assumidos pela cuidadora informal idosa, os benefícios, barreiras e autoeficácia percebidos, sentimentos relacionados e as influências interpessoais e situacionais.

O terceiro instrumento, Resultados do Comportamento (APÊNDICE C), continha

comportamentos prévios, comportamentos pactuados, resultados esperados, bem como, as demandas e preferências, que tiveram atuação sobre os comportamentos. Dessa forma, o preenchimento desse terceiro instrumento ocorreu a partir do conteúdo relatado pelas cuidadoras durante as entrevistas.

#### 4.6 Produção dos Dados

A Observação Participante, ocorreu por meio de vídeo conferência em aplicativo mobile específico para esse fim. Essa técnica de observação em pesquisa busca diminuir a variabilidade residual, uma vez que os observadores se inserem na realidade dos participantes. Essa inserção favorece a observação de comportamentos que dificilmente ocorreriam na presença de estranhos, tendo em vista que os investigadores participam de maneira “não-intrusiva”, possibilitando a expressão de emoções, situações, fatos e comportamentos sem filtro (MÓNICO et al., 2017).

Em virtude da pandemia COVID-19, os dados foram coletados de forma remota, por meio da utilização de aparelhos tecnológicos como computadores e dispositivos móveis (tablets e celulares) que viabilizaram a gravação de vídeo. Foram utilizadas as plataformas digitais *Whatsapp* ou *GoogleMeet*, selecionadas conforme disponibilidade e usabilidade de cada participante.

A utilização das tecnologias se deu devido a ocorrência da pandemia da COVID-19, a fim de evitar o contato físico e resguardar as sujeitas do estudo e pesquisadora do risco de contaminação pelo vírus. Além disso, facilitou a adesão à pesquisa pelas participantes do estudo, visto serem as cuidadoras principais das pessoas idosas dependentes. Acrescenta-se o fato de que estes encontros propiciaram um momento de interação social entre a pesquisadora e as cuidadoras idosas, haja que as participantes integravam grupo de risco e encontravam-se isoladas.

Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador, no período de fevereiro a agosto de 2021, seguindo quatro etapas. Na primeira, inicialmente, foi realizada a busca no cenário do estudo das participantes elegíveis. Esse processo se deu por meio de contato telefônico e/ou por aplicativos multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para *smartphones*, com os enfermeiros das ESF de Parnaíba-PI.

Foram esclarecidos quanto à realização da pesquisa e seus objetivos, nessa oportunidade foi requisitado a relação das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes de sua área de abrangência. A obtenção da lista de nomes e contatos das cuidadoras de perfil elegível

ocorreu mediante levantamento feito pelos respectivos ACS, que atuavam em cada equipe de saúde da família.

A comunicação inicial com as cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes se deu através da mediação dos ACS, responsáveis por repassar as informações básicas acerca da realização da pesquisa para as participantes do estudo, assim como foi solicitado, por meio de permissão verbal, a aceitação para o contato inicial da pesquisadora. Mediante a permissão verbal dada pelas participantes, a pesquisadora entrou em contato, juntamente com seu ACS, por meio de videoconferência, utilizando aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para *smartphones*.

Nesse encontro, as cuidadoras idosas foram esclarecidas acerca da pesquisa e foi solicitado sua autorização verbal para a gravação das conversas por meio do dispositivo eletrônico, a seguir foi feito a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) e solicitado a permissão verbal para realização do estudo. Em seguida, se deu início ao levantamento dos dados a partir das características e experiências individuais das participantes do estudo mediante aplicação da entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) por via videoconferência. As entrevistas foram gravadas, por meio de ferramenta disponível no aplicativo mobile de vídeo conferência específico, com posterior transcrição das falas pela própria pesquisadora, bem como foram preenchidos, a partir dos discursos das entrevistadas e observação da pesquisadora, os instrumentos sobre Cognições e Afetos Específicos da Conduta (APÊNDICE B) e Resultados do Comportamento (APÊNDICE C).

A realização da entrevista individual semiestruturada findou o primeiro encontro. Logo após se encerrou a primeira etapa, mediante a identificação pela pesquisadora dos comportamentos promotores de saúde a serem assumidos pelas cuidadoras informais idosas. Nessa fase, ressalta-se que houve a criação de um plano alimentar para essas cuidadoras informais idosas, mediante o auxílio de uma nutricionista.

Esse momento da pesquisa foi embasado no primeiro componente do Modelo de Pender, que compreende os fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais) e o comportamento anterior do indivíduo. Esta parte corresponde ao levantamento de dados do processo de enfermagem. Constitui-se, portanto, no primeiro componente do processo, em que é realizada a produção de dados sistematizada, com o objetivo de delinear o perfil do cliente, família e comunidade (SAKRAIDA; PENDER, 2014).

A segunda etapa correspondeu ao segundo encontro com as participantes da pesquisa. Nesse momento elas foram encorajadas a adotar comportamentos promotores de saúde, que se comprometeram a assumir, a partir de uma fundamentação teórica específica, pautados na

relevância da dieta equilibrada, prática regular de atividade física, apoio psicológico, interação social e espiritualidade. Utilizou-se de prática educativa, mediante emprego do aconselhamento comportamental individualizado, via remota, a fim de promover discussões e reflexões com as idosas cuidadoras de pessoas idosas dependentes, quanto a importância da adoção de determinados comportamentos para promoção de sua saúde e bem-estar.

Nessa segunda etapa, com cada participante, a pesquisadora estabeleceu reflexão sobre a relevância da cuidadora precisar também de (auto) cuidado, uma vez que é necessário o bem-estar do cuidador para que ele possa contribuir com o cuidar de outro indivíduo. Posteriormente a pesquisadora seguiu o diálogo expondo que o cuidado e a saúde não se limitam à ausência de doença, mas contemplam aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Em continuidade, a pesquisadora apresentou e dialogou com cada cuidadora a definição de promoção da saúde, como estratégia para melhorar a qualidade de vida, além disso ela elencou itens que caracterizam o estilo de vida saudável: no aspecto físico, a adoção de atividade física, o consumo de frutas e verduras, o aumento de ingestão hídrica e redução de consumo de açúcar, frituras, e gorduras; no aspecto mental/psicológico e social, a relevância de lazer, participação em grupos sociais, interação com amigos e familiares e necessidade de realização de atividades prazerosas; e no aspecto espiritual, o exercício e prática da espiritualidade e participação em grupo religioso. Para encerramento da segunda etapa, a pesquisadora propôs o plano alimentar construído por nutricionista e o acordo terapêutico de adesão à mudança do estilo de vida.

Cabe destacar que, ao final de cada bloco de orientações/diálogo, a pesquisadora questionou cada participante sobre o item recém conversado, para confirmar que o conteúdo estava sendo devidamente compreendido pela idosa.

O aconselhamento em saúde pode ser definido como um processo genérico de apoio aos usuários dos serviços de saúde que considera o contexto biopsicossocial do indivíduo na busca pelo esclarecimento de seus conflitos. Nota-se que a realização do aconselhamento em saúde incentiva os indivíduos a adotarem comportamentos promotores de saúde, como realizar atividades físicas, por exemplo. Enfatiza-se a importância do aconselhamento em saúde realizado por profissional de saúde para mudanças de comportamento e adoção de novos comportamentos promotores de saúde (FLORINDO et al., 2016).

No terceiro encontro, foi construído, de forma compartilhada entre a pesquisadora e a cuidadora, o Quadro do Plano de Ação Cognições e Afetos Específicos da conduta (APÊNDICE B) e o Quadro dos Resultados Esperados, composto pelos comportamentos prévios, comportamentos pactuados, comportamentos esperados, demandas e preferências (APÊNDICE



C). O quadro dos resultados dos comportamentos, bem como o plano alimentar ficou disponível via remota para cada cuidadora que participou do estudo e para pesquisadora, onde foi agendado um novo encontro, com um intervalo de quinze a vinte dias, encerrando o terceiro momento.

Na quarta etapa, houve o quarto encontro remoto da pesquisadora com cada cuidadora informal idosa. Nesse momento a pesquisadora avaliou o quadro dos resultados esperados. Houve, ainda, a reaplicação da segunda etapa – conduta relacionada, da entrevista semiestruturada, onde constam comportamentos de PS autorreferidos e hábitos e bem-estar, de forma que foram coletados os comportamentos promotores de saúde pós-intervenção. Nesse momento, a pesquisadora esclareceu que não haveria mais coletas de dados para pesquisa, porém, motivou verbalmente as cuidadoras para que mantivessem a adoção de comportamentos promotores de saúde.

#### **4.7 Técnica de Análise de Dados**

Para aperfeiçoamento da apresentação dos resultados desta pesquisa, foi utilizado o guia internacional COREQ, específico para estudos qualitativos (TONG, SAINSBURY, CRAIG, 2007).

Para realizar o processamento e a análise dos dados foi utilizado o software IRaMuTeQ (*Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), desenvolvido na França por Pierre Ratinaud, que começou a ser usado no Brasil em 2013. Trata-se de um programa gratuito que se ancora no *software R* e permite diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais e tabelas de indivíduos por palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013). Segundo Camargo e Justo (2013b), o IRaMuTeQ viabiliza diferentes tipos de análises, das mais simples, como lexigrafia básica, às multivariadas, como a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), e organiza a distribuição do dicionário, para que fique de fácil compreensão e clara visibilidade

O *software*, para realizar análises lexicais clássicas mediante pesquisa do vocabulário e redução das palavras com base em suas raízes (lematização), para isso, utiliza dicionário criado a partir das formas reduzidas e identificadas nas formas ativas e suplementares. Assim, com o uso do Iramuteq é possível identificar e quantificar as palavras, obter a frequência média e o número de *hapax* (palavras que aparecem apenas uma vez no texto/corpus).

Para processamento dos dados, o corpus textual foi obtido a partir da gravação e transcrição dos relatos, que foram organizados em um único arquivo de texto, conforme orientações do tutorial do IRAMUTEQ (CAMARGO; JUSTO, 2013b). Durante a preparação

do *corpus* se fizeram leituras, correções e decodificações das variáveis fixas, conforme mostra o Quadro 5.

Quadro 2 – Decodificação das variáveis no corpus de análise. Teresina, Piauí. 2020.

<b>Variável</b>	<b>Decodificação</b>
Sujeitos	*Suj_1 a *Suj_22 = Cuidadoras participantes
Faixa Etária	*Ida_1 = 60 a 65 *Ida_2 = 66 a 70
Estado Civil	*Estc_1 = Solteira *Estc_2 = União Estavel *Estc_3 = Casada *Estc_4 = Viúva *Estc_5 = Divorciada
Renda Familiar	*Renf_1 = menos de 1 SM *Renf_2 = entre 1 a 2 SM *Renf_3 = entre 2 a 3 SM *Renf_4 = 4 ou mais SM
Etnia	*Etn_1 = Branca *Etn_2 = Preta *Etn_3 = Parda *Etn_4 = Indígena
Religião	*Relig_1 = Nenhuma *Relig_2 = Católica *Relig_3 = Evangélica *Relig_4 = Espírita

Fonte: Elaboração própria.

A análise ocorreu a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), proposta por Reinert em 1990, em que os textos são classificados em função de seus respectivos vocabulários e o conjunto deles se divide pela frequência das formas reduzidas. A partir de matrizes que cruzam segmentos de textos e palavras (repetidos testes X<sup>2</sup>), aplica-se o método de CHD para obter uma classificação estável e definitiva. Assim, a análise visa obter classes de segmentos de texto que, além de apresentar vocabulário semelhante entre si, tem vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes, com a relação entre as classes sendo ilustrada em um dendrograma (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

No dendrograma o software mostra, a partir de sistemas de traços, as associações entre as classes. Pela CHD a análise, discussão a leitura do dendrograma deve proceder-se da esquerda para a direita (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

A organização dos relatos dos participantes, a partir do tratamento e análise dos dados descritos, possibilitou o alcance dos objetivos do estudo sobre a PS de cuidadoras informais

idosas. Os resultados foram expostos e analisados à luz do referencial teórico proposto por Nola Pender.

#### **4.8 Procedimentos Éticos e Legais da Pesquisa**

A pesquisa atendeu a todos os princípios descritos nas Resoluções nº 466/12 (CNS/MS) e nº 510/16 (CNS/MS), sendo autorizada pela Secretária Municipal de Saúde de Parnaíba-PI (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPI por meio da Plataforma Brasil, por meio do parecer nº 4.630.286 (ANEXO B).

Ressalta-se ainda, que não foi necessário a prestação de assistência à participante da pesquisa em caso de danos, de caráter imediato (emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa), ou integral (prestada para atender complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Características e experiências individuais das participantes do estudo

Participaram da pesquisa 22 cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes, com idades entre 60 e 78 anos. Conforme evidenciado no Quadro 6, predominaram as idosas autodeclaradas pardas (n=16), pertencentes à religião católica (n=16), casadas (n=12) e com ensino médio completo (n=7).

Quadro 3 –Caracterização das participantes do estudo (n=22). Teresina. Piauí. 2021.

<b>Participantes</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Etnia</b>	<b>Religião</b>
Participante 1	78	Ensino Médio Completo	Casada	Parda	Protestante/ Evangélica
Participante 2	61	Ensino Médio Completo	Viúva	Parda	Católica
Participante 3	75	Ensino Fundamental Incompleto	Casada	Parda	Protestante/ Evangélica
Participante 4	60	Ensino Fundamental Incompleto	Casada	Parda	Protestante/ Evangélica
Participante 5	65	Ensino Fundamental Completo	Casada	Parda	Católica
Participante 6	65	Ensino Superior Incompleto	Viúva	Parda	Católica
Participante 7	63	Ensino Fundamental Completo	Casada	Parda	Católica
Participante 8	61	Ensino Fundamental Incompleto	Casada	Parda	Católica
Participante 9	63	Ensino Médio Completo	Solteira	Parda	Protestante/ Evangélica
Participante 10	65	Ensino Fundamental Completo	Viúva	Branca	Católica
Participante 11	64	Ensino Superior Completo	Solteira	Branca	Católica
Participante 12	64	Ensino Médio Completo	Divorciada	Parda	Espírita
Participante 13	68	Ensino Fundamental Completo	Casada	Parda	Católica
Participante 14	70	Ensino Fundamental Incompleto	Casada	Parda	Católica
Participante 15	65	Ensino Superior Completo	Casada	Parda	Católica
Participante 16	65	Ensino Fundamental Incompleto	Casada	Preta	Católica
Participante 17	68	Ensino Superior Incompleto	Solteira	Branca	Católica
Participante 18	70	Ensino Fundamental Incompleto	Viúva	Parda	Protestante/ Evangélica
Participante 19	64	Ensino Médio Completo	Casada	Branca	Católica
Participante 20	64	Ensino Fundamental Completo	Solteira	Branca	Católica
Participante 21	71	Ensino Médio Completo	Casada	Parda	Católica
Participante 22	75	Ensino Médio Completo	Solteira	Parda	Católica

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos formulários de caracterização das participantes.

Observou-se, na maioria dos casos, que a renda mensal é de um a dois salários-mínimos (n=13). A moradia ocorria em casas de tijolos revestidos (n=20) tratando-se de imóveis próprios (n=18), todos com água encanada, luz elétrica e fossa séptica, de forma que consumiam água filtrada, conforme detalhado no Quadro 7.

Quadro 4 – Análises Descritivas dos dados sociodemográficos das participantes do estudo. Teresina, Piauí, 2021.

Variável		Frequência	
		n	%
<b>Renda Mensal</b>	Entre 1 e 2 salários-mínimos	13	59,1
	Entre 2 e 3 salários-mínimos	5	22,7
	4 ou mais salários-mínimos	4	18,2
<b>Tipo de Moradia</b>	Tijolo revestido	20	90,9
	Tijolo sem revestimento	1	4,5
	Taipa	1	4,5
<b>Posse da Residência</b>	Própria	18	81,8
	Alugada	1	4,5
	De familiares	3	13,6
<b>Serviços na Casa</b>	Água Encanada	22	100
	Luz elétrica	22	100
	Fossa séptica	16	72,7
	Sistema de Esgoto	6	27,3
	Água Filtrada	22	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos formulários de caracterização das participantes.

Nos quadros 8 e 9 são descritas as condições de “saúde física e psicológica” das participantes, sendo apresentado no primeiro as deficiências, doenças crônicas e problemas ginecológicos, e no segundo, aqueles referentes às questões psicológicas e uso de medicamentos.

Nessa perspectiva, verifica-se que, com relação ao IMC, importante indicador de saúde física, nenhuma participante foi classificada nos extremos, ou seja, magreza e obesidade grave. Entretanto, a maior parte das participantes apresentou IMC acima dos parâmetros de normalidade, com sobrepeso ou obesidade nos graus I e II, porém, é relevante destacar que 10 idosas se encontrava em estado de normalidade.

Nota-se que 13 participantes, afirma ter algum tipo de deficiência visual. Em relação à presença de doenças crônicas, constatou-se que as mais comuns foram a hipertensão (n=13), a osteoporose (n=8) e a diabetes (n=7). Por outro lado, a maior parte das participantes (n=18) afirma fazer acompanhamento em decorrência dessas doenças.

Quadro 5 – Análises descritivas da seção "Saúde física e psicológica" das participantes do estudo (parte 1). Teresina, Piauí, 2021.

Variável		Frequência	
		F	%
<b>IMC</b>	Normal	10	45,5
	Sobrepeso (Obesidade Grau I)	4	18,2
	Obesidade (Obesidade Grau II)	8	36,4
<b>Deficiência</b>	Física	2	9,09
	Visual	13	59,1
<b>Doença Crônica</b>	Não possuo doenças crônicas	4	18,2
	Colesterol alto	4	18,2
	Doença pulmonar obstrutiva crônica	1	4,5
	Hipertensão	13	59,1
	Osteoporose	8	36,4
	Diabetes	7	31,8
	Parkinson	1	4,5
<b>Acomp. Médico (Doenças Crônicas)</b>	Sim	18	81,8
	Não	4	18,2
<b>Problema Ginecológico</b>	Nunca tive problemas ginecológicos	14	63,7
	Corrimento vaginal	2	9,1
	Infecção urinária	1	4,5
	Candidíase	1	4,5
	Mioma uterino	4	18,2
<b>Acomp. Médico (Problema Ginecológico)</b>	Sim	7	31,8
	Não	15	68,2

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos formulários de caracterização das participantes.

Quanto aos problemas ginecológicos, dispostos no quadro 8, parte considerável afirma possuir pelo menos um, sendo os mais frequentes o mioma uterino (n=4) e o corrimento vaginal (n=2). Nesses casos, apenas sete mulheres fazem acompanhamento médico para tratá-los.

Quadro 6 – Análises descritivas da seção "Saúde física e psicológica" das participantes do estudo (parte 2). Teresina, Piauí, 2021.

Variável		Frequência*	
		n	%
<b>Transtorno Psicológico</b>	Nunca tive problemas psicológicos	18	81,8
	Depressão	4	18,2
<b>Tratamento Psicológico</b>	Nunca passei por atendimento psicológico	18	81,8
	Faço/Já fiz uso de medicamentos psicotrópicos	4	18,2
<b>Medicamento Regular</b>	Sim	18	81,8
	Não	4	18,2
<b>Medicamento receitado por profissional</b>	Sim	17	77,3
	Não	5	22,7

Fonte: Elaborado pela autora.

É possível perceber que a maior parte da amostra afirmou nunca ter transtorno psicológico, ainda que quatro idosas declarem ter depressão. Essa mesma parcela das participantes afirma fazer ou já ter feito tratamento com medicamentos psicotrópicos. É válido destacar, no entanto, que não foi descrito em nenhum caso o acompanhamento com psicólogo.

Quanto aos medicamentos, destaca-se que uma parcela significativa das idosas (n=18) tomam medicamentos regularmente, sendo os mais citados a losartana e a metformina. No entanto, apenas 17 delas declara que a medicação foi prescrita por um profissional.

Nos quadros 10 e 11 estão dispostas as relações sociais, familiares e afetivas das cuidadoras idosas. Ao analisar esses dados é possível constatar que a maioria delas reside com o cônjuge (n=13) ou com os filhos (n=10). Quanto a interação com outros idosos, as participantes apresentaram frequências bem distintas, porém os extremos foram os mais citados (sete nunca e seis sempre).

De modo geral, foi possível perceber que a qualidade dos relacionamentos com familiares e amigos são percebidas como altas, sendo a opção “Muito satisfatório” a mais escolhida em ambas as questões (16 e 13 idosas, respectivamente). Quando se questiona sobre a qualidade dos relacionamentos íntimos, a maior parte das idosas (n=10) afirmou sequer ter esse tipo de relacionamento.

Quadro 7 – Análises descritivas da seção “Relações sociais, familiares e afetivas” das participantes do estudo (parte 1). Teresina, Piauí, 2021.

Variável		Frequência	
		n	%
<b>Pessoas com quem reside</b>	Pais	9	40,9
	Irmãos	5	22,7
	Cônjuge	13	59,1
	Filhos	10	45,5
	Netos	5	22,7
	Outros parentes	2	9,1
<b>Interação com outros idosos</b>	Nunca	7	31,8
	Raramente	3	13,6
	Ocasionalmente	4	18,2
	Frequentemente	2	9,1
	Sempre	6	27,3
<b>Qualidade dos relacionamentos familiares</b>	Totalmente insatisfatório	1	4,5
	Um pouco satisfatório	5	22,7
	Muito satisfatório	16	72,7
<b>Qualidade dos relacionamentos com amigos</b>	Não possui relacionamentos com amigos	4	18,2
	Um pouco insatisfatório	1	4,5
	Nem satisfatório, nem insatisfatório	2	9,1
	Um pouco satisfatório	2	9,1
	Muito satisfatório	13	59,1

<b>Qualidade dos relacionamentos íntimos</b>	Não possui relacionamentos íntimos	10	45,5
	Totalmente insatisfatório	1	4,5
	Um pouco insatisfatório	2	9,1
	Nem satisfatório, nem insatisfatório	3	13,6
	Um pouco satisfatório	2	9,1
	Muito satisfatório	4	18,2

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota-se, no quadro 11, que a maioria das idosas (n=15) afirma não ter quaisquer relações sexuais. Para as 7 idosas que tem relação sexual, constata-se que a maioria (n=4) o praticam numa frequência semanal, as demais, semestralmente, a cada dois e três meses, e mensalmente (n=1 para cada variável analisada). E dentre aquelas que afirmaram ter essas práticas, todas relataram não fazer uso de preservativos.

Quadro 8 – Análises descritivas da seção “Relações sociais, familiares e afetivas” das participantes do estudo (Parte 2). Teresina, Piauí, 2021.

Variável		Frequência*	
		F	%
<b>Frequência das relações sexuais</b>	Nunca	15	68,2
	Semestralmente	1	4,5
	A cada 2-3 meses	1	4,5
	Mensalmente	1	4,5
	Semanalmente	4	18,2
<b>Frequência do uso de preservativo</b>	Nunca	22	100,0

Fonte: Elaborado pela autora.

No quadro 12, foram descritas as variáveis relacionadas aos “cuidados com o idoso”, nos quais percebeu-se que as idosas já desempenhavam a função de cuidadora por períodos que variaram entre 4 meses e 20 anos. Em média, o tempo como cuidadora foi de 75,5 meses (6,3 anos). Em relação ao tempo dedicado à atividade, as participantes dividiram-se entre a dedicação total (24h diárias) e a dedicação parcial (12h). No entanto, a maior parte afirmou dedicar-se plenamente à atividade (n=16). No tocante a frequência das ajudas recebidas para realizar o cuidado, a maioria (n=12) apontou sempre receberem auxílio. Afirmaram, ainda, poder contar com a ajuda de outras pessoas, no cuidado com o idoso, nos momentos em que precisam se ausentar (n=15). Ademais, as participantes relataram estar muito satisfeitas com a realização da atividade (n=17).



Quadro 9 – Análises descritivas da seção “Cuidados com o Idoso”. Teresina, Piauí, 2021.

Variável		Frequência	
		N	%
<b>Horas dedicadas ao cuidado</b>	12h	6	27,3
	24h	16	72,7
<b>Frequência de ajuda recebida</b>	Nunca	6	27,3
	Raramente	1	4,5
	Ocasionalmente	1	4,5
	Frequentemente	2	9,1
	Sempre	12	54,5
<b>Suporte de outros ao se ausentar</b>	Nunca	3	13,6
	Raramente	2	9,1
	Ocasionalmente	1	4,5
	Frequentemente	1	4,5
	Sempre	15	68,2
<b>Satisfação como cuidadora</b>	Um pouco insatisfatório	1	4,5
	Um pouco satisfatório	4	18,2
	Muito satisfatório	17	77,3

Fonte: Elaborado pela autora.

### 5.1.1 Hábitos de saúde e bem-estar pré-intervenção

Ressalta-se que as variáveis relacionadas aos “hábitos de saúde e bem-estar” foram coletadas em dois momentos do estudo, antes e após a intervenção, para posterior comparação. Este quesito contempla variáveis relacionadas à frequência com que realizam atividades de lazer, frequentam clubes e outros grupos de convivência, realizam atividades físicas, realizam atividades leves (como trabalhos domésticos, jardinagem etc.) e quantas refeições realizam por dia.

Junto a isso questionou-se a periodicidade de consumo-de frutas, legumes, verduras, proteínas, bebidas e outros alimentos açucarados, bem como alimentos gordurosos ou oleosos e com muito sal. Ademais, as participantes também foram questionadas acerca do uso de bebidas alcoólicas, de produtos derivados do tabaco, frequência de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas e se as idosas já haviam sofrido alguma queda.

Essas variáveis foram descritas em três quadros. No Quadro 13 foram dispostas as estatísticas referentes às atividades de lazer e socialização, assim como das perguntas concernentes às atividades físicas. No Quadro 14, demonstrou-se os números referentes aos hábitos alimentares e no Quadro 15, as demais perguntas da seção.

A partir dos dados apresentados no Quadro 13, destaca-se que metade da amostra (n=11) afirmou nunca realizar atividades de lazer. Além disso, a maior parte (n=20) também afirmou

não frequentar clubes ou outros grupos de convivência. Quanto às atividades físicas regulares, a maioria (n=15) afirmou nunca as realizar, no entanto, 19 declararam praticar atividades leves diariamente, que na maioria das vezes estão atreladas a trabalhos domésticos.

Quadro 10 – Análises descritivas da seção “Hábitos e Bem-estar” (Parte 1). Teresina, Piauí, 2021.

Variável		Frequência	
		F	%
<b>Atividades de lazer</b>	Nunca	11	50,0
	Uma vez por semana ou menos	7	31,8
	De 2 a 3 vezes por semana	4	18,2
<b>Clubes e Grupos de convivência</b>	Nunca	20	90,9
	Uma vez por semana ou menos	2	9,1
<b>Atividades físicas regulares</b>	Nunca	15	68,2
	Uma vez por semana ou menos	3	13,6
	De 2 a 3 vezes por semana	1	4,5
	De 4 a 5 vezes por semana	1	4,5
	Diariamente	2	9,1
<b>Atividades físicas leves</b>	Mensalmente	1	4,5
	Semanalmente	2	9,1
	Diariamente	19	86,4

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao analisarmos aspectos referentes a nutrição dessas cuidadoras (Quadro 14) foi possível observar que pouco mais da metade das idosas (n=12) fazem mais de quatro refeições por dia. Em relação ao consumo de frutas, legumes e verduras, sete participantes, as consomem em quase todas as refeições ou mesmo em todas elas. Quanto ao consumo de proteínas, metade (n=11) relata consumi-la em quase todas as refeições, mas uma parcela significativa (n=5) afirma consumir em poucas refeições. Ademais, seis entrevistadas relatam não consumir alimentos açucarados ou consumi-los apenas uma vez na semana. Em adição, 17 negaram consumo de alimentos com alto teor de sal. E quanto ao aspecto da hidratação, pouco mais da metade das idosas relatou consumir apenas entre um e dois litros de água por dia (n=12).

Quadro 11 – Análises descritivas da seção “Hábitos e Bem-estar” (Parte 2). Teresina, Piauí, 2021.

Variável		Frequência	
		F	%
<b>Quantidade de refeições</b>	Três	3	13,6
	Quatro	7	31,8
	Mais de quatro	12	54,5

<b>Consumo de frutas, legumes e verduras</b>	Em poucas refeições	4	18,2
	Em algumas refeições	4	18,2
	Em quase todas as refeições	7	31,8
	Em todas as refeições	7	31,8
<b>Consumo de proteínas</b>	Nenhuma	2	9,1
	Em poucas refeições	5	22,7
	Em algumas refeições	2	9,1
	Em quase todas as refeições	11	50,0
	Em todas as refeições	2	9,1
<b>Consumo de alimentos açucarados</b>	Nunca	6	27,3
	Mensalmente	3	13,6
	Semanalmente	6	27,3
	Até duas vezes por semana	3	13,6
	De quatro a cinco vezes por semana	2	9,1
	Diariamente	2	9,1
<b>Consumo de alimentos ricos em sal</b>	Nunca	17	77,3
	Mensalmente	3	13,6
	Semanalmente	1	4,5
	Até duas vezes por semana	1	4,5
<b>Quantidade de água consumida</b>	Menos de um litro por dia	6	27,3
	Entre um e dois litros por dia	12	54,5
	Entre dois e três litros por dia	3	13,6
	Mais de três litros por dia	1	4,5

Fonte: Elaborado pela autora.

Destaca-se que nenhuma das entrevistadas relatou uso de tabaco (Quadro 15)-, todas as depoentes negaram o uso. Quanto ao consumo de álcool, a maioria afirmou não consumir (n=19), porém, duas das entrevistadas disseram fazer uso de apenas uma dose, mensalmente e uma semanalmente.

Quadro 12 – Análises descritivas da seção “Hábitos e Bem-estar” (Parte 3). Teresina, Piauí, 2021.

Variável		Frequência	
		F	%
<b>Consumo de tabaco</b>	Nunca	22	100,0
<b>Consumo de álcool</b>	Nunca	19	86,4
	Mensalmente	2	9,1
	Semanalmente	1	4,5
<b>Quantidade de álcool</b>	Uma dose	2	66,7
	Duas doses	1	33,3
<b>Frequência de encontros religiosos</b>	Nunca	12	54,5
	Mensalmente	2	9,1
	Semanalmente	5	22,7
	Até duas vezes por semana	3	13,3
<b>Frequência de consultas médicas ou de enfermagem</b>	Nunca ou apenas quando estou doente	10	45,5
	Anualmente	4	18,2

	Semestralmente	5	22,7
	A cada 3-4 meses	3	13,6
<b>Frequência de consultas odontológicas</b>	Nunca ou apenas quando tenho algum problema dental	13	59,1
	Anualmente	7	31,8
	Semestralmente	2	9,1
<b>Quedas sofridas</b>	Nunca	11	50,0
	Apenas uma	3	13,6
	Duas	2	9,1
	Três ou mais	6	27,3

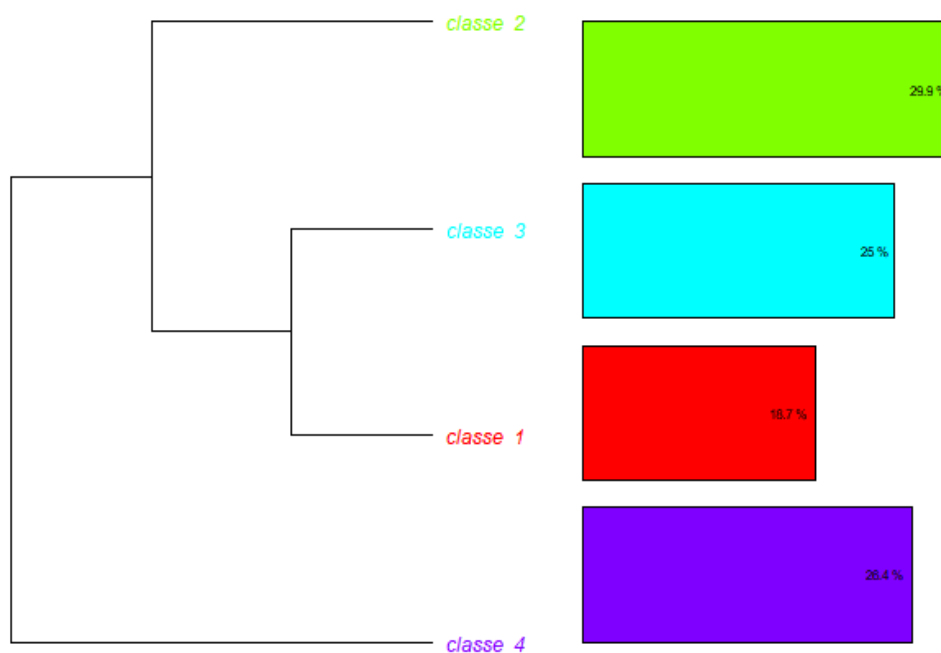
Fonte: Elaborado pela autora.

Quantos aos encontros religiosos, a maior parte relatou nunca frequentar (n=12). Já com relação às consultas médicas ou de enfermagem, 10 das participantes afirmaram nunca ir às consultas ou apenas quando estão doentes. Dado semelhante pode ser observado em relação as consultas odontológicas, uma vez que 13 das idosas nunca frequentam o consultório odontológico ou vão apenas quando tem algum problema. Com relação às quedas, metade das idosas (n=11) disseram nunca ter caído, no entanto, destaca-se que uma parte considerável (n=6) afirmou já ter sofrido três ou mais quedas.

## 5.2 Análise Pré-intervenção: classes e suas descrições

Ao avaliar os discursos, o *software* reconheceu a separação do *corpus* em 22 textos. O número de formas distintas ou palavras diferentes foi de 2128, com número de ocorrências de 16801 e frequência mínima de forma distinta igual a três. Realizada a quantificação das palavras e a determinação da frequência das formas reduzidas, o programa tomou essa informação como parâmetro para dividir o *corpus* em 478 segmentos de textos. Os segmentos foram divididos em quatro classes, conforme o dendrograma representado na Figura 4.

Figura 3 – Dendrograma das classes obtidas a partir do corpus pré-intervenção. Teresina, Piauí, 2021.

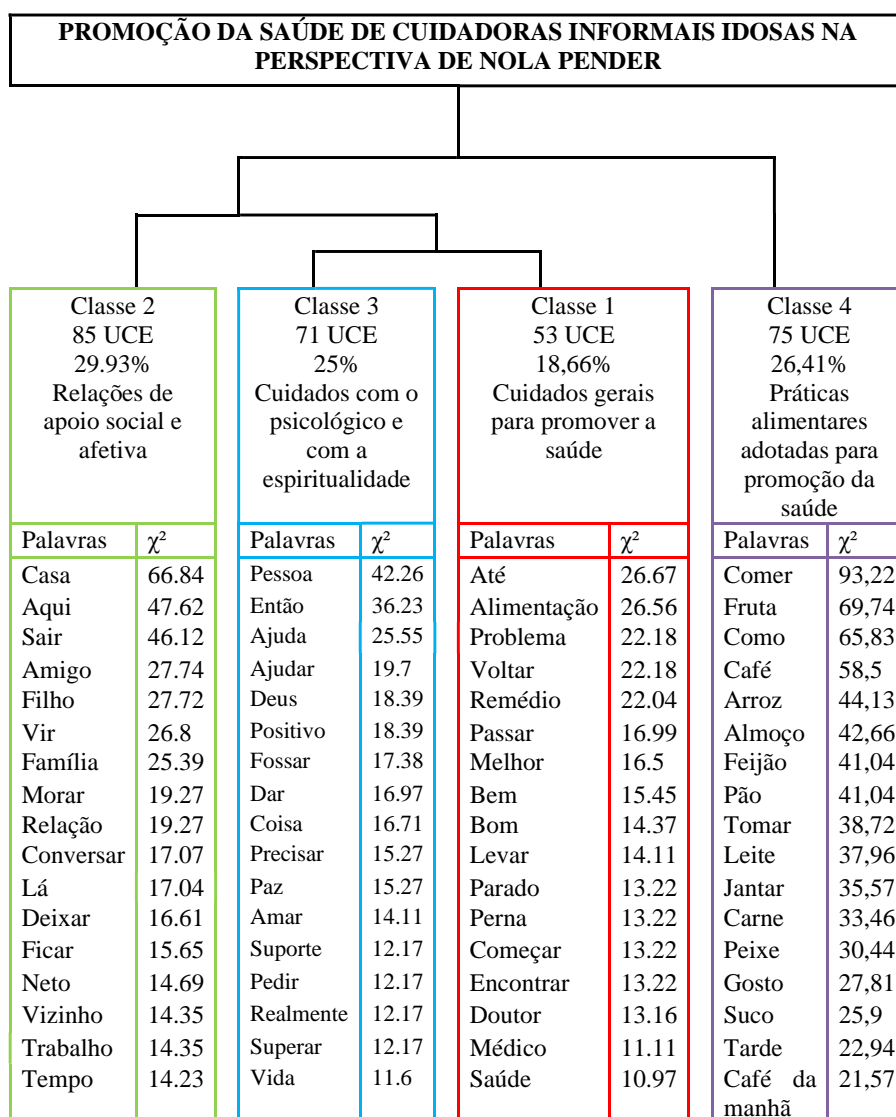


Fonte: Software IRaMuTeQ.

No dendrograma é possível observar a divisão do *corpus* em dois seguimentos iniciais: o primeiro originou mais dois seguimentos formando a classe 2 e em uma nova divisão as classes 3 e 1, e o outro seguimento inicial gerou a classe 4. Assim, foi possível observar o aproveitamento individual das classes, em que a classe 2 se destacou com 29,9%; seguida da classe 4 com 26,4% e das classes 3 e 1 com 25% e 18,17%, respectivamente.

Dessa forma, a análise lexical evidenciou duas seções temáticas compostas por quatro classes semânticas, a saber: a classe 2 contemplando as relações de apoio social e afetiva e diretamente associada à classe 3, que discorre sobre os cuidados com o psicológico e com a espiritualidade e a classe 1, referente aos cuidados gerais para promover a saúde. A classe 4, que está associada as três classes anteriores, abordou as práticas alimentares adotadas para promoção da saúde. (Figura 5). Tal dendrograma, contempla a etapa de identificação das características e experiências individuais conforme o MPS de Nola Pender.

Figura 4 – Estrutura temática das classes geradas pelo IRaMuTeQ, por meio da classificação hierárquica descendente. Teresina, Piauí, 2021.



Fonte: Elaboração própria conforme resultado do Software IRaMuTeQ.

### 5.2.1 Relações de apoio social e afetiva (Classe 2)

A classe 2, referente às relações de apoio social e afetiva, possui 29,9% do *corpus* total, se configurando como a classe com maior representatividade, estando interligada às classes 1 e 3. Os vocábulos: casa, aqui, sair, amigo, filho, vir, família, morar e relação, são as principais palavras que compõem essa classe.

Tais vocábulos estão agrupados e auxiliaram na identificação da estrutura ao descrever as principais relações de apoio social e afetivo das entrevistadas. Destaca-se o papel da família

como o principal apoio social dessas cuidadoras, mesmo que não houvesse contato direto devido a pandemia COVID-19, sendo, por vezes, o único enlace afetivo que elas possuíam.

*Então tudo isso também é saúde para a gente, a minha relação com a minha família é excelente, vem muita gente me visitar tem hora que a minha casa está cheia, vem todos os parentes em qualquer feriado que tem se mandam de São Luiz para cá. (P2)*

*Em casa com os meus familiares mais próximos, meus filhos é uma união de fazer todo mundo se admirar porque graças a Deus somos todos amigos (S6)*

*A relação com a minha família, com os meus filhos, com as minhas netas graças a deus é muito boa não posso me queixar, a minha relação é com a minha família aqui em casa. (P9)*

*Mas ele vinha aqui, não me abraçava não me beijava ficava ali fora eu longe dele, mas a gente conversava foi um suporte muito grande a minha família, os meus amigos que eu conversava. (P15)*

Os relatos também apontaram para as relações de amizade adquiridas na igreja como fundamentais nesse apoio social e afetivo, conforme se observa nos depoimentos abaixo:

*Eu sou evangélica, minha relação é com o pessoal da igreja e fica na igreja, não tem esse negócio de andar na casa dos outros, na minha vizinhança todo mundo se gosta se respeita e se cumprimenta. (P1)*

*Logo que as minhas amigadas são mais da igreja e quando eu vou lá é que eu me encontro com as colegas da comunidade, porque eu faço parte de um grupo de oração. (P7)*

Cabe destacar que a classe 2 contempla o constructo do MPS de Nola Pender, no tocante às influências interpessoais, de forma a observa-se que a rede de apoio elencada pelas cuidadoras incluem filhos, netos e vínculos afetivos de amizade em instituições religiosas.

### 5.2.2 Cuidados com o psicológico e com a espiritualidade (Classe 3)

Correspondendo a 25% do *corpus* total e estando diretamente associada à classe 1, a classe 3 apresentou principalmente os vocábulos: pessoa, então, ajuda, ajudar, Deus e positivo. Dessa forma, o conteúdo lexical desse segmento evidenciou que as cuidadoras idosas veem a

espiritualidade e, principalmente, a fé em Deus como uma força propulsora para se manterem ativas na prática do cuidar e para manutenção de sua saúde mental, conforme demonstram os discursos a seguir:

*[...] eu me preencho muito em comunhão com Deus, não por mim mesma, mas é Deus que me preenche, é Deus que me dá essa grande paz e tranquilidade para mim não ficar perturbada com a minha mente. (P2)*

*Eu sou muito católica e devota de nossa senhora aparecida, e é ela que está me ajudando em tudo, confio muito nela para interceder com Deus na minha vida, tomar conta da minha vida e me dar mais saúde. (P8)*

*[...] todo dia eu busco Deus para me ajudar eu não sei se eu lhe falei, mas eu tenho todos os tipos de enfermidades nos ossos e desde que eu fiz meu tratamento de câncer parece que tudo apareceu. (P9)*

*Eu faço tudo para conservar o meu psicológico em paz bem se eu estou me sentindo muito agoniada pego o evangelho e vou fazer uma prece me conectar com os nossos irmãos que nos ajudam. Se não fosse minha fé eu nem sei muitas coisas, eu já não enfrentei com fortaleza por causa dos conhecimentos que eu passei a ter, que antes eu não tinha. (P12)*

*Então a minha fé me ajuda muito a manter o meu equilíbrio, porque eu penso em coisas boas penso nos meus filhos que estão longe, ligo para eles, converso com eles e com os meus amigos e parentes que estão longe. (P15)*

*Deus que me dá suporte para estar bem para amar o que eu faço e mesmo com todas as dificuldades eu estou bem, porque ele me dá essa força, mas outra atividade eu não faço. (P19)*

Dessa forma, observa-se que a classe 3 demonstra transversalidade com a autoeficácia percebida, constructo do MPS de Nola Pender, uma vez que as cuidadoras idosas relatam ser fortalecidas e resilientes para a função de cuidar, mediante alicerce baseado no bem-estar psicológico e na espiritualidade.

### 5.2.3 Cuidados gerais para promover a saúde (Classe 1)

Esta classe é constituída ao corresponde a 18,66% do *corpus* total. Os vocábulos até, alimentação, problema, voltar, remédio e sentar, foram os mais frequentes, com o conteúdo lexical dos discursos evidenciando quais os cuidados gerais as participantes adotavam para



promoção da saúde. Destaca-se como os mais citados os cuidados relacionados à alimentação, o uso de medicamentos e o auxílio médico quando necessário, além de cuidados com a saúde mental, conforme descrito a seguir:

*Promoção de saúde é você se cuidar, fazer uma boa alimentação, fazer uns exercícios e também ter uma vida mental saudável, sem muitos problemas, porque isso ajuda muito até na hora de dormir é melhor para gente também.* (P2)

*Eu me mantenho ativa muito pouco, mas a gente tem que cuidar, eu vou tomando os meus remédios e quando está muito ruim, procuro um médico para saber qual medicação é melhor com a minha família.* (P5)

*Eu gosto de tomar meus remédios nas horas certas, às vezes eu esqueço, pelo fato do esquecimento mesmo, pelos afazeres que a gente tem, mas eu não gosto que passe a hora dos remédios gosto de tomar nas horas certas.* (P6)

*Eu não tenho dificuldade de tomar minhas medicações, eu tomo direito, a dificuldade maior que hoje eu estou encontrando é porque agora a gente está trabalhando com tablet e antes era com papel, a gente era muito acostumada com o papel, essa tecnologia mexeu um tanto comigo.* (P15)

Observa-se que, na classe 1, as cuidadoras idosas apontam itens pertencentes às necessidades humanas básicas, como alimentação e repouso/sono como associados aos promotores de saúde, que o bem-estar corporal é destacado quando citam a adesão medicamentosa. Entretanto, cabe destacar que as participantes transcendem os aspectos biologicistas/biomédicos quando citam a saúde mental enquanto pertencente à promoção da saúde. Tais achados coadunam com o constructo de benefícios percebidos; do MPS de Nola Pender, uma vez que os relatos são marcados pela percepção das idosas quanto aos benefícios trazidos à saúde a partir dos (auto) cuidados retro mencionados.

#### 5.2.4 Práticas alimentares adotadas para promoção da saúde (Classe 4)

Nesta classe o conteúdo corresponde a 26,41% do *corpus* total, foi composto principalmente pelas palavras: comer, fruta, como, café, arroz e almoço. Nesse segmento, notou-se que, para as cuidadoras idosas, a adoção de práticas alimentares saudáveis é a principal

forma de promover a saúde, onde descreveram os tipos de alimentos consumidos e a influência do horário. Essas colocações estão expostas nos relatos a seguir:

*Eu entendo que deve cuidar bem da saúde dormir bastante cedo e cuidar da alimentação. (P1)*

*Eu como bem eu almoço, janto e não durmo sem jantar. (P2)*

*Agora no almoço eu como muito pouco não sinto muita fome às vezes eu almoço sopa eu tomo café 2 horas. (P8)*

*Aqui se come muita fruta, por isso eu como é mais frutas, nos intervalos da alimentação eu como tudo o que é vegetal. (P9)*

*Uma laranja e no almoço eu como uma salada com arroz e feijão, às vezes no jantar eu geralmente tomo café ou uma coisa mais leve e mais tarde eu gosto de tomar um chá com um biscoito antes de dormir. (P13)*

*Na hora do almoço a gente almoça e quando é 2 horas a merenda é um café, às vezes eu faço uma tapioca, cuscuz e torrada. É difícil eu comer pão, mas eu adoro um cuscuz com leite de coco. (P17)*

*Eu uso açúcar mascavo e eu gosto de comer uma fruta também eu sempre estou comendo uma fruta durante o dia gosto muito de manga laranja. (P19)*

Embora as mulheres entrevistadas tenham associado a PS ao ato de se alimentar, observou-se não haver preocupação quanto à classificação dos alimentos e suas necessidades individuais, com ausência de uma dieta balanceada, bem como, irregularidade nos intervalos entre as refeições, devido, em especial, às obrigações enquanto cuidadora. No contexto do MPS de Nola Pender, observa-se na classe 4 a transversalidade com o constructo dos obstáculos percebidos, uma vez que as idosas percebem e relatam que função de cuidar apresenta-se como complicador para (auto) promoção da saúde no que concerne à alimentação saudável.

### **5.3 Hábitos de saúde e bem-estar pós-intervenção**

Conforme a análise dos dados pós-intervenção (Quadro 16), percebeu-se que quase metade da amostra afirmou realizar atividades de lazer pelo menos uma vez por semana ou menos (n=9). Além disso, a maior parte (n=15) também afirmou frequentar clubes ou outros grupos de convivência uma vez por semana ou menos. Quanto à prática de atividade física, oito

das idosas afirmaram realizar atividades físicas regulares e outras atividades leves diariamente (n=22).

Quadro 13 – Análises descritivas da seção “Hábitos e Bem-estar” pós-intervenção. Teresina, Piauí, 2021.

Variável		Frequência	
		F	%
<b>Atividades de lazer</b>	Uma vez por semana ou menos	9	40,9
	De 2 a 3 vezes por semana	7	31,8
	De 4 a 5 vezes por semana	2	9,1
	Diariamente	4	18,2
<b>Clubes e Grupos de convivência</b>	Nunca	1	4,6
	Uma vez por semana ou menos	15	68,2
	De 2 a 3 vezes por semana	4	18,2
	De 4 a 5 vezes por semana	1	4,5
	Diariamente	1	4,5
<b>Atividades físicas regulares</b>	Uma vez por semana ou menos	2	9,1
	De 2 a 3 vezes por semana	6	27,3
	De 4 a 5 vezes por semana	6	27,3
	Diariamente	8	36,3
<b>Atividades físicas leves</b>	Diariamente	22	100,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota-se que, a maior parte das idosas entrevistadas (n=19) fazem mais de quatro refeições por dia, sendo estas constituídas, em sua maioria, por frutas, legumes e verduras (n=17). Quanto ao consumo de proteínas, a maioria relata consumi-las em quase todas as refeições (n=16). Além disso, mais da metade das cuidadoras afirmam não consumir alimentos açucarados (n=12) ou ricos em sal (n=20). Quanto ao aspecto relacionado à ingestão de água, 10 idosas consomem apenas entre um e dois litros de água por dia.

Quadro 14 – Análises descritivas da seção “Hábitos e Bem-estar” pós-intervenção. Teresina, Piauí, 2021.

Variável		Frequência	
		F	%
<b>Quantidade de refeições</b>	Quatro	3	13,6
	Mais de quatro	19	86,4
<b>Consumo de frutas, legumes e verduras</b>	Em poucas refeições	1	4,5
	Em algumas refeições	3	13,7
	Em quase todas as refeições	17	77,3
	Em todas as refeições	1	4,5
<b>Consumo de proteínas</b>	Em poucas refeições	1	4,5
	Em algumas refeições	3	13,7
	Em quase todas as refeições	16	72,7
	Em todas as refeições	2	9,1

<b>Consumo de alimentos açucarados</b>	Nunca	12	54,6
	Mensalmente	3	13,6
	Semanalmente	5	22,7
	Até duas vezes por semana	2	9,1
<b>Consumo de alimentos ricos em sal</b>	Nunca	20	90,9
	Mensalmente	1	4,5
	Até duas vezes por semana	1	4,5
<b>Quantidade de água consumida</b>	Entre um e dois litros por dia	10	45,5
	Entre dois e três litros por dia	8	36,4
	Mais de três litros por dia	4	18,1

Fonte: Elaborado pela autora.

Quando questionadas em relação ao consumo de tabaco, após a intervenção, todas as cuidadoras idosas relataram não fazer uso de tabaco e 21 declararam não consumir álcool, destacando que apenas uma cuidadora afirmou consumi-lo mensalmente.

Quadro 15 – Análises descritivas da seção “Hábitos e Bem-estar” pós-intervenção. Teresina, Piauí, 2021.

Variável		Frequência	
		F	%
<b>Consumo de tabaco</b>	Nunca	22	100,0
<b>Consumo de álcool</b>	Nunca	21	95,5
	Mensalmente	1	4,5
<b>Quantidade de álcool</b>	Quatro doses	1	100,00
<b>Frequência de encontros religiosos</b>	Nunca	2	9,1
	Semanalmente	9	40,9
	Até duas vezes por semana	6	27,3
	De quatro a cinco vezes por semana	1	4,5
	Diariamente	4	18,2
<b>Frequência de consultas médicas ou de enfermagem</b>	Nunca ou apenas quando estou doente	9	40,9
	Anualmente	4	18,2
	Semestralmente	2	9,1
	A cada 3-4 meses	7	31,8
<b>Frequência de consultas odontológicas</b>	Nunca ou apenas quando tenho algum problema dental	17	77,3
	Anualmente	1	4,5
	Semestralmente	4	18,2
<b>Quedas sofridas</b>	Nunca	22	100,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Quantos aos encontros religiosos, nove participantes relataram frequentar semanalmente esses encontros. Com relação às consultas médicas ou de enfermagem e odontológicas, a maioria referiu procurar os serviços nunca ou apenas quando necessitam (9 e

17, respectivamente). Quanto questionadas a respeito de quedas todas as entrevistadas negaram ter caído recentemente.

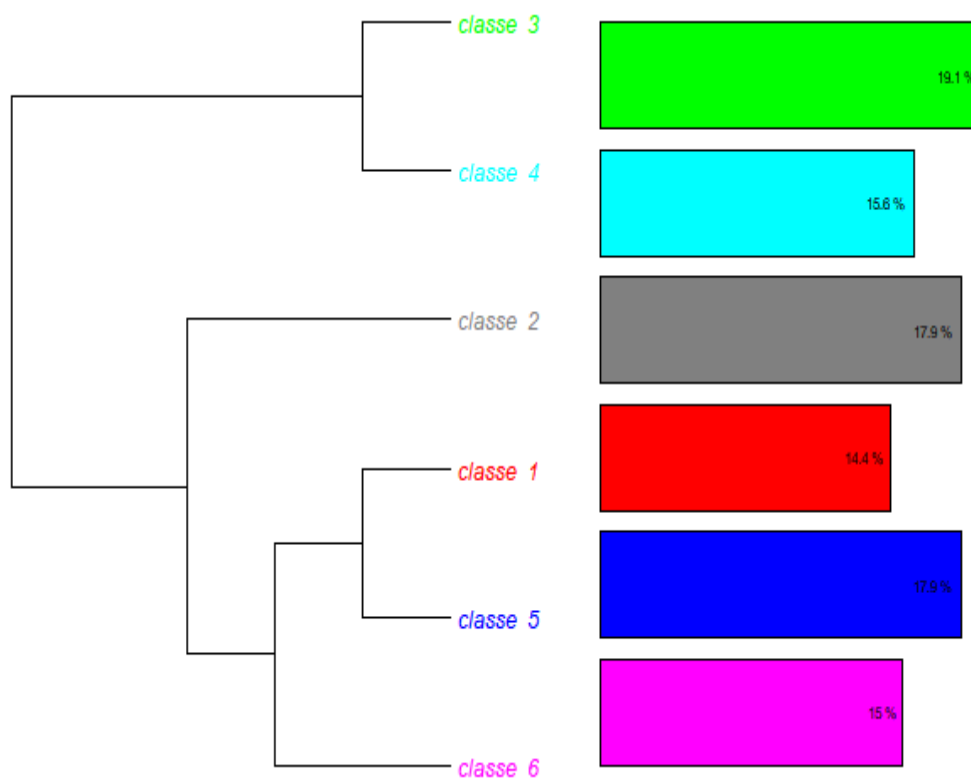
#### **5.4 Análise Pós-intervenção: classes e suas descrições**

Na organização das classes dos discursos elaboradas pelas cuidadoras informais pós-intervenção, foram reveladas seis classes semânticas relacionadas entre si através da Classificação Hierárquica Descendente.

O *software* IRaMuTeQ reconheceu a separação do *corpus* em 22 textos. O número de formas distintas ou palavras diferentes foi de 1381, com número de ocorrências de 7602, 227 segmentos de texto. Os segmentos classificados foram divididos em seis classes, conforme a Figura 6.

No dendrograma (Figura 6) é possível observar a divisão do *corpus* a princípio em dois seguimentos iniciais, em que o primeiro seguimento originou as classes 3 e 4, e o outro seguimento subdividiu-se gerando a classe 2 e outra bifurcação que resultou nas classes 1 e 5, assim como na classe 6. Desse modo, foi possível observar o aproveitamento individual das classes, onde a classe 3 se destacou com 19,1%, seguida da classe 2 e 5, ambas tendo 17,9% de aproveitamento, sucedidos pelas classes 4 (15,6%), 6 (15%) e 1 (14,4%).

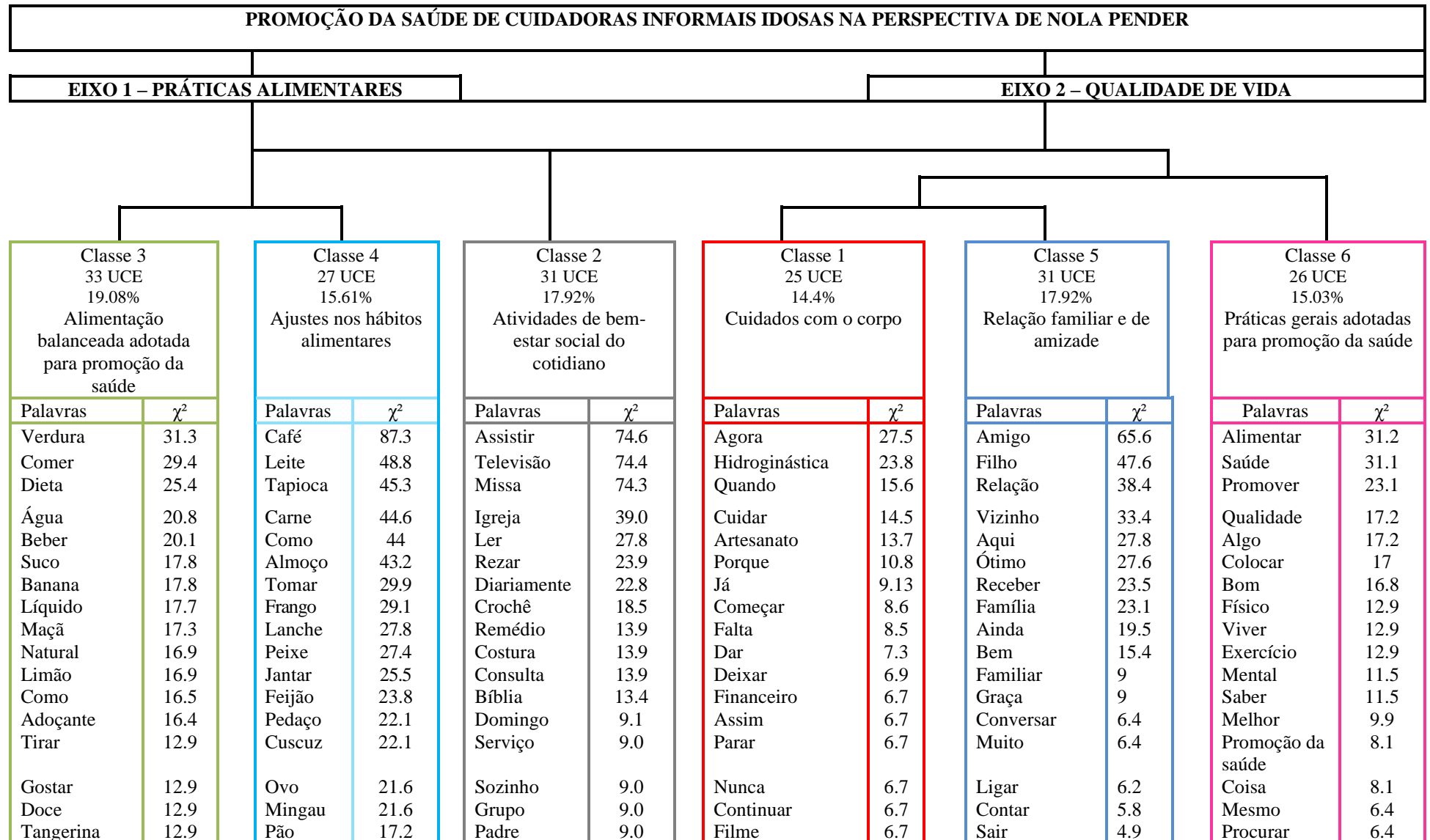
Figura 5 – Dendrograma das classes obtidas a partir do corpus pós-intervenção. Teresina, Piauí, 2021.



Fonte: Software IRaMuTeQ.

Assim, a análise lexical evidenciou duas seções temáticas compostos por quatro classes semânticas, a saber: Seção temática 1 (Práticas Alimentares) contém a classe 3, referente à alimentação balanceada adotada para promoção da saúde, e a classe 4 Ajustes nos Hábitos Alimentares. Já a seção temática 2 (QV) contendo a classe 2, que aborda as atividades de bem-estar social do cotidiano e está relacionada com a classe 6, que discorre sobre as práticas gerais adotadas para promoção da saúde e se relaciona com a classe 1, que contempla os cuidados com o corpo e com a classe 5 que aborda a relação familiar e de amizade das participantes (Figura 7). Tal dendrograma, contempla a etapa de identificação dos Resultados do comportamento, ou seja, a última etapa do MPS de Nola Pender.

Figura 6 – Estrutura temática das classes geradas pelo IRaMuTeQ, por meio da classificação hierárquica descendente. Teresina, Piauí, 2021



Fonte: Elaboração própria conforme resultado do Software IRaMuTeQ. Teresina (PI), 2021.

#### 5.4.1 Alimentação balanceada adotada para promoção da saúde (Classe 3)

Se comportando como complementar à classe 4, esta classe, constituída por 19,1% do *corpus* total, teve como principais palavras: verdura, comer, dieta, água, beber e suco, tornando possível perceber que as cuidadoras idosas adquiriram, após a intervenção, o saber sobre práticas alimentares saudáveis para PS, o que propiciou o fortalecimento dessas práticas e às incentivou a seguir o plano alimentar preconizado, como descrito a seguir:

*Estou tendo mais cuidado na alimentação, evitando comer certas coisas que eu gostava de comer, tirei o doce, o óleo e tirei o café (P4)*

*É a gente se cuidar pra ter uma vida melhor, cuidar da saúde, cuidar da alimentação, da higiene do corpo, estou bebendo água de limão, comendo verdura, botando mais verdura do que arroz (P7)*

*Eu já não comia frituras, estou comendo mais frutas, mais verduras, tirei a fritura por completo, o ovo como cozido, estou comendo abacaxi (P9)*

*Como galinha, arroz, farinha, feijão, frutas, banana, mamão, laranja, tangerina, não como açúcar e nem fritura (P20)*

*Estou seguindo o plano alimentar, a dieta, comendo comidas saudáveis, eu diminuí meu peso, já perdi peso, e me alimentando melhor aumentei a água bebendo mais (P19)*

Percebe-se que as práticas alimentares adotadas para PS pelas cuidadoras idosas, após a intervenção foram mais saudáveis, reforçando o consumo de frutas e verduras variadas, peixes, frango, ovos, dentre outros alimentos, além do aumento da ingestão hídrica diária, bem como, evitando a ingestão de açúcares, frituras e café. As cuidadoras associaram a dieta mais saudável à redução do peso, PS e bem-estar geral. Logo, aponta-se estreita relação entre a classe 3 e o constructo do MPS de Nola Pender, benefícios percebidos, uma vez que as idosas afirmam com segurança as melhorias alcançadas pela mudança de hábitos alimentares.

#### 5.4.2 Ajustes nos hábitos alimentares (Classe 4)

Presente no segundo eixo, a classe 4 corresponde a 15,6% do *corpus* total, estando associada à classe 3, tendo como principais vocábulos: café, leite, tapioca, carne, como, almoço e jantar. Assim, notou-se mudança de hábitos alimentares nos quais se destacaram redução de



carboidratos, consumo de pão integral ou substituição do pão por tapioca e/ou cuscuz, redução ou abandono do consumo da carne vermelha, uso do adoçante e redução ou retirada total do açúcar, dando preferência aos sabores naturais.

*O lanche as três horas, suco sem açúcar, uso adoçante, mas bem pouco, prefiro mais as coisas naturais só se for um suco bem forte que coloco um pouco de adoçante, quando tomo café, é sem açúcar (P1)*

*No almoço eu diminui o arroz e aumentei a salada, como peixe, frango, pouca carne de gado (P7)*

*A noite janto o que tiver, o que sobrou do almoço, mas pouco, só não como carne, prefiro ovos, peixe (P17)*

*No almoço como duas colheres de arroz e uma de feijão, peixe e frango, abusei carne (P8)*

*Estou tomando açúcar de coco, mais tarde tomo leite com café descafeinado e uma rodela de pão integral, mais tarde como uma fruta (P3)*

*Evitando comer certas coisas que eu gostava de comer, tirei o doce, o óleo e tirei o café (P4)*

Na classe 4 é possível observar a confluência de dois constructos do MPS de Nola Pender: o primeiro acerca dos benefícios percebidos, ratificados pelo fato das entrevistadas demonstrarem clara consciência sobre os aspectos benéficos à saúde da mudança de hábitos alimentares e o segundo referente à auto eficácia percebida, na qual destaca-se nos discursos o claro julgamento da capacidade de organizar e executar hábitos alimentares mais saudáveis.

#### 5.4.3 Atividades de bem-estar social e cotidiano (Classe 2)

Nesta classe, o conteúdo corresponde a 17,9% do *corpus* total, possui como principais vocábulos: assistir, televisão, missa, igreja, ler e rezar. Assim, reitera-se que as cuidadoras idosas realizam atividades que promovem o bem-estar físico e espiritual, identificando como algo importante para manutenção da saúde de maneira geral, haja visto que, esta classe está relacionada com as classes 6, 5 e 1. As colocações estão expostas nas falas a seguir:

*Minhas preces estou fazendo em casa, oro mesmo em casa, oro pela televisão, na igreja nunca mais eu fui, primeiro por conta da pandemia e segundo não*

*tenho com quem deixar meu esposo aí eu não posso deixar ele ficar sozinho.*  
(P1)

*Estou dormindo bem, assistindo à programação da televisão, canto, estou indo à missa, mas somente aos domingos não estou participando ativa ainda não.* (P2)

*Rezo terço todo dia, eu e meu marido rezamos junto diariamente e vamos a missa aos domingos, a dificuldade maior é falta de tempo, pois para sair temos que deixar uma pessoa com ela.* (P13)

*Faço o terço itinerante, vejo a missa diariamente na televisão e vou a missa semanalmente nas comunidades tempo corrido.* (P15)

*Peço a Deus pela minha família e amigos, pela paz, estou dormindo melhor, sempre vou na catedral rezar na igreja, gosto da nossa senhora aparecida, assisto o padre Marcelo na televisão, gosto muito do globo rural, quando eu termino de assistir estou bem relaxada.* (P16)

Nos relatos acima sobressaiu-se a prática diária da espiritualidade, seja via *on-line*, televisiva ou através de leituras. Quanto à execução das práticas religiosas de forma presencial nos templos religiosos, apenas algumas cuidadoras citaram sua participação semanal, especialmente em virtude da pandemia ora vigente ou por não poder deixar a pessoa cuidada sozinha.

Assim, é possível perceber a relação da classe 2 com três constructos do MPS de Nola Pender: o primeiro acerca dos benefícios percebidos, pois as entrevistadas deixam clara a percepção que possuem sobre as melhorias para a saúde e qualidade de vida advindas das atividades realizadas; o segundo constructo trata das influências situacionais, marcadas pelas preferências por determinadas atividades prazerosas, e o terceiro constructo remete ao obstáculo percebido, que pode ser observado quando os relatos atribuem à função de cuidadora o entrave para não participação presencial em atividades de socialização e espiritualidade em templos religiosos.

#### 5.4.4 Cuidados com o corpo (Classe 1)

Estando diretamente associada à classe 5, a classe 1 concentra 14,4% do *corpus* total, contendo as palavras: agora, hidroginástica, quando, cuidar e artesanato. Tais vocábulos

demonstram que atualmente as cuidadoras idosas estão mais preocupadas com o corpo, incluindo este cuidado em suas rotinas, mesmo com a necessidade de realizar outros compromissos diários, o que não tinha sido notado pré-intervenção.

*Estou mais cuidadosa, fazendo caminhada todos os dias, é luta porque passo o dia quase todo fazendo as coisas. (P4)*

*[...] Faço só a caminhada, nunca fui muito vaidosa, mas quando comecei a fazer a hidroginástica passei a usar mais filtro solar e hidratante. (P6)*

*A médica geriatra mandou continuar a dieta que você orientou, cuidar da casa, do almoço, ir para hidroginástica três vezes por semana e para academia todo dia. (P10)*

*Antigamente fazia hidroginástica e deixei por conta da pandemia, agora estou fazendo caminhadas todo dia cuidando das plantas fazendo artesanatos cuidando da casa. (P13)*

Com relação aos cuidados com o corpo, a maioria das cuidadoras associou o cuidado com o corpo à prática da caminhada regularmente, hidroginástica, uso de filtro solar e hidratante. Tais achados corroboram com dois constructos do MPS de Nola Pender: o primeiro referente aos obstáculos percebidos, quando é observado nos relatos que as idosas reconhecem que a rotina e a atribuição de cuidar são dificultadores do autocuidado com o corpo; e o segundo referente à autoeficácia percebida, observada pelo fato de, apesar dos obstáculos, as entrevistadas relataram entender a capacidade e possibilidade de inserir o autocuidado corporal na rotina diária.

#### 5.4.5 Relação familiar e de amizade (Classe 5)

Com 17,92% do *corpus* total e está diretamente associada à classe 1, a classe 5 apresentou como principais vocábulos: amigo, filho, relação, vizinho, aqui é ótimo. Assim, ficou evidente a importância das redes de apoio social e afetiva na vida das entrevistadas, mas, dessa vez, ela também esteve relacionada com a busca por uma melhor QV, influenciando positivamente nas relações interpessoais com a família, amigos ou vizinhos, conforme os seguintes discursos:

*As vezes saio com meus filhos, com meus familiares, estamos bem, são ótimas minhas relações com meus familiares, não tenho muitos amigos, gosto muito dos meus vizinhos. (P1)*

*Vou pra igreja dia de domingo, os amigos a gente se encontra as vezes, pois não pode se encontrar muito ainda por causa da pandemia e com a minha família está tudo ótimo. (P4)*

*Adoro sempre na paz com meus amigos e família irei viajar para um aniversário, eu adoro dançar e fazer amizades, tenho amigas de muito tempo que me ligam. (P11)*

*Estamos voltando as atividades, já dá pra reencontrar com as amigas sem aglomeração e isso vai melhorando, haverá um encontro mensal em local aberto com os amigos. (P12)*

*Me dou muito bem com meu marido, faço caminhada todos os dias com meu marido, gosto muito dos meus amigos, tenho uma vizinha que gosto muito de conversar com ela, a minha filha e meu marido. (P13)*

*Melhorou minha relação, estou indo visitar meus familiares e falo por telefone com minhas cunhadas, converso com meus amigos, mas com receio ainda da pandemia. (P21)*

Conforme as falas acima descritas, sobressaiu-se a igreja como um meio facilitador dessas interações sociais. Por meio dos depoimentos ficou evidenciado a expansão social com amigos, vizinhos e familiares mediante o uso de telefones e ou presencialmente, mantendo os cuidados gerais com a pandemia COVID-19. Dessa forma, observa-se que o constructo do MPS de Nola Pender de influências interpessoais permanece composto pela rede social integrada pelos filhos, netos e ciclos de amizade vivenciados nos ambientes religiosos.

#### 5.4.6 Práticas gerais adotadas para promoção da saúde (Classe 6)

Nesta classe, o conteúdo que corresponde a 15,03% do *corpus* total, obteve como palavras principais: alimentar, saúde, promover, qualidade, algo e colocar, demonstrando a consolidação de práticas alimentares saudáveis como a principal forma de PS na concepção das cuidadoras idosas. Além disso, observa-se que elas adquiriram saber sobre outras formas de

promover a saúde, tais como: praticar atividade física, aumentar a ingestão hídrica, ter um sono e repouso satisfatório, bem como o lazer, o que as influenciou na mudança de comportamento.

*É um bem-estar que nós devemos ter, físico, mental e social também então isso traz uma boa harmonia, alegria felicidade pra gente está nessa comunhão integrada com a natureza, céu e terra. (P2)*

*Eu estou me alimentando melhor, com mais cuidado, tomando mais água, chás, fazendo caminhada, comendo frutas, estou me sentindo menos cansada. (P4)*

*Cuidar da saúde, ou seja, você fazer alguma coisa, se alimentar bem. fazer algo em promoção da saúde e tem muitas outras coisas não é só se alimentar bem. (P9)*

*São benefícios que a gente adquire e aprende a cada dia sobre a saúde, como melhorar na alimentação no dia a dia das pessoas, fazer exercícios, comer bem, ser bem alimentado, comer fruta. (P11)*

*Cuidar da saúde da gente, fazer uma caminhada, se alimentar bem, dormir bem, fazer algo para distrair a mente, como eu faço. (P13)*

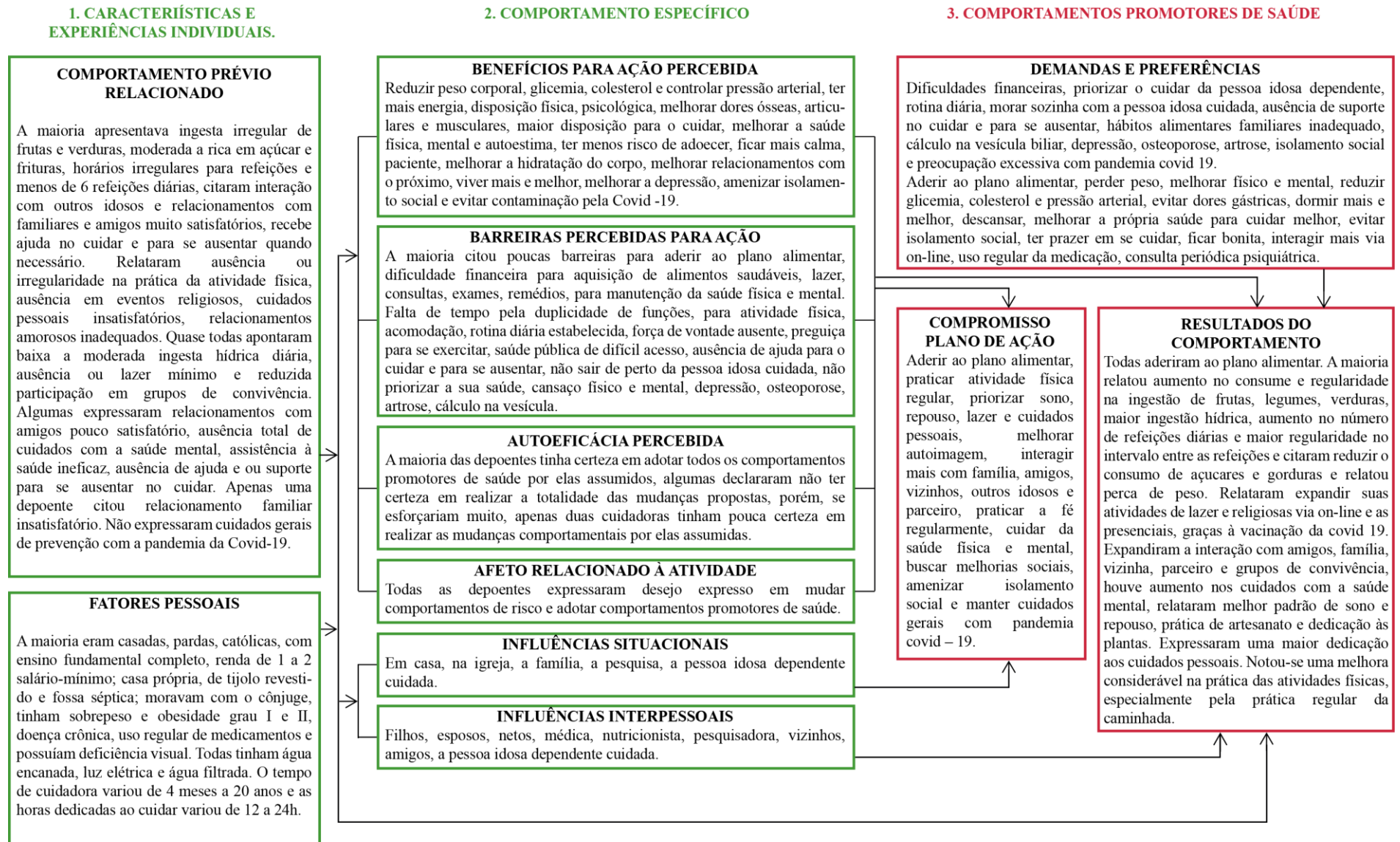
*É se esforçar pra ter uma saúde melhor, é você voltar a ter um cuidado maior, a ter uma saúde de qualidade em todos os sentidos mental físico espiritual. (P15)*

Após a intervenção foi possível perceber destaque nas falas das entrevistadas referentes à ampliação do conceito de saúde para além da ausência de doença. O caráter biopsicossocial espiritual é muito bem contemplado pelos relatos que apontam para sensação de satisfação e bem-estar.

## **5.5 Resultados obtidos conforme o Modelo de Promoção da Saúde**

Considerando os três componentes principais do MPS de Nola Pender sendo estes: Características e experiências individuais, Conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e os Resultados do comportamento, elaborou-se a Figura 8, com a síntese dos resultados obtidos nas entrevistas.

Figura 7 – Comportamentos promotores de saúde das cuidadoras, conforme o modelo de promoção da saúde de Nola Pender. Teresina, Piauí. 2021.



## 6 DISCUSSÃO

Para a OMS, o conceito de Saúde deve contemplar o bem-estar físico, mental e social, não considerando apenas a ausência de doenças ou enfermidades, sendo considerada fundamental para a obtenção da paz e segurança, dependendo da cooperação de indivíduos e Estados (WHO, 1986).

A partir deste conceito e o dever do Estado em garantir a saúde da população, no Brasil, foram criadas estratégias visando a promoção da saúde, definida como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que deve considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, que são influenciados pelos contextos social, econômico, político e cultural (BRASIL, 2015).

Ressalta-se que o MPS de Nola Pender é considerado um modelo de Enfermagem que pode ser utilizado na implementação e avaliação de ações de PS por meio da identificação de três componentes principais: Características e experiências individuais; Cognitiones e afetos específicos da conduta e Resultado do comportamento (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

O referido modelo possui escopo de ação abrangente, possibilita a realização de diferentes pesquisas que abordem a identificação dos fatores que influenciam a adoção de comportamentos saudáveis a partir do contexto biopsicossocial. A possibilidade da sua aplicação já foi descrita em um modelo de ações de enfermagem voltadas para a promoção do envelhecimento saudável favorecendo a aplicação do PE na prática clínica gerontológica (CARDOSO et al., 2021).

Nesse contexto, os comportamentos promotores de saúde de cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes, mediante a implementação de um plano de ação embasado no MPS de Nola Pender, será descrito nas categorias que seguem.

### **6.1 Características e experiências individuais das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes**

Para Nola Pender existem fatores pessoais que influenciam as características individuais e as experiências de cada um. Estes fatores pessoais dividem-se em 3 categorias: biológicos, psicológicos e socioculturais. Os fatores biológicos incluem variáveis como sexo e idade, os psicológicos incluem variáveis como a autoestima, automotivação e o estado de saúde



percebida. Os fatores socioculturais incluem variáveis como a raça, o nível educacional e o status socioeconômico (PENDER, MURDAUGH E PARSONS, 2014)

Nesta categoria, são discutidas as características e experiências pessoais que podem influenciar na adoção de comportamentos promotores de saúde. Verificou-se uma variação nos indicadores etários das cuidadoras, que variaram de 60 a 78 anos de idade. Dados semelhantes podem ser observados em outro estudo, realizado no nordeste brasileiro, que, ao analisar os impactos do cuidar de idosos dependentes, apontou uma prevalência de cuidadores também idosos, com idades entre 60 e 75 anos (SANTOS et al., 2019).

Tais achados quando analisados à luz da resolubilidade, equidade e integralidade preconizadas pelo SUS, apontam para relevante demanda de PS a ser investida nos cuidadores idosos. Dessa forma, é pertinente que políticas públicas e iniciativas locais e regionais passem a inserir a atribuição de cuidador, ao contexto da multidimensionalidade do envelhecimento de cuidadores idosos.

Mediante análise dos dados, ficou evidente o predomínio de participantes casadas, confirmando a tendência de que o cuidado é geralmente desenvolvido pela companheira, também idosa, que durante a rotina de cuidados ao idoso negligencia suas necessidades e condição de saúde, configurando-se em situação de vulnerabilidade para o adoecimento físico e psicológico (CLAUSS et al., 2018; LÖK; BADEMLI, 2017). Somado a isso, ressalta-se que o elevado tempo de cuidado está diretamente associado à maior percepção de sobrecarga física, social e psicológica (LÖK; BADEMLI, 2017). Neste estudo, evidenciou-se que o tempo de cuidado com o idoso dependente variou de 4 meses a 20 anos, e as demandas desse exigiram rotinas de dedicação parcial a total.

Compreendida como reação biofísica multidimensional resultante do desequilíbrio entre as demandas de cuidado, a sobrecarga pode gerar comprometimentos nas competências e habilidades, em especial para com o autocuidado, bem como acarretar prejuízos na QV, no autocontrole e na autoestima dessas cuidadoras, contribuindo para maior vulnerabilidade à fragilidade da própria condição de saúde (JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018; AIRES et al., 2020).

Embora muitos estudos foquem na sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes, as políticas públicas voltadas para o desenvolvimento de comportamentos promotores de saúde ainda são incipientes, e a efetivação de estratégias e planos de ação tem seu foco constantemente ignorado ou negligenciado em diferentes contextos e níveis de atenção (DINIZ et al., 2018). Tal contexto é agravado quando se considera a invisibilidade das demandas de saúde da cuidadora que também é idosa, de forma que associar o desgaste do



cuidado com a pessoa idosa dependente como atribuição feminina, parece negligentemente camuflar e normalizar processos de adoecimento inerentes à rotina da cuidadora.

Outro ponto elencado pelo estudo, diz respeito à religião dessas cuidadoras, com predomínio de católicas (72,7%), corroborando com o levantamento realizado pelo IBGE, que aponta a religião católica como prevalente no Brasil (IBGE, 2010). As práticas religiosas compreendem estratégia de apoio para o cuidador de idosos e as evidências apontam relações positivas, uma vez que essas práticas concedem força, resignação e aceitação, contribuindo para enfrentamento das novas demandas de cuidados, reintegração social, menor carga de sintomas e de sentimentos negativos, fortalecimento de vínculos afetivos, alívio do sofrimento e preservação das diferentes dimensões que compõe a saúde física, psicológica, social e a QV dessa população (SILVA; MOREIRA-ALMEIDA; CASTRO, 2018). Esse contexto aponta para demandas de pesquisas que investiguem, mediante análises qualitativas e quantitativas, os aspectos referentes à espiritualidade na saúde da cuidadora idosa.

O baixo nível de escolaridade verificado nas participantes reflete a realidade brasileira no segmento educacional, em que as deficiências nas políticas públicas, bem como o parco incentivo e investimentos no segmento educacional limitam o acesso da população a um direito constitucional que é a educação (DUARTE, 2007).

Destaca-se que a escolaridade poderá influenciar na adoção de comportamentos saudáveis e de saúde por parte da pessoa idosa, uma vez que o conhecimento básico é necessário diante das diferentes demandas de cuidados, sejam elas na administração de medicamentos ou dietas, e até mesmo no reconhecimento precoce e na prevenção de agravos comuns na terceira idade (ARAÚJO; OLIVEIRA; PEREIRA, 2012). O cenário de baixa escolaridade sugere ainda que o desenvolvimento e validação de materiais educativos e outras tecnologias em saúde voltadas às cuidadoras idosas devem possuir linguagem compatível com a compreensão desse público.

Em relação à renda, esta variou entre 1 a 2 salários-mínimos (59,1%). Esses resultados podem corresponder ao recebimento de benefícios oriundos da previdência social, uma vez que os participantes não possuem vínculo formal ou remuneração para exercer a rotina de cuidados, além de apresentarem idade compatível a essa modalidade de auxílio financeiro (ALVARENGA et al., 2009; SOUZA et al., 2020).

Embora tenha sido observado IMC com parâmetros normais para a maioria das participantes, foi expressivo a quantidade de cuidadoras em estado de sobrepeso ou obesidade grau I e II. Essa condição é bem documentada em pesquisas gerontológicas, assim como nas

estimativas do IBGE (2010), que demonstram prevalência de obesidade de 17,9% na faixa etária de 65 a 74 anos e 15,8% para os idosos com 75 anos ou mais.

Enfatiza-se que há maior prevalência dos indicadores de obesidade no sexo feminino, em virtude das diferenças no padrão alimentar e de comportamento entre os sexos, assim como da maior longevidade e do risco de aumento do peso com a menopausa, descritos como fatores predisponentes e determinantes para essa tendência de risco (LISOWSKI et al., 2019).

Por ser considerado um fenômeno complexo, multidimensional e progressivo, o envelhecimento, na grande maioria dos casos, é acompanhado por limitações na vida do cuidador informal, dentre elas destaca-se a deficiência visual e a alta prevalência de condições crônicas degenerativas como a hipertensão, a osteoporose e a diabetes (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016), fato evidenciado nas participantes em estudo, uma vez que a maioria das cuidadoras informais relataram redução da acuidade visual, fazendo uso de lentes corretivas.

O comprometimento da integridade visual constituiu um evento frequente vivenciado com o aumento da idade e pode impactar de forma severa a vida do idoso, seja por constituir um fator associado ao risco de quedas, diminuição da QV, além de comprometer o controle postural, sensorial e o equilíbrio, assim como a mobilidade e a adaptação às demandas ambientais e de cuidados necessárias para o bem-estar da população idosa (FLAXMAN et al., 2017; CAMBRAIA; NAZIMA, 2021; PAZ et al., 2018). Esse possível e frequente contexto geriátrico deve ser considerado no planejamento de intervenções em saúde voltados ao público idoso, principalmente àqueles que são cuidadores de outros idosos.

As doenças crônicas degenerativas, condição verificada na amostra estudada, com predominância da hipertensão arterial, osteoporose e diabetes *melittus*, compreendem um conjunto de patologias de múltiplas causas e fatores de risco, além de apresentarem longos períodos de latência e curso prolongado, constituindo a principal carga de doenças e mortes na população mundial (ALWAN, 2010; FIGUEIREDO; CECCON; CUNHA, 2021).

Nesse contexto, as projeções epidemiológicas apontam que em 2012 esses agravos corresponderam a quase 70% de anos de vida perdidos por incapacidade no Brasil e que a proporção aumenta em virtude do envelhecimento populacional, resultando em comprometimentos na QV, perda da funcionalidade e deficiências, limitação ou restrição na participação comunitária e social (BOCCOLINI; CAMARGO, 2016; SCHMIDT et al., 2011; HANSEN et al., 2011).

Ao considerar que os agravos cardio e cerebrovasculares correspondem às maiores causas de morte mundial, aponta-se relevância de ações preventivas à saúde cardiovascular de pessoas idosas que podem, como apresentado no presente estudo, apresentar boa adesão às

mudanças de estilo de vida e, logo, contribuir para o aumento da sobrevivência e redução de sequelas.

Outras condições identificadas, apesar de não presentes na maioria das depoentes, foram os problemas ginecológicos, sendo os mais frequentes o mioma uterino e o corrimento vaginal, que apresentam baixa adesão à realização de acompanhamento profissional. Em decorrência da priorização das necessidades da pessoa idosa que está sob cuidados as cuidadoras acabam por negligenciar a sua própria condição de saúde.

Destaca-se que o declínio sexual da mulher idosa vem despertando amplas discussões no campo científico, embora a maioria das investigações acerca da temática se limite em avaliar as repercussões fisiológicas negativas com o envelhecimento. Considerada uma temática marcada por preconceitos, a sexualidade da pessoa idosa é, na maioria das vezes, subjugada e caracterizada pela perda do desejo ou da potência sexual, bem como pela baixa procura por fontes de prazer, sejam eles físicos ou mentais (CEZAR; AIRES; PAZ, 2015; FRUGOLI; MAGALHÃES, 2011).

Para a OMS, a sexualidade compreende um eixo central da personalidade e do desenvolvimento humano, abrangendo além do sexo, as necessidades humanas básicas expressas pela identidade, papéis de gênero, prazer, intimidade e reprodução (WHO, 2015a). Assim, ressalta-se a necessidade de novos estudos capazes de ressignificar os conceitos e as definições, favoráveis à compreensão de que a sexualidade na terceira idade é de fundamental importância (SOARES; MENEGHEL, 2021). Nesse contexto, é pertinente apontar a necessidade de pesquisas que investiguem as especificidades da sexualidade das idosas que são cuidadoras, para que estratégias de enfrentamento e PS possam ser pensadas, implementadas e avaliadas.

Quando investigada a presença de transtorno psicossocial, verificou-se que 18,2% dos participantes relataram ter depressão e fazer uso de psicotrópicos. Os sintomas depressivos em idosos foram reportados em outros estudos que, além de avaliar as repercussões do cuidado, verificaram os impactos da pandemia COVID-19 na saúde mental, indicando elevada incidência de sentimentos de tristeza, perda de interesse e prazer nas atividades de vida diária, além do isolamento, da baixa autoestima e das alterações no padrão de sono e repouso (ROMERO et al., 2021; ÁVILA et al., 2021).

Resultados semelhantes foram encontrados por Felipe e colaboradores (2020), que verificaram uma prevalência de sintomas de depressivos em 18,4% dos participantes de seu estudo, indicando que o cuidado informal pode constituir uma condição geradora de morbidade e repercutir no desenvolvimento ou intensificação de comorbidades psicopatológicas. Dessa forma, a saúde mental das cuidadoras idosas precisa ser alvo da atenção dos profissionais de

saúde, para que os desgastes envolvidos no cuidar, principalmente de longo prazo, possam ser minimizados mediante plano singular terapêutico e atuação de equipe multiprofissional.

Outro ponto analisado diz respeito à prática de atividade física, evidenciando-se que não é um fenômeno comum e regular para a maioria dos participantes. Seguindo a mesma tendência, constatou-se, quanto aos hábitos alimentares, que pouco mais da metade das participantes realizam pelo menos quatro refeições por dia e que o consumo de proteínas, frutas, verduras e legumes foi considerado na rotina alimentar. O desenvolvimento de um bom padrão alimentar é descrito como estratégia comportamental que deve ser valorizada e incorporada para redução da carga do cuidado (PEREIRA et al., 2020).

Salienta-se que fatores relacionados à dependência de cuidados, à incapacidade em deixar o idoso sozinho, ao desgaste físico e mental dificultam a adesão a esses comportamentos promotores de saúde, tais como a prática de atividade física (LÖK; BADEMLI, 2017). Frente a isso, evidencia-se a necessidade de suporte profissional para o desenvolvimento de habilidades que, além de proporcionar a adaptação ao seu papel de cuidador, estimule a adoção de hábitos saudáveis, como a atividade física, uma vez que benefícios positivos são expressos pela melhoria no status físico, mental e afetivo, assim, como pela minimização da carga de estresse são constantemente demonstrados na literatura nacional e internacional (BRASIL, 2015; PAÚL et al., 2019).

Alterações nutricionais apresentam-se como repercussões importantes na saúde do idoso, muitas delas progressivas, que podem ocasionar comprometimentos significativos na capacidade funcional. Ainda sobre as condições socioeconômicas, o uso de medicamentos e a presença de alterações no processo de ingestão, digestão, absorção aumentam o risco de má nutrição na terceira idade e muitas vezes dificultam o acesso à alimentação (SCHERER et al., 2013; MARUCCI et al., 2019).

A restrição e o controle no consumo de açúcar e sal podem constituir mudanças comportamentais em busca da prevenção de agravos à saúde, sendo uma das estratégias não farmacológicas amplamente referenciadas para o tratamento de condições crônicas degenerativas, como a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*, ambas de alta prevalência na população idosa (FLORES et al., 2018).

A avaliação da hidratação mostrou que essa prática também é negligenciada, pois que pouco mais da metade das idosas relata consumir até dois litros de água por dia. O estado de hidratação configura-se como fator de extrema relevância em geriatria, uma vez que no idoso a desidratação é um evento frequente e pode desencadear condições de saúde capazes de contribuir para o agravamento de condições clínicas já existentes (REZENDE et al., 2010).

Constatou-se que a maioria das cuidadoras idosas não tem o hábito de frequentar as consultas médica ou de enfermagem e odontológicas, fazendo-o apenas quando apresentam alguma queixa sintomatológica. Cenário semelhante foi relatado em outro estudo que também apontou para a baixa adesão aos cuidados médicos, odontológicos e de enfermagem (SILVA et al., 2021). O enfrentamento à problemática da baixa adesão aos serviços de saúde deve contemplar atividades prioritárias nos serviços de saúde, em especial no contexto da Atenção Primária, que pode realizar campanhas e busca ativa voltadas especificamente ao público de cuidadores idosos.

Evidencia-se a ausência ou limitação na participação dessas cuidadoras em atividades de lazer. A baixa participação e envolvimento em atividades de lazer pode estar associada ao próprio processo de envelhecimento marcado por limitações funcionais, bem como ao regime e tempo de cuidado, em que são priorizadas as necessidades do idoso que está recebendo os cuidados, mesmo que isso acarrete implicações para a cuidadora (FENG, 2019; JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018).

As atividades de lazer são vislumbradas como meios que permitem melhorar os indicadores de QV e garantir maior satisfação com as demandas de cuidados, configurando-se como uma estratégia válida, segura e efetiva para prevenção e tratamento de distúrbios físicos ou mentais nessa população (KAUFMAN et al., 2010; LEE, 2009). Outras investigações gerontológicas apontam que o envolvimento em atividades sociais e em ambientes diversificados constitui um componente indispensável para o bem-estar da pessoa idosa que se encontra na condição de cuidador informal (PAÚL et al., 2019).

A participação das cuidadoras informais em encontros religiosos ganhou destaque em meio a rotina de cuidados. Na literatura as evidências relacionam o crescimento espiritual à manutenção da saúde e ao controle de eventos estressores, indicando potencial para contribuir no enfrentamento das novas demandas de vida, estimulando a reintegração social, e influenciando na menor carga de sintomas e de sentimentos negativos, preservando as dimensões físicas, psicológicas e sociais (LEE, 2009).

A avaliação do indicador de interação social evidenciou que as relações de contato, suporte e apoio com outros idosos são limitadas aos filhos, netos e contextos de interação social vivenciados em templos religiosos. Frente a isso, evidencia-se que essas limitações podem trazer impactos negativos na vida dessa cuidadora informal e idosa, sendo necessário a valorização de comportamentos promotores de saúde como o fortalecimento de vínculos sociais que contribuem para o enfrentamento dos eventos estressores relacionados às demandas do

cuidar e que favorecem a manutenção da saúde, da QV e do bem-estar (BJØRGE; KVAAL; ULSTEIN, 2019; KAUFMAN et al., 2010).

Em relação à presença de auxílio para desenvolvimento do cuidado, a maioria das participantes afirmaram receber apoio e declararam satisfação com o papel exercido. A busca pela formação e fortalecimento de redes de suporte social está associada ao maior grau de satisfação, e permite a valorização do sentimento de pertencimento, o contato e a aproximação entre pessoas que vivenciam as mesmas experiências, assim, como com serviços especializados para aconselhamentos e mobilização de outros familiares para participação ativa no plano de cuidados (PAÚL et al., 2019).

Considera-se, dessa forma, que o perfil sociodemográfico das cuidadoras informais idosas, bem como o tempo dedicado ao cuidado e as experiências individuais podem impactar no autocuidado e na busca por comportamentos promotores de saúde, contribuindo para fragilização da própria condição de saúde e da QV da cuidadora informal.

Diante disso, modelos de Promoção de Saúde como o proposto por Pender foram desenvolvidos e amplamente referenciados, especialmente nas pesquisas de enfermagem, visando minimizar as repercussões do cuidado a partir do uso do aconselhamento comportamental para a promoção de estilos de vida saudáveis (PENDER, 2014).

Apesar do cuidado informal favorecer o acolhimento, a segurança, o conforto e o controle emocional do idoso dependente, a literatura considera como condição geradora de morbidade por exigir esforços físicos, emocionais, sociais e econômicos, bem como por acarretar prejuízos na QV e no autocuidado de quem presta o cuidado, contribuindo para maior vulnerabilidade do cuidador a negligenciar sua própria condição de saúde (AIRES et al., 2020).

Nessa perspectiva, os hábitos de vida e os indicadores comportamentais têm sido alvo crescente de investigações no campo científico e tema prioritário nas agendas políticas contemporâneas, em especial, no âmbito da saúde pública, uma vez que sua relação com as condições de saúde e o bem-estar da população são amplamente referenciadas (BRASIL, 2015; WHO, 2015b).

Na enfermagem, os modelos e os comportamentos promotores de saúde são multidimensionais e buscam a identificação dos determinantes e dos preditores individuais para a adoção do autocuidado, permitindo a avaliação de resultados, assim como a investigação de fatores motivacionais e de melhoria nos indicadores de satisfação (SABO; CHIN, 2021; VALCARENGHI et al., 2015).

Assim, a busca por estratégias alternativas que permitam um envelhecimento saudável e bem-sucedido, destaca-se como instrumento para PS na terceira idade, devendo ser realizada

segundo orientação profissional para minimizar as limitações e os impactos impostos pelo processo do cuidar (WHO, 2015b).

## **6.2 Comportamentos promotores de saúde na percepção de cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes**

Todos os fatores referidos nesta pesquisa fizeram parte da abordagem do estudo de promoção da saúde de cuidadoras informais idosas na perspectiva de Nola Pender, acreditando-se na integralidade das participantes, que são frutos de suas características e experiências individuais, que afetarão o seu comportamento conforme sugere TMPS de Pender (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

Com o intuito de enriquecer o estudo, e considerando as características e experiências individuais das cuidadoras, perguntou-se, em um primeiro momento, quais cuidados elas realizavam para promover sua saúde, em que as principais respostas abordaram as relações de apoio social e afetiva, demonstrando a influência desta rede, tanto nos cuidados com o psicológico, a espiritualidade, favorecendo a promoção da sua saúde.

Assim, notou-se como componentes principais desta rede os familiares, como filhos e netos, os amigos da vizinhança, do trabalho e da igreja. Entretanto, foi mencionado por duas participantes a solidão e o distanciamento das relações sociais que, apesar de frequentarem ambientes de convívio comum, compõem seu ciclo social apenas os familiares. Tal achado demonstrou a necessidade de valorização e manutenção das redes de apoio e sustentação, visando melhorar o ambiente de cuidado para ambos os envolvidos (CARDOSO et al., 2019).

Outro ponto em destaque diz respeito aos cuidados com o psicológico e a espiritualidade como importantes na manutenção da PS. A partir desse conteúdo, a espiritualidade se sobressaiu como propulsora desse bem-estar físico, mental e social. Essa espiritualidade é advinda, conforme os relatos das depoentes, do apego à Deus, santos e forças divinas, por intermédio das igrejas e casas espíritas.

Assim, fica evidente a relevância da dimensão espiritual, demonstrando a necessidade de os profissionais, durante a assistência, integrarem também esse campo, visando contemplar todas as dimensões do ser humano, pois essas práticas possuem a capacidade de influenciar, de diferentes maneiras, na saúde física e mental dos seus praticantes (THIENGO et al., 2019).

Foram descritos, ainda, outros cuidados para PS na classe I ao destacarem os hábitos alimentares. No entanto, as participantes elencaram a necessidade de diferentes profissionais para manutenção da saúde, com algumas entrevistadas focando na necessidade do

acompanhamento com nutricionistas e médicos. Achado importante, uma vez que, intervenções profissionais podem possibilitar efeitos positivos na saúde física, psicossocial e bem-estar em pessoas idosas, além de incentivar a utilização de serviços de saúde (PLATZER et al., 2020).

Nesse contexto, é conveniente salientar a ausência da citação do Enfermeiro dentre os profissionais de saúde lembrados. Ressalta-se que, os profissionais de Enfermagem são parte integrante das relações interpessoais e podem exercer influência sobre o comportamento dos indivíduos ao longo de suas vidas, com a educação em saúde despontando-se como um instrumento transformador e que favorece mudanças comportamentais individuais e coletivas, vislumbrando o seu contexto social, ou seja, podem estar atuando de forma mais direta na PS dos indivíduos, em especial, do público alvo da pesquisa (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

Por fim, as entrevistadas demonstraram preocupação com a alimentação, com destaque para as três principais refeições, café da manhã, almoço e jantar. Contudo, poucas entrevistadas citaram o consumo de alimentos saudáveis no momento pré-intervenção. Tal situação, demonstrou que apesar da consciência quanto à relevância em se manter uma alimentação diária para saúde e bem-estar, essas mulheres não se atentaram ao fato de ser necessário uma dieta equilibrada às suas necessidades individuais, com a diversificação das classes alimentares e regularidade no intervalo entre as refeições.

O achado pode ser justificado pelo fato de a alimentação ser um direito básico fundamental e um dos determinantes e condicionantes da saúde, sendo um dos temas priorizados pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (MALTA et al., 2018). A promoção de comportamentos saudáveis deve resultar numa melhoria da saúde, da capacidade funcional e numa maior QV em todos os estágios de desenvolvimento.

O MPS proposto por Pender defende que cada pessoa tem características e experiências individuais únicas que vão afetar o seu comportamento, o que vai ao encontro do método escolhido para este estudo, em que as características e experiências das cuidadoras informais têm implicâncias na adoção de comportamentos promotores de saúde.

Dessa forma, nesse momento de pré-intervenção, notou-se que as cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes, realizavam, mesmo que empiricamente, algumas condutas ligadas à promoção de sua saúde. Não havendo, portanto, atenção quanto à necessidade da adoção de comportamentos de PS que os vislumbrassem de forma holística.



### **6.3 Resultados encontrados referentes aos comportamentos promotores de saúde das cuidadoras informais idosas, após a implementação do plano de ação**

Segundo Pender, Murdaugh e Parsons (2014), observa-se que os indivíduos manifestam o desejo de criar condições de vida na qual consigam seu potencial para o alcance de um estado ótimo de saúde. Sendo assim, os indivíduos encerram em si as condições para a manutenção desses comportamentos: autoconsciência reflexiva e autoavaliação de competências, que os auxiliarão a encontrar um equilíbrio entre hábitos que precisam ser mudados e hábitos que devem permanecer.

Uma vez executada a intervenção, buscou-se avaliar novamente o discurso das participantes, visando contemplar a etapa do resultado do comportamento, assim, foi realizada uma nova análise qualitativa, onde se notou a adesão dos comportamentos promotores de saúde pelas participantes da pesquisa ao gerar novas classes: no momento pré-intervenção foram geradas duas seções temáticas e quatro classes e no momento pós-intervenção foram originadas duas seções temáticas e seis classes.

A começar pelo eixo 1, que focou nas práticas alimentares e que gerou duas classes relacionadas a esta temática, sendo este achado explicado pelo fato de a alimentação exercer, desde a primeira entrevista, impacto relevante na vida das entrevistadas e devido as diversas orientações direcionadas especificamente para cada uma das participantes sobre a alimentação como forma de promover a saúde.

Nesse contexto, foi descrito, na classe III, a importância da alimentação balanceada adotada para PS, ao referir os novos cuidados com a alimentação, onde as entrevistadas afirmaram terem consumido mais verduras e reduzido o consumo de açúcar ou terem incluído o uso de adoçante. Já a classe IV, linearmente relacionada com a III, complementou ao descrever as mudanças nos hábitos alimentares vivenciadas pelas idosas para PS. Vale ressaltar que foi notada a preocupação e satisfação com o consumo dos alimentos sugeridos na intervenção da pesquisa.

Tais resultados evidenciaram a necessidade de os profissionais de saúde fortalecerem hábitos alimentares saudáveis, pois, embora o padrão saudável já tenha sido descrito em grande parcela dos idosos de todo o Brasil, o padrão inadequado ainda se apresenta notório, principalmente, em idosos que possuem pelo menos uma doença crônica não transmissível. Além disso, o padrão alimentar adequado já demonstrou associação com a adoção de outros hábitos de estilo de vida saudáveis, como a prática de exercício físico ou esporte e o hábito de não fumar (PEREIRA et al., 2020).

Mais uma vez os cuidados com a espiritualidade estiveram presentes, desta vez mais fortalecidos e gerando a classe II (inclusa no eixo 2 – QV), que esteve relacionada com as classes I, V e VI. Dessa forma, percebe-se que para as idosas avaliadas a realização de atividades de bem-estar social no cotidiano, como a manutenção da fé, propiciaram o autocuidado e favoreceram as relações familiares e de amizade. Assim, embora a religião/espiritualidade e a ciência tenham um histórico de competição e conflito, faz-se necessário investigar os benefícios da espiritualidade, já que ela é referida diversas vezes como positiva, estando associada à recuperação, compaixão, empatia e conhecimento emocional (NITA, 2019).

Se configurando como uma nova classe, ausente no dendrograma 1, ou pré-intervenção, e relacionada com a classe V, a classe I abordou os cuidados com o corpo, demonstrando mais um sucesso da intervenção, que abordou justamente este cuidado, ausente no primeiro momento. Esta classe apresentou como principal palavra “agora”, ou seja, as cuidadoras idosas assimilaram recentemente esse cuidado, com a prática da caminhada se configurando como a mais referida. Tal prática é vista como benéfica, pois os idosos que a praticam regularmente melhoram a mobilidade funcional, a habilidade de se levantar e se sentar, levam um melhor estilo de vida, possuem menos medo de cair e apresentam melhores resultados nos domínios de capacidade funcional, limitações por aspectos físicos e limitações por aspectos emocionais (SILVA; OLIVEIRA; ALFIERI, 2018).

Relacionada com a classe I, a classe V abordou as relações familiares e de amizade (rede de apoio social e afetiva). Notou-se que, após a realização da intervenção, as relações foram fortalecidas, com a palavra “ótimo” se destacando no dendrograma. Outro fator que merece atenção está relacionado ao caso de alguns comportamentos adotados para promover a saúde terem sido compartilhados com outros familiares, com uma participante enfatizando a adesão do seu marido a prática de atividade física. Estas novas interações ao favorecerem o aumento da conexão social entre os idosos podem impedir a percepção de isolamento, servindo como um fator de proteção contra o aparecimento ou manutenção de transtornos afetivos, principalmente da depressão e ansiedade (SANTINI et al., 2020).

Por fim, a classe VI abordou as práticas gerais adotadas para PS, ficando evidente a continuidade da preocupação com a alimentação e com a frequência de consumo, sendo realizada de maneira consciente, devido às orientações, mas, em contrapartida, passaram a entender também sobre o conceito de PS, onde elencaram outros cuidados necessários para a sua manutenção. Dessa maneira, este achado corrobora com outras pesquisas que já constataram o sucesso de ações de educação em saúde, por meio de oficinas grupais, seminários e palestras

voltadas à pessoa idosa, visando a promoção da alimentação saudável e a prática de exercícios físicos, se configurando como importantes estratégias utilizadas para promover um cuidado integral e que favoreça o envelhecimento saudável e ativo (SEABRA et al., 2019).

Este estudo possuiu como limitações o tempo de exposição à intervenção, que foi pequeno, porém, o rigor metodológico e os resultados evidenciados mostram que estudos desse tipo constroem evidências para direcionar a prática e novos estudos.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, observa-se a confirmação da tese de que as cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes adotaram os comportamentos promotores de saúde, devido a implementação de um Plano de ação embasado no MPS de Nola Pender. Assim, os resultados mostraram que este plano pode ser aplicável na perspectiva do cuidado da enfermagem gerontológica, pois houve boa adesão da proposta dele por parte das cuidadoras informais idosas, visto que elas compareceram aos encontros e participaram ativamente da sua construção, bem como procuraram honrar com o acordo frente ao compromisso com o projeto.

Quanto aos hábitos de saúde e bem-estar, na pré-intervenção foi relevante a parcela de cuidadoras que negou a realização das atividades de lazer, não frequentavam clubes ou outros grupos de convivência, não realizavam atividades físicas regulares. Na alimentação faziam mais de quatro refeições, ingeriam entre um a dois litros de água por dia e consumiam proteínas em poucas refeições. Em relação aos encontros religiosos, a maior parte relatou nunca frequentar, bem como procurar por consultas médicas, de enfermagem e odontológicas apenas quando estão doentes.

Assim, pôde-se afirmar que o levantamento dos comportamentos promotores ou não de saúde e o incentivo a adoção de práticas adequadas no momento da intervenção, propiciou a identificação de hábitos passíveis de melhoria, em que as participantes ao compreenderem os benefícios da mudança de comportamento se sentiram motivadas a mudar seus hábitos visando a otimização da saúde.

As 22 participantes deste estudo foram estimuladas, mediante aconselhamento comportamental individualizado e pela construção compartilhada do plano de ação a assumirem compromissos frente às mudanças de hábitos de vida, levando a ruptura com a lógica biomédica, e potencializando as ações de PS, pautadas na melhoria da QV e bem-estar.

No momento de pós-intervenção é conveniente ressaltar a adoção de atividades de lazer, as cuidadoras passaram a frequentar clubes ou outros grupos de convivência. No tocante às atividades físicas, todas as depoentes tornaram-se adeptas da prática. Na alimentação, houve aumento quanto ao número de refeições diárias, passaram a consumir frutas, legumes, verduras e proteínas em quase todas as refeições. Uma parcela significativa das entrevistadas negou o consumo de alimentos açucarados, ingestão de alimentos ricos em sal. Houve um aumento da ingestão diária de água, com a maioria alegando o consumo acima de dois litros.

Quanto aos encontros religiosos, houve aumento de sua participação. Nas consultas, a maioria ainda referiu não procurar os serviços ou apenas quando estão doentes.

Conclui-se que o compartilhamento de conhecimentos gerados pelos encontros entre a pesquisadora e as participantes da pesquisa contribuiu para a construção de um saber, no qual, o fator motivacional gerado pelo embasamento do estudo no MPS de Nola Pender, despontou uma maior adesão das cuidadoras informais idosas às medidas de PS.

Salienta-se que a adoção de comportamentos promotores de saúde é algo complexo e que anseia por acompanhamento e apoio constante dentro do processo motivacional, para que a pessoa acredite que é possível mudar. Dessa forma, o profissional enfermeiro é essencial, em função de suas habilidades e experiência de trabalho com a PS.

Este estudo poderá servir de subsídio para políticas públicas, serviços e profissionais de saúde, especialmente da atenção primária. Outro aspecto contemplado é a valorização do profissional enfermeiro, mediante a utilização de um conhecimento científico específico da enfermagem, valorizando esse profissional enquanto ciência e profissão. Reitera-se que a partir do presente estudo, espera-se que novas pesquisas com diferentes abordagens contemplem a teoria de Nola Pender.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 27, n. 4, 2007.

AILINGER, R. L. Contribuições da pesquisa qualitativa para a prática de enfermagem baseada em evidências. **Rev. Latinoam Enfermagem**, maio-junho; n. 11, v. 3, p. 275-279, 2003.

AIRES, M. et al. Burden of informal caregivers of dependent elderlies in the community in small cities. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 41, 2020.

AJZEN, I. **The theory of planned behavior**. Organizational Behavior and Human Decision Processes, vol. 50, p. 179-211, 1991.

ALMEIDA, A. V. et al. Perfil das mulheres idosas cuidadoras e os fatores associados à relação de cuidado. **O Social em Questão - Ano XXII - nº 43**. 2019.

ALVARENGA, L. N. et al. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 796-802, 2009.

ALWAN, A. et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **The Lancet**, v. 376, n. 9755, p. 1861-1868, 2010.

ARAÚJO, C. L. O.; OLIVEIRA, J. F. O.; PEREIRA, J. M. Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. **Kairos Gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 119-137, 2012.

AUSTEN, S. Gender Issues in an Ageing Society. **The Australian Economic Review**, v. 49, n. 4, p. 494-502. 2016.

ÁVILA, F. M. V. P. et al. Factors associated with symptoms of depression among older adults during the COVID-19 pandemic. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, e20200380, 2021.

BANDURA, A. **Teoria Social Cognitiva: Conceitos Básicos**. (R. C. Costa, Trad.) Porto Alegre: ABDR, 2008.

BANDURA, A.; AZZI, R. G. (Orgs). **Teoria social cognitiva: diversos enfoques**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BARROS, A. F. et al. Capacidade funcional de idosos institucionalizados: revisão integrativa, **ABCS Health Sci**, v. 41, n. 3, p. 176-180, 2016.

BECKER, R. M. et al. Práticas de Cuidado dos Enfermeiros a Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, sup. 6, p. 2800-2807, 2018.

BELASCO, A. G.S.; OKUNO, M. F. P. Reality and challenges of ageing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 1-2, 2019.

BJØRGE, H.; KVAAL, K.; ULSTEIN, I. The effect of psychosocial support on caregivers' perceived criticism and emotional over-involvement of persons with dementia: an assessor-blinded randomized controlled trial. **BMC health services research**, v. 19, n. 1, p. 1-9, 2019.

BOCCOLINI, C.S.; CAMARGO, A.T. **Morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação atual e futura**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde, projeto promoção da saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília (DF): MS; 2002.

BRASIL. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência** - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa / Tomiko Born (organizadora) – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330 p.; 30 cm.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Parnaíba - PI** – IBGE Cidades. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). ISBN 978-85-334-1939-1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília - DF, 21 set. 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua** – PNAD Contínua. Brasília, 2018.

BRASIL. SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei da Câmara nº 11/16, de 27 de agosto de 2019**. Cria e regulamenta as profissões de Cuidador de Pessoa Idosa, Cuidador Infantil, Cuidador de Pessoa com Deficiência e Cuidador de Pessoa com Doença Rara e dá outras providências. Brasília - DF, 21 maio 2019. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4037414&ts=1562695448591&disposition=inline>. Acesso em: 27 ago. 2019.

BUSS, P. M. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. **Agência FIOCRUZ de Notícias**, p. s. p., 9 fev. 2010.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013a.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição - LACCOS. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil, 2013b.

CAMBRAIA, M.I.A.; NAZIMA, M.T.S.T. Avaliação dos sintomas de depressão em pessoas com deficiência visual. **Revista da SBPH**, v. 24, n. 1, p. 79-90, 2021.

CARDOSO, A.C.et al. Rede de apoio e sustentação dos cuidadores familiares de pacientes em cuidados paliativos no domicílio. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 3, 2019.

CARDOSO, R. B. et al. Healthy aging promotion model referenced in Nola Pender's theory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2021.

CASTRO, L, M.; SOUZA, D. N. Programa de intervenção psicossocial aos cuidadores informais familiares: o cuidar e o autocuidado. **Rev Interacções**. 2016; v. 42, n. 1, p. 150-62.

CASTRO, L. R. A politização (necessária) do campo da infância e da adolescência. **Psicologia Política**, v. 14, n. 7, 2008.

CASTRO, L. R.; BESSET, V. L. (orgs.). **Pesquisa intervenção na infância e na juventude**. Rio de Janeiro: Nau; Faperj, 2008.

CEZAR, A. K.; AIRES, M.; PAZ, A. A. Prevention of sexually transmitted diseases in the point of view of elderly clients of a Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 745-750, 2012.

CLAUSS, E. et al. Promoting personal resources and reducing exhaustion through positive work reflection among caregivers. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 23, n. 1, p. 127, 2018.

CONCEIÇÃO, S. B. M. **Cuidados de Enfermagem aos Adultos com Hipertensão: Um Plano de Ação Fundamentado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender**. 2015. 124 f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem no Cuidado em Saúde e na Promoção da Vida) - Universidade Federal de Alagoas – UFAL. 2015.

CORREIA, M. V. C.; MEDEIROS, S. M. As bases da Promoção da Saúde nas Conferências Internacionais e a Reforma Sanitária brasileira: concepção do processo saúde e doença em questão. In: VASCONCELOS, K. E. L.; COSTA, M.D.C. (ORGS). **Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. Campinas: Hucitec, 2014.

DELALIBERA, M.; BARBOSA, A.; LEAL, I. Circunstâncias e consequências do cuidar: caracterização do cuidador familiar em cuidados paliativos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p.1105-1117, 2018.

DINIZ, M. A. A. et al. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3789-3798, 2018.



DUARTE, C. S. A educação como um direito fundamental de natureza social. **Educação & Sociedade**, v. 28, n. 100, p. 691-713, 2007.

EGRY, E. Y. et al. Nursing in Collective Health: reinterpretation of objective reality by the praxis action. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, supl-1, p. 710-5. 2018.

FARIA, L., SANTOS, L. A.C., PATIÑO, R. A. A fenomenologia do envelhecer e da morte na perspectiva de Norbert Elias. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 12. 2017.

FARRAN, C. J. et al. Caring for self while caring for others: the two-track life of coping with Alzheimer's disease. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 30, n. 5, p. 38-46, 2004.

FELIPE, S. G. B. et al. Anxiety and depression in informal caregivers of dependent elderly people: an analytical study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, e20190851, 2020.

FENG, Z. Global convergence: aging and long-term care policy challenges in the developing world. **Journal of aging & social policy**, v. 31, n. 4, p. 291-297, 2019.

FERREIRA, L. V. et al. Busca do autocuidado por idosos na rede de atenção à saúde. **Revista Contexto & Saúde**, v. 17, n. 32, p. 46-54, 2017.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. G. F. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev Bras Enferm.**, v.;1, supl 1, p. 704-9. 2018.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 77-88, 2021.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. Reading, Massachusetts: AddisonWesley. 1975.

FLAXMAN, S.R. et al. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990–2020: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, v. 5, n. 12, p. e1221-e1234, 2017.

FLORES, T. R. et al. Aconselhamento por profissionais de saúde e comportamentos saudáveis entre idosos: estudo de base populacional em Pelotas, sul do Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, 2018.

FLORINDO, A.; et al. Promotion of physical activity, healthy eating and family health in municipalities with health gym. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 925-936, 2016.

FRUGOLI, A.; MAGALHÃES JÚNIOR, C. A. O. Sexuality in third age in the perception of a female elderly group and indications for the environmental education. **Arq Ciênc Saúde UNIPAR**, v. 15, n. 1, p. 85-95, 2011.

FURLONG, K. E.; WUEST, J. Self-care behaviors of spouses caring for significant others with Alzheimer's disease: the emergence of self-care worthiness as a salient condition. **Qualitative Health Research**, v. 18, n. 12, p. 1662-1672, 2008.

GOMES, N. P.; et al. Consequências do cuidado para a saúde de idosas cuidadoras de familiares dependentes. **Rev. Esc. Enferm USP**, nº 53, 2019.

GUEDES, N. G. et al. Atividade física de escolares: análise segundo o modelo teórico de promoção da saúde de Pender. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 774-80, 2009.

HANSEN, É. O. et al. Classificação internacional de funcionalidade, de doenças e prognóstico médico em pacientes idosos. **Rev Med Minas Gerais**. v. 21, n. 1, p. 55-60, 2011.

HARPER, S. Global Risks and the Resilience of Future Health Care Systems. **Journal of Population Ageing**, v. 13, n. 1, p. 1-3, 2020.

HEATH, A.; CAREY, L. B.; CHONG, S.. Helping carers care: an exploratory study of factors impacting informal family carers and their use of aged care services. **Journal of religion and health**, v. 57, n. 3, p. 1146-1167, 2018.

HESS, R. Momento do diário e diário dos momentos. In: Souza EC, Abrahão MHMB, organizadores. **Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si**. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2006. p. 89-103.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. 2010.

ILC - BR. Centro Internacional de Longevidade Brasil. **Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade**. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil; 2015.

JESUS, I. T. M.; ORLANDI, A. A. S.; ZAZZETTA, M. S. Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, p. 194-204, 2018.

KAUFMAN, A. V. et al. Social support, caregiver burden, and life satisfaction in a sample of rural African American and White caregivers of older persons with dementia. **Journal of Gerontological Social Work**, v. 53, n. 3, p. 251-269, 2010.

LALONDE, M. **New perspective on the health of Canadians o working document**. Ottawa, Ontario, Canada: Minister of Supply and Services; 1974. 77p.

LEE, C. J. A comparison of health promotion behaviors in rural and urban community-dwelling spousal caregivers. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 35, n. 5, p. 34-40, 2009.

LEWIS, S. L. et al. A stress-busting program for family caregivers. **Rehabilitation Nursing**, v. 34, n. 4, p. 151-159, 2009.

LISOWSKI, J. F. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade e fatores associados em mulheres de São Leopoldo, Rio Grande do Sul: um estudo de base populacional. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, p. 380-389, 2019.

LOCKWOOD, C. et al. Systematic reviews of qualitative evidence. **JBI Reviewer's Manual**, p. 23-71, 2017.

LOESCH, S. M. T.; CORRÊA, J. G. M.; ANACLETO, G. M. C. Qualidade de vida e cuidador informal do idoso: uma revisão integrativa. **Revista Científica UMC**, Edição Especial PIBIC, outubro 2019. ISSN 2525-5250.

LÖK, N.; BADEMLI, K. Pilot testing of the “First You Should Get Stronger” program among caregivers of older adults with dementia. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 68, p. 84-89, 2017.

LUDLOW, K. et al. Family members' prioritisation of care in residential aged care facilities: a case for individualised care. **Journal of Clinical Nursing**, v. 29, n. 17-18, p. 3272-3285, 2020.

MALTA, D. C. et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1799-1809, 2018.

MARUCCI, M. F. N. et al. Comparação do estado nutricional e da ingestão alimentar referida por idosos de diferentes coortes de nascimento (1936 a 1940 e 1946 a 1950): Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, 2019.

MARZIALE, M. H. P. Instrumento para recolección de datos, revisión integrativa. **RedENSO Int.** 2015.

MATUMOTO, S. et al. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, v. 19, n. 1, p. 123-30. 2011.

MCPHAIL, S. M. Multimorbidity in chronic disease: Impact on health care resources and costs. **Risk Manag. Healthc. Policy**, n. 9, p. 143–156, 2016.

MEIRA, E. C.; et al. Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. **Esc. Anna Nery**, nº 21, v. 2, 2017.

MELO, F. Envelhecer não é um fardo. Rio de Janeiro: **Radis**, v 173, p 22, 2017.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec. 14. ed; 2014. 407 p.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, p. 507-519, 2016.

MITTELMAN, Mary S. et al. Preserving health of Alzheimer caregivers: impact of a spouse caregiver intervention. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 15, n. 9, p. 780-789, 2007.

MNOOKIN, S. **Out of the shadows**: making mental health a global development priority. Washington, D.C.: World Bank Group. 2016.

MOHER, David et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **Int J Surg**, v. 8, n. 5, p. 336-341, 2009.

MÓNICO, L. S. et al. A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. **Atas CIAIQ2017. Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, v. 3, p. 724-733, 2017.

MONTEIRO, F. P. M. et al. Avaliação do estado nutricional de crianças com cardiopatia congênita sob a ótica de Pender. **Rev. enferm. UERJ**, p. 581-588, 2009.

NITA, M. 'Spirituality' in health studies: Competing spiritualities and the elevated status of mindfulness. **Journal of religion and health**, v. 58, n. 5, p. 1605-1618, 2019.

O'CONNELL, B.; BAILEY, S.; WALKER, A. Promoting the health and well being of older carers: a proactive strategy. **Australian Health Review**, v. 26, n. 2, p. 78-86, 2003.

OLIVEIRA, M. P. R.; et al. Training and qualification of health professionals: Factors associated to the quality of primary care. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 547-59. 2016.

OLIVEIRA, S. M. B. **Aplicação da teoria modelo de promoção da saúde de Nola Pender na oncologia: cuidados de enfermagem à família da pessoa com câncer**. 2015. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **The Ottawa Charter for Health Promotion** (A Carta de Ottawa para Promoção da Saúde). OMS, 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Acesso em 29 jul. 2020.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 71-79. 2000.

PAÚL, C. et al. Effects of a community intervention program for dementia on mental health: The importance of secondary caregivers in promoting positive aspects and reducing strain. **Community mental health journal**, v. 55, n. 2, p. 296-303, 2019.

PAZ, L. P. S. et al. Fatores associados a quedas em idosos com catarata. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2503-2514, 2018.

PENDER, N.; MURDAUGH, C.; PARSONS, M. **Health promotion in nursing practice**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 2002.

PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M. A. **Health promotion in nursing practice**. 7th edition. New Jersey: Pearson, 2014.

PEREIRA, B. P. et al. Consumo alimentar e multimorbidade entre idosos não institucionalizados de Pelotas, 2014: estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 2020.

PEREIRA, S.; DUQUE, E. Cuidar de Idosos Dependentes – A Sobrecarga dos Cuidadores Familiares. **Revista Kairós - Gerontologia**, n 20, v. 1, pp. 187-202. 2017.

PHILLIPS, B. et al. Levels of Evidence and Grades of Recommendation. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine-Centre for Evidence - Based Medicine. 2005. Disponível em: <https://www.cebm.net/>. Acesso em: 15 jan 2022..

PIMENTEL, M. et al. Importance of social network for the successful aging and health of the elderly, **Journal of Aging & Innovation**, n 8, v. 1: p. 68 84, 2019.

PLATZER, E. et al. Evidence of inter-professional and multi-professional interventions for geriatric patients: a systematic review. **International journal of integrated care**, v. 20, n. 1, 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B, **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RATINAUD, P. **IRAMUTEQ**: Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de txtes et de Questionnaires. Computer Software. 2009.

REZENDE, E. M. et al. Mortalidade de idosos com desnutrição em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: uma análise multidimensional sob o enfoque de causas múltiplas de morte. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1109-1121, 2010.

ROCHA, D. G. et. al. Processo de Revisão da Política Nacional da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4313-4322, nov. 2014.

ROCHA, M. L. Psicologia e as práticas institucionais: a pesquisa-intervenção em movimento. **Psico**, v. 37, n. 2, p. 169-174, 2006.

ROMERO, D. E. et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de saúde publica**, v. 37, 2021.

SABO, K.; CHIN, E. Self-care needs and practices for the older adult caregiver: An integrative review. **Geriatric Nursing**, v. 42, n. 2, p. 570-581, 2021.

SACHAHIAMAN, L.A. **Modelo de promoción de la salud de Nola Pender**. 2014. [online. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/maribelmezagamarra/nola-pender-36554641?related=2>. Acesso em: 20 de julho de 2020.

SAKRAIDA, T. J. PENDER, N. J. Health promotion model. In: Tomey AM, Alligood MR. **Nursing theorists and their work**. 6 ed. St Louis-Missouri (US): MosbyElsevier; 2006. p.452-471.

SALES, J.C.S. Feminização da velhice e sua interface com a depressão: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**; v.10 n. 5. 2016.

SANAEINASAB, H. et al. A model-based educational intervention to increase physical activity among Iranian adolescents. **J Pediatr** (Rio J), v. 88, n. 5, p. 430-8. 2012.

SANTINI, Z. I. et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 1, p. e62-e70, 2020.

SANTOS, I.; SOARES, C. S.; BERARDINELLI, L. M. M. Promovendo autocuidado em clientes com coronariopatia: aplicação do diagrama de nola pender. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, out/dez. v. 2 (Ed. Supl.), p. 266-270. 2010.

SANTOS, W.P. et al. Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes. *Revista Cuidarte*, v. 10, n. 2, e607, 2019.

SATO, L. Pesquisar e intervir: encontrando o caminho do meio. In: CASTRO, L. R.; BESSET, V. L. (orgs.). **Pesquisa intervenção na infância e na juventude**. Rio de Janeiro: Nau; Faperj, 2008.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. Produção do Conhecimento sobre Teorias de Enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev.Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 182-188, 2010.

SCHERER, R. et al. Estado nutricional e prevalência de doenças crônicas em idosos de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 16, p. 769-779, 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SCHVEITZER, M. C.; ZOBOLI, E. L. C. P.; VIEIRA, M. M. S. Desafios da enfermagem para a cobertura universal de saúde: uma revisão sistemática. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016.

SEABRA, C.A. M. et al. Health education as a strategy for the promotion of the health of the elderly: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, 2019.

SECRETARIA DE SAÚDE – PARNAÍBA. **Modelo de Atenção à Saúde: Estratégia Saúde da Família**. Parnaíba, 2020.

SILVA, A. C. S.; SANTOS, I. Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de nola pender. **Texto contexto - enferm.**, v. 19, n. 4, p. 745-753. 2010.

SILVA, R. M. et al. Desafios e possibilidades dos profissionais de saúde no cuidado ao idoso dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 89-98, 2021.

SILVA, M. C. M.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; CASTRO, E. A. B. Elderly caring for the elderly: spirituality as tensions relief. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 2461-2468, 2018.

SILVA, C.; OLIVEIRA, N. C.; ALFIERI, F. M. Mobilidade funcional, força, medo de cair, estilo e qualidade de vida em idosos praticantes de caminhada. **Acta fisiátrica**, v. 25, n. 1, p. 22-26, 2018.

SIQUEIRA, A. F. et al. Efeito de um programa de fisioterapia aquática no equilíbrio e capacidade funcional de idosos. **Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 331-338, 2017.

SNYDER, R. E.; et al. O desenvolvimento de uma pesquisa-intervenção com uma comunidade urbana. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 28, n. 3, p. 296-306, 2016.

SOARES, K. G.; MENEGHEL, S. N. O silêncio da sexualidade em idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 129-136, 2021.

SOUZA, E. L. C.; STADUTO, J. A. R.; KRETER, A. C. Previdência rural e mulher: uma análise interregional a partir da perspectiva de gênero. **Revista da ABET**, v. 16, n. 1, p. 119-137, 2017.

SOUZA, L. B. C. de et al. Fatores de postergação da aposentadoria de idosos: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3889-3900, 2020.

STEINDORFF, G. M. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos: relato de experiência. **Rev Sanare**. v. 17, n. 1, p. 125-31, 2018.

SUZUKI, K.; TAMAKOSHI, K.; SAKAKIBARA, H. Caregiving activities closely associated with the development of low-back pain among female family caregivers. **J Clin Nurs.**, v. 25, n. 15, p. 2156-67, 2016.

THIENGO, P. C. S. et al. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**. v. 19, n. 6, pp. 349–357, 2007.

TORP, S. et al. A pilot study of how information and communication technology may contribute to health promotion among elderly spousal carers in Norway. **Health & social care in the community**, v. 16, n. 1, p. 75-85, 2008.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Editora Vozes, 6ª edição, 2013.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Ageing 2019**: Highlights (ST/ESA/SER.A/430), 2019.

VALCARENGHI, R. V. et al. Nursing scientific production on health promotion, chronic condition, and aging. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 68, p. 705-712, 2015.

VASCONCELOS, T. C. Pesquisa enquanto intervenção, tradução, compreensão e construção de sentidos: nuances da interação verbal pesquisador-pesquisado. **Revista Teias**, v. 14, n. 31, 2013.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Aging in Brazil: the building of a healthcare model. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, p. 1929-1936, 2018.

VICTOR, J. F.; LOPES, M. V. de O.; XIMENES, L. B. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 3, p. 235–40, 2005.

VROOM, Victor H. **Work and motivation**. Nova York: John Wiley & Sons, 1964.

WINSLOW, C. E. A. The untilled fields of public health. **Science**, v. 51, n. 1306, p. 23-33. 1920.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WHO. World Health Organization. **Ottawa charter for health promotion, 1986**. World Health Organization. Regional Office for Europe, 1986.

WHO. World Health Organization. Sexual Health, Human Rights and the Law. Geneva: WHO; 2015a.

WHO. World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor: 2015. Geneva, 2015b.

WHO. World Health Organization. **Life expectancy 2018**. Disponível em: [https://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/life\\_tables/situation\\_trends/en/](https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/) (accessed on 5 August 2019).



## APÊNDICES

**APÊNDICE A – Características e Experiências Individuais****Parte I – Fatores Pessoais****FATORES PESSOAIS:****UBS Responsável:****ACS:****Iniciais do Paciente:****Data de Nascimento:****Idade:****Peso:****Altura:****Naturalidade:****Endereço Residencial:****Ponto de Referência:****Naturalidade:****UF:****Telefone: ( )****Email:****Alguém ajudando a utilizar meios tecnológicos e digitais na pesquisa?** Sim Não**Nível de Escolaridade:** Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Completo Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo**Estado Civil:** Solteira União Estável Casada Viúva Divorciada**Etnia:** Branca Preta Parda Indígena Outra: \_\_\_\_\_**Religião:** Nenhuma Católica Protestante/Evangélica Espírita Outra: \_\_\_\_\_**Possui trabalho remunerado? Qual?****Horas trabalhadas por dia:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Renda mensal:**
- Menos de 1 salário mínimo
  - Entre 1 e 2 salários mínimos
  - Entre 2 e 3 salários mínimos
  - 4 ou mais salários mínimos

- Tipo de Moradia:**
- Tijolo revestido
  - Tijolo sem revestimento
  - Taipa
  - Outra: \_\_\_\_\_

- Sua casa possui (você pode marcar mais de uma opção):**
- Água encanada
  - Luz elétrica
  - Fossa séptica
  - Água Filtrada
  - Poço
  - Luz de vela/lampião
  - Sistema de Esgoto
  - Água Fervida

- Sua casa é:**
- Própria
  - Alugada
  - De familiares
  - Mora de favor

## FATORES FÍSICOS E PSICOLÓGICOS

- Você possui alguma deficiência?**
- Física
  - Visual
  - Auditiva
  - Outra: \_\_\_\_\_

- Você tem alguma doença crônica?**
- Não possuo doenças crônicas
  - Colesterol alto
  - Doença pulmonar obstrutiva crônica
  - Hipertensão
  - Osteoporose
  - Diabetes
  - Asma
  - Câncer
  - Parkinson
  - Alzheimer
  - Outra: \_\_\_\_\_

- Você passa por acompanhamento médico em função dessa condição? (Se não**
- Sim
  - Não

houver doença crônica, passar para a questão seguinte):

**Você tem ou já teve algum problema ginecológico?**

( ) Nunca tive problemas ginecológicos  
 ( ) Corrimento vaginal  
 ( ) Infecção urinária  
 ( ) Candidíase  
 ( ) Endometriose  
 ( ) Mioma uterino  
 ( ) Ovários policísticos  
 ( ) HPV  
 ( ) Outras: \_\_\_\_\_

**Você passa ou passou por acompanhamento médico em função dessa condição ginecológica? (Se não houver doença ginecológica, passar para a questão seguinte):**

( ) Sim  
 ( ) Não

**Você tem ou já teve algum transtorno psicológico?**

( ) Nunca tive problemas psicológicos  
 ( ) Depressão  
 ( ) Ansiedade  
 ( ) Fobia Específica  
 ( ) Crise de Pânico  
 ( ) Transtorno de Pânico  
 ( ) Demência

**Você passa ou já passou por algum tratamento psicológico?**

( ) Nunca passei por atendimento psicológico  
 ( ) Faço/Já fiz uso de medicamentos psicotrópicos  
 ( ) Faço/Já fiz terapia com psicólogo  
 ( ) Já passei por outra intervenção psicológica:  
 \_\_\_\_\_

**Você toma algum medicamento regularmente?** Qual(ais)?  
 \_\_\_\_\_

**Esse medicamento foi prescrito por um profissional?**

( ) Sim  
 ( ) Não

## FATORES SOCIOCULTURAIS

- Você mora com:**
- Sozinha
  - Pai/Mãe
  - Irmãos
  - Outros parentes
  - Amigos
  - Marido/Esposa
  - Outro: \_\_\_\_\_
- Com quem frequência você interage com outros idosos?**
- Nunca
  - Raramente
  - Ocasionalmente
  - Frequentemente
  - Sempre
- Como você julga a qualidade de seus relacionamentos familiares?**
- Não possui relacionamentos familiares
  - Totalmente insatisfatório
  - Um pouco insatisfatório
  - Nem satisfatório, nem insatisfatório
  - Um pouco satisfatório
  - Muito satisfatório
- Como você julga a qualidade de seus relacionamentos com amigos?**
- Não possui relacionamentos com amigos
  - Totalmente insatisfatório
  - Um pouco insatisfatório
  - Nem satisfatório, nem insatisfatório
  - Um pouco satisfatório
  - Muito satisfatório
- Como você julga a qualidade de seu(s) relacionamento(s) íntimo(s)/amoroso(s):**
- Não possui relacionamentos amorosos/íntimos
  - Totalmente insatisfatório
  - Um pouco insatisfatório
  - Nem satisfatório, nem insatisfatório
  - Um pouco satisfatório
  - Muito satisfatório
- Com que frequência você tem relações sexuais?**
- Nunca
  - Semestralmente
  - A cada 2-3 meses
  - Mensalmente
  - Semanalmente
  - Diariamente
- Nessas relações, com que frequência você faz uso de preservativos?**
- Nunca
  - Raramente
  - Ocasionalmente
  - Quase todas as vezes
  - Todas as vezes

- Com que frequência você vivencia alguma dificuldade para obter prazer sexual?**
- Nunca
  - Raramente
  - Ocasionalmente
  - Frequentemente
  - Sempre

### **CUIDADOS COM O IDOSO**

**Há quanto tempo você é cuidadora desse idoso?**

**Quantas horas por dia você se dedica a esse cuidado?**

- Com que frequência você recebe ajuda para auxiliar nesse cuidado?**
- Nunca
  - Raramente
  - Ocasionalmente
  - Frequentemente
  - Sempre

- Com que frequência você recebe suporte de outras pessoas quando precisa de ausentar do cuidado com o idoso?**
- Nunca
  - Raramente
  - Ocasionalmente
  - Frequentemente
  - Sempre

- Qual o grau de satisfação você considera ter em relação a ser cuidadora do(a) idoso(a)?**
- Totalmente insatisfatório
  - Um pouco insatisfatório
  - Nem satisfatório, nem insatisfatório
  - Um pouco satisfatório
  - Muito satisfatório

## Parte II – Conduta Relacionada

### COMPORTAMENTOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE AUTORREFERIDOS

1. O que você entende como Promoção da Saúde?
2. Fale um pouco sobre seus hábitos alimentares.
3. Como você se mantém ativa no seu dia a dia com o objetivo de cuidar da sua saúde?
4. Comente sobre como são suas relações sociais, com amigos e familiares.
5. Quais medidas você toma no seu dia a dia para cuidar da sua saúde mental?
6. Fale um pouco sobre como você exerce sua fé e práticas religiosas no seu cotidiano.
7. Quais dificuldades você encontra hoje para cuidar da sua saúde?
8. Quais outras medidas você toma no dia a dia para cuidar da sua saúde?

### HÁBITOS E BEM-ESTAR

**Com que frequência você realiza atividades de lazer?** ( ) Uma vez por semana ou menos  
( ) De 2 a 3 vezes por semana  
( ) De 4 a 5 vezes por semana  
( ) Diariamente

**Com que frequência você frequenta clubes ou grupos de convivência?** ( ) Uma vez por semana ou menos  
( ) De 2 a 3 vezes por semana  
( ) De 4 a 5 vezes por semana  
( ) Diariamente

**Com que frequência você pratica atividades físicas regulares?** ( ) Uma vez por semana ou menos  
( ) De 2 a 3 vezes por semana  
( ) De 4 a 5 vezes por semana  
( ) Diariamente

**Com que frequência você realiza atividades físicas leves (jardinagem, caminhada, trabalho de casa)?** ( ) Nunca  
( ) Semestralmente  
( ) A cada 2-3 meses  
( ) Mensalmente  
( ) Semanalmente  
( ) Diariamente

**Quantas refeições você realiza por dia?** ( ) Apenas 1  
( ) Duas  
( ) Três  
( ) Quatro  
( ) Mais de quatro

**Com que frequência você consome** ( ) Nenhuma

- frutas, legumes e/ou verduras em suas refeições ao longo do dia?** ( ) Em poucas refeições  
( ) Em algumas refeições  
( ) Em quase todas as refeições  
( ) Em todas as refeições
- Com que frequência você consome proteínas, como carne, frango, peixe ou ovos?** ( ) Nenhuma  
( ) Em poucas refeições  
( ) Em algumas refeições  
( ) Em quase todas as refeições  
( ) Em todas as refeições
- Com que frequência você consome bebidas açucaradas, bolos, biscoitos recheados e sobremesas?** ( ) Nunca  
( ) Mensalmente  
( ) Semanalmente  
( ) Até duas vezes por semana  
( ) De quatro a cinco vezes por semana  
( ) Diariamente
- Com que frequência você consome alimentos gordurosos ou frituras?** ( ) Nunca  
( ) Mensalmente  
( ) Semanalmente  
( ) Até duas vezes por semana  
( ) De quatro a cinco vezes por semana  
( ) Diariamente
- Com que frequência você consome alimentos com muito sal?** ( ) Nunca  
( ) Mensalmente  
( ) Semanalmente  
( ) Até duas vezes por semana  
( ) De quatro a cinco vezes por semana  
( ) Diariamente
- Quantos litros de água você toma por dia?** ( ) Menos de um litro por dia  
( ) Entre um e dois litros por dia  
( ) Entre dois e três litros por dia  
( ) Mais de três litros por dia
- Com que frequência você faz uso de algum produto do tabaco (cigarro industrializado, cigarro de palha, charuto, narguilé, tabaco mascado, cachimbo etc.)?** ( ) Nunca  
( ) Já utilizei, mas parei  
( ) Mensalmente  
( ) Semanalmente  
( ) Até duas vezes por semana  
( ) De quatro a cinco vezes por semana  
( ) Diariamente
- Com que frequência você faz uso de bebidas alcoólicas?** ( ) Nunca  
( ) Mensalmente  
( ) Semanalmente  
( ) Até duas vezes por semana  
( ) De quatro a cinco vezes por semana



- ( ) Diariamente
- Quando você bebe, você consome em média quantas doses?**
- ( ) Uma dose  
( ) Dois doses  
( ) Três doses  
( ) Quatro doses  
( ) Mais de quatro doses
- Com que frequência você vai a encontros religiosos?**
- ( ) Nunca  
( ) Mensalmente  
( ) Semanalmente  
( ) Até duas vezes por semana  
( ) De quatro a cinco vezes por semana  
( ) Diariamente
- Com que frequência você vai a consultas médicas ou de enfermagem?**
- ( ) Nunca ou apenas quando estou doente  
( ) Anualmente  
( ) Semestralmente  
( ) A cada 3-4 meses  
( ) Mensalmente  
( ) Mais de uma vez por mês
- Com que frequência você vai ao dentista?**
- ( ) Nunca ou apenas quando tenho algum problema dental  
( ) Anualmente  
( ) Semestralmente  
( ) A cada 3-4 meses  
( ) Mensalmente  
( ) Mais de uma vez por mês
- Você já sofreu alguma queda?**
- ( ) Não  
( ) Apenas uma  
( ) Duas  
( ) Três ou mais

**APÊNDICE B – Quadro do Plano de Ação Cognições e Afetos Específicos da Conduta**

<b>COMPORTAMENTO ESPECÍFICO</b>	<b>Benefícios Percebidos</b>	<b>Barreiras Percebidas</b>	<b>Autoeficácia Percebida</b>
	<i>Que benefícios você vê em modificar esses comportamentos?</i>	<i>Que dificuldades você pode enfrentar para modificar esses comportamentos?</i>	<i>O quanto você está certo que pode superar essas barreiras e modificar esses comportamentos?</i>
<p>Aderir ao plano alimentar</p> <p>Ingerir diária e regularmente frutas, legumes, verduras e proteínas</p> <p>Reduzir ou retirar de frituras</p> <p>Retirar, reduzir ou substituir açúcares por adoçante ou açúcar demerara</p> <p>Aumentar ingestão hídrica diária (2 a 3l/dia)</p> <p>Reduzir ou retirar cafeína</p> <p>Ingerir regularmente chás</p> <p>Reduzir as sobremesas para finais de semana</p> <p>Substituir sobremesas doces por frutas</p> <p>Estimular baixa ingestão de sal</p> <p>Priorizar regularidade no intervalo entre as refeições</p> <p>Fazer as seis refeições diárias</p> <p>Realizar caminhada regular diária</p> <p>Realizar hidroginástica 2x semana</p> <p>Utilizar bicicleta ergométrica 3xsemana</p>	<p>Redução do peso corporal, ter mais energia, ter mais saúde, melhorar dores ósseas, articulares e musculares, redução da glicemia, lipídios, controlar pressão arterial, maior disposição física e psicológica, maior disposição para o cuidar, melhorar a saúde mental, melhorar a autoestima, ficar mais calma, ter mais paciência, melhorar a hidratação do corpo, melhorar relacionamentos com o próximo, menos risco de adoecer, evitar contaminação pela covid -19, viver mais e melhor, melhorar a depressão, amenizar isolamento social, evitar quedas, se sentir melhor para o cuidar da pessoa idosa.</p>	<p>A maioria das cuidadoras associaram poucas barreiras para aderir ao plano alimentar, dificuldade financeira para aquisição de alimentos saudáveis, Falta de tempo por cuidar de uma pessoa idosa dependente e da casa, falta tempo para atividade física, acomodação, rotina diária estabelecida, ausência da força de vontade, preguiça para se exercitar, dificuldade financeira para lazer e para aquisição das condições de saúde física e mental, saúde pública de difícil acesso, consultas, exames e remédios caros, ausência de ajuda para o cuidar da pessoa idosa dependente,</p>	<p>A maioria das depoentes tinha certeza total de ser capaz de adotar comportamentos promotores de saúde por elas assumidos, algumas mulheres relataram não ter certeza na execução da totalidade das mudanças propostas, mas iriam se esforçar ao máximo, apenas duas cuidadoras tinham pouca certeza em realizar as mudanças assumidas.</p>

<p>Realizar alongamentos físicos ao levantar e deitar</p> <p>Dormir mais cedo (priorizar 8h/dia de sono)</p> <p>Assistir tvs</p> <p>Passear semanalmente (praias)</p> <p>Reservar um horário no dia para interagir com familiares, amigos, vizinhos, via watts app, devido pandemia da covid 19 ou presencial.</p> <p>Cuidar das plantas</p> <p>Fazer macramê</p> <p>Fazer crochê</p> <p>Usar música para dança em casa</p> <p>Costurar</p> <p>Fazer artesanatos</p> <p>Fazer bolos para vendas</p> <p>Participar de grupos de convivência para cuidadores/ idosos, via online ou presencial (já vacinados).</p> <p>Participar atividades religiosa on line ou presencialmente já vacinados (terços, missas, cultos, reuniões espíritas e evangelizar )</p> <p>Ler livros/ revistas/ quebra-cabeças/palavras cruzadas</p> <p>Usar batons, pó facial</p> <p>Usar protetor solar e hidratantes diariamente</p> <p>Hidratar cabelo 1xsemana</p> <p>Escovar cabelo</p> <p>Ter conversas intimas com parceiro</p> <p>Usar preservativo</p>		<p>ausência de companhia para ficar com a pessoa idosa cuidada, por opção em não querer sair de perto da pessoa idosa cuidada, falta de força de vontade, não priorizar a sua saúde, cansaço físico e mental.</p>	
---	--	---	--

<p>Reservar tempo para namorar</p> <p>Aumentar o número de relações sexuais</p> <p>Utilizar sandálias antiderrapantes</p> <p>Evitar objetos pequenos pela casa</p> <p>Reorganizar móveis para facilitar movimentação</p> <p>Utilizar máscaras, lavar sempre mãos e usar álcool gel</p> <p>Manter distanciamento social quando necessário</p> <p>Interagir com segurança (já vacinados)</p> <p>Realizar consulta regular com psiquiatra</p> <p>Procurar profissionais de saúde para adequar medicação</p> <p>Procurar CRAS para aposentadoria já merecida</p>			
<p><b>COMPORTAMENTO ESPECÍFICO</b></p>	<p><b>Sentimentos Relacionados</b></p>	<p><b>Influências Interpessoais</b></p>	<p><b>Influências Situacionais</b></p>
	<p><i>O que você sente se for necessário modificar esses comportamentos para a sua saúde?</i></p>	<p><i>Quais atitudes as pessoas próximas a você mantêm em relação a este comportamento? Você acredita que elas vão te encorajar ou desencorajar?</i></p>	<p><i>Onde você pode encontrar condições para melhorar este comportamento? E onde isso não é possível?</i></p>
	<p>Todas as depoentes expressaram desejo expresso em mudar comportamentos de risco e adotar comportamentos promotores de saúde.</p>	<p>Filhos, esposos, netos, médica, nutricionista, pesquisadora, vizinhos, amigos, a pessoa idosa dependente cuidada.</p>	<p>Em casa, na igreja, a família, a pesquisa, a pessoa idosa dependente cuidada.</p>

## APÊNDICE C – Quadro dos Resultados Esperados Resultados do Comportamento

<b>RESULTADOS DO COMPORTAMENTO</b>				
<b>Comportamentos Prévios</b>	<b>Comportamento Pactuado</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Demandas</b>	<b>Preferências</b>
<i>Comportamentos específicos identificados ou autorreferidos</i>	<i>Mudança pactuada do comportamento específico (Compromisso com um plano de ação)</i>	<i>Planejamento dos resultados esperados relacionados à essa mudança pactuada</i>	<i>Comportamentos pelos quais o indivíduo tem baixo controle</i>	<i>Comportamentos pelos quais o indivíduo tem controle relativamente alto</i>
Ingesta irregular de frutas e verduras- 20	Aderir ao plano alimentar	Perder peso	Dificuldade financeiras na assistência à saúde- 6	Seguir plano alimentar
Ingesta diária de frutas e verduras- 2	Ingerir diária e regularmente frutas, legumas e verduras	Melhorar aparência física	Dificuldade financeira para seguir plano alimentar	Fazer 6 refeições diárias
Ingesta rica em açúcar- 14	Reduzir ou retirada de frituras	Melhorar mobilidade	Priorização em cuidar da pessoa idosa dependente	Perder peso
Ingesta rica em frituras- 6	Substituir do açúcar refinado pelo demerara	Melhorar agilidade	Rotina diária	Melhorar físico e mental
Ingesta moderada em frituras- 6	Reduzir ou retirada total de açúcar	Melhorar glicemia e colesterol	Morar sozinha com a pessoa idosa cuidada	Melhorar glicemia e colesterol
Baixa ingestão de frituras- 10	Substituir do açúcar por adoçante	Reduzir dores osteomusculares	Deficiência de ajuda familiar no processo de cuidar do idoso dependente- 5	Evitar dores gástricas
Dieta rica em sal – 1	Reduzir das sobremesas para finais de semana	Melhorar níveis pressóricos	Ausência de suporte para se ausentar do cuidar- 2	Tomar chá para dormir
Ingestão inadequada de proteína- 3	Substituir sobremesas doces por frutas	Virar rotina os intervalos regulares da alimentação	Hábitos do esposo em dieta rica em gorduras e não ingestão de verduras	Falta de ajuda na assistência do cuidar da pessoa idosa
Horários irregulares p/ refeições- 15	Reduzir de massas e doces	Hidratar-se melhor	Preocupação excessiva com familiares devido pandemia- 3	Falta de pessoa para se ausentar do cuidar
Faz menos de 6 refeições diárias- 12	Estimular baixa ingestão de sal	Melhorar lazer		Atentar em promover a própria saúde, para cuidar melhor do outro idoso
Ausência de atividade física- 17	Reduzir sal	Melhorar saúde mental		Evitar isolamento social extremo em virtude da vacinação
Atividade física irregular -3	Ingerir regularmente proteínas, preferência por peixes, frango e ovos	Melhorar saúde física		Pessoa idosa cuidada tem temperamento difícil
	Priorizar regularidade no intervalo entre as refeições	Interagir mais com amigos, vizinhos, familiares e outras pessoas idosas		
	Fazer as seis refeições diárias			
	Realizar caminhada regular diária			
	Realizar hidroginástica 2x semana			
	Utilizar bicicleta ergométrica 3xsemana			

Atividade física regular 2	Realizar alongamentos físicos ao levantar e deitar	Desprender mais da pessoa cuidada	Isolamento social decorrente da pandemia covid 19	Ter prazer em se cuidar
Baixa ingestão hídrica- 15	Ingerir 2 a 3litros de água diariamente	Exercer mais a fé	Depressão	Ficar bonita
Moderada ingesta hídrica- 5	Reduzir ou retirar cafeína	Evitar quedas	Osteoporose	Cuidar da saúde mental
Boa ingesta hídrica- 2	Uso regular de chás diariamente	Melhorar autoimagem e autoestima		Manter saúde física e mental
Ausência de lazer- 18	Dormir mais cedo (priorizar 8h/dia de sono)	Melhorar prática sexual		Interagir mais via on-line
Lazer reduzido (1x/mês)- 2	Assistir tv	Otimizar contatos on-line		Uso regular da medicação
Ausência de grupos de convivência- 18	Assistir filmes com netos	Otimizar cuidados gerais de proteção em decorrência da pandemia covid-19		Consulta periódica psiquiátrica
Ausência de cuidados com a saúde mental- 5	Passear semanalmente			Aumentar a satisfação em ser cuidadora
Ausência da participação em eventos religiosos 12	Interagir com familiares, amigos, vizinhos, via watts app, devido pandemia da covid 19			
Cuidados pessoais insastifatórios 16	Cuidar das plantas			
Relacionamento amorosos inadequado -13	Fazer macramê			
Ausência de interação com idosos- 5	Fazer crochê			
Relacionamento familiar insatisfatório - 1	Usar música para dança em casa			
Relacionamento com amigos pouco satisfatório (agravou com a pandemia) – 3	Costurar			
Relato de quedas- 4	Fazer artesanatos			
	Fazer bolos para vendas			
	Participar de grupos de convivência para cuidadores/ idosos, via <i>online</i>			
	Participar grupo de convivência (já vacinados, cuidados de prevenção da covid 19)			
	Assistir à missa/ culto na TV			
	Realizar leitura diária da biblia			
	Assistir série			
	Ir à praia			
	Participar atividades religiosa presencialmente já vacinados			
	Fazer terço diariamente com familiares			
	Evangelizar via <i>online</i>			

<p>Não referiu cuidados gerais com a pandemia-22</p>	<p>Ler livros/ revistas/ quebra-cabeças/palavras cruzadas</p> <p>Realizar reunião espírita via on-line</p> <p>Usar batons, pó facial</p> <p>Usar protetor solar diariamente</p> <p>Usar hidratante corporal diariamente</p> <p>Hidratar cabelo 1xsemana</p> <p>Escovar cabelo</p> <p>Ter conversas intimas com parceiro</p> <p>Usar preservativo</p> <p>Reservar tempo para namorar</p> <p>Aumentar o número de relações sexuais</p> <p>Interagir com idosos próximos</p> <p>Interagir com outras cuidadoras via <i>online</i></p> <p>Reservar um horário no dia para interagir com familiares, amigos, vizinhos</p> <p>Utilizar sandálias antiderrapantes</p> <p>Evitar objetos pequenos pela casa</p> <p>Reorganizar móveis para facilitar movimentação</p> <p>Utilizar máscaras, lavar sempre mãos e usar álcool gel</p> <p>Manter distanciamento social quando necessário</p> <p>Interagir com segurança (já vacinados)</p> <p>Realizar consulta regular com psiquiatra</p> <p>Procurar profissionais de saúde para adequar medicação</p> <p>Procurar CRAS para aposentadoria já merecida</p>			
--	---	--	--	--

## APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### **TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**Título da Pesquisa:** PROMOÇÃO DA SAÚDE DE CUIDADORAS INFORMAIS IDOSAS NA PERSPECTIVA DE NOLA PENDER

**Tipo de Pesquisa:** Tese de Doutorado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem / CCS – Teresina – PI.

**Nome do Pesquisador:** CLEIDIANE MARIA SALES DE BRITO

**Fone:** (86) 99466 2730

**E-mail:** cleideenf@hotmail.com

**Nome da orientadora:** Dra MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO

**Nome do Co-Orientador:** Dra MARIA ANTONIETA RUBIO TYRRELL

**Fone:** (86) 99981 5878

**E-mail:** liff@ufpi.edu.br

**Natureza da pesquisa:** Avaliar a adoção dos comportamentos promotores de saúde das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes, mediante a implementação do Plano de ação embasado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, na perspectiva da enfermagem gerontológica. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/2012 – item IV do Conselho Nacional de Saúde.

**1.Participantes da pesquisa:** Serão as cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes, cadastradas na ESF da zona urbana do município de Parnaíba, acompanhadas por Agente Comunitário de Saúde (ACS) e que atendam aos critérios de inclusão do estudo.

**2.Envolvimento na pesquisa:** Ao participar deste estudo a Sra. (Sr.) permitirá que a pesquisadora Cleidiane Maria Sales de Brito, realize entrevistas e encontros *online*, por meio de plataformas digitais para conhecer os comportamentos promotores de saúde adotados pelos participantes. A Sra. (sr.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto.

**3.Sobre a entrevista:** O participante da pesquisa será submetido via *online*, com autorização verbal inicial em todos os encontros *online* a entrevistas com questões semiestruturadas, composta por perguntas abertas e fechadas, além de um questionário sociodemográfico e elaboração de plano de ação conjunta, a ser desenvolvido pela pesquisadora e pelas cuidadoras informais idosas de pessoas idosas dependentes atendidas na zona urbana da ESF do município de Parnaíba – PI.

**4.Riscos e desconforto:** A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

**5.Confidencialidade:** Todas as informações coletadas neste estudo servirão de base para estudo dos comportamentos promotores de saúde de cuidadoras idosas informais de pessoas idosas dependentes, na perspectiva do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. A identificação das pessoas envolvidas será preservada no anonimato. Somente o (a) pesquisador (a) e o (a) orientador (a) terão conhecimento dos dados. Não haverá identificação dos participantes da pesquisa de nenhuma forma.



**6.Benefícios:** Ao participar desta pesquisa a Sra. (sr.) não terá nenhum benefício direto. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos. Onde, esperamos, que este estudo traga informações importantes sobre os comportamentos de saúde adotados pelas idosas cuidadoras informais de idosos dependentes.

**7.Pagamento:** A Sra. (Sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza, objetivo e benefícios do estudo no qual fui convidado(a) a participar. Entendi que sou livre para interromper a minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Concordo voluntariamente em participar deste estudo. E recebi uma cópia deste termo de consentimento.

---

**Assinatura do Interlocutor da Pesquisa**

Testemunhas (Não ligadas aos Pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro ainda que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante da pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Parnaíba – PI, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

PROF. MESTRE CLEIDIANE MARIA SALES DE BRITO

**Pesquisadora**

---

PROF. DRA MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO

**Orientadora**

---

PROF. DRA. MARIA ANTONIETA RUBIO TYRRELL

**Co-Orientadora**

**Observações Complementares**

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:  
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI/Campus Universitário Ministro Petrônio Portella. Pró-Reitoria de Pesquisa – PROPESQ - Bairro Ininga - CEP: 64.049-550 – Teresina – PI, tel.: (86) 3237-2332. Web: [cep.ufpi@ufpi.edu.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.edu.br).

## APÊNDICE E - Termo de Confidencialidade



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO MINISTRO PETRÔNIO PORTELLA  
 PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - DOUTORADO EM ENFERMAGEM

### APÊNDICE G - Termo de Confidencialidade

**Título do projeto:** PROMOÇÃO DA SAÚDE DE CUIDADORAS INFORMAIS IDOSAS NA PERSPECTIVA DE NOLA PENDER

**Pesquisador responsável:** Profª. Drª. Maria do Livramento Fortes Figueiredo

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem.

**Telefone para contato:** (86) 3215-5558.

**Local da coleta de dados:** via online, com autorização verbal inicial em todos os encontros online a entrevistas com questões semiestruturadas, composta por perguntas abertas e fechadas, além de um questionário sociodemográfico e elaboração de plano de ação conjunta.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes deste estudo, cujos dados serão coletados através de questionário, contendo questões referentes à caracterização dos participantes; e seminários temáticos, que serão gravados em vídeo, áudio e fotografados. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Enfermagem por um período de cinco anos sob a responsabilidade da pesquisadora responsável. Após este período, os dados serão destruídos.

Teresina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Maria do Livramento Fortes Figueiredo  
 Pesquisadora responsável

Maria Antonieta Rubio Tyrrell  
 Pesquisador participante

Cleidiane Maria Sales de Brito  
 Pesquisador participante

**ANEXOS**

## ANEXO A – Declaração de Autorização da Instituição Coparticipante



ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
ATENÇÃO BÁSICA



## DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa intitulado " **PROMOÇÃO DA SAÚDE DE CUIDADORAS INFORMAIS IDOSAS NA PERSPECTIVA DE NOLA PENDER**", que tem como objetivo geral: **Avaliar a adoção dos comportamentos promotores de saúde das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas acamadas, mediante a implementação do Plano de ação embasado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, na perspectiva da enfermagem gerontológica** e como objetivos específicos:

- Identificar as características e experiências individuais das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas acamadas, que poderão influenciar na adoção de comportamentos promotores de saúde, na perspectiva do Modelo de Nola Pender;
- Elaborar de forma compartilhada com as cuidadoras informais idosas de pessoas idosas acamadas o Plano de ação, embasado no modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, considerando os comportamentos promotores de saúde a serem assumidos por essas mulheres;
- Analisar os resultados encontrados referentes aos comportamentos promotores de saúde das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas acamadas, provenientes da implementação do plano de ação elaborados a partir da perspectiva do modelo de Promoção da Saúde de Pender.

O estudo será realizado com cuidadoras informais idosas de pessoas idosas acamadas cadastradas e acompanhadas por Agentes Comunitários de Saúde da zona urbana da Estratégia Saúde da Família, do município de Parnaíba – PI e que atendam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Declaro, por fim, que concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo às pesquisadoras, **MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO** e **CLEIDIANE MARIA SALES DE BRITO** ter acesso às cuidadoras informais idosas de pessoas idosas acamadas atendidas na Estratégia Saúde da Família do município de Parnaíba – PI para realização de entrevistas e aplicação de instrumentos validados.

Parnaíba, 26 de outubro de 2020

Anne Corina Winter  
Coordenação de Educação  
Permanente



ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNÁIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
ATENÇÃO BÁSICA

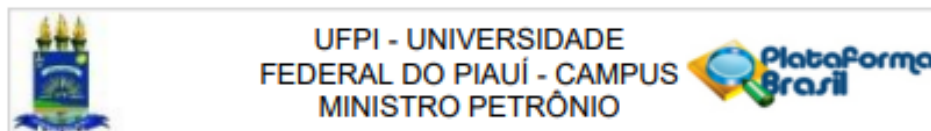


Conforme Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo às pesquisadoras, **MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO** e **CLEIDIANE MARIA SALES DE BRITO** ter acesso às cuidadoras informais idosas de pessoas idosas acamadas atendidas na Estratégia Saúde da Família do município de Parnaíba – PI para realização de entrevistas e aplicação de instrumentos validados.

Parnaíba, 26 de outubro de 2020

Anne Correia Winter  
Coordenação de Educação  
Permanente

## ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PROMOÇÃO DA SAÚDE DE CUIDADORAS INFORMAIS IDOSAS NA PERSPECTIVA DE NOLA PENDER

**Pesquisador:** MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 40256620.2.0000.5214

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Piauí - UFPI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.630.286

#### Apresentação do Projeto:

Informações retiradas do documento intitulado "Informações Básicas"

No Brasil há uma predominância de cuidadores informais do sexo feminino, de meia idade e idosas, atrelados ao fenômeno do envelhecimento populacional e à feminização da responsabilidade sobre o cuidar das pessoas idosas. Nesse sentido, entende-se a importância de investigar os comportamentos promotores de saúde desse público, em específico das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas acamadas. O estudo será embasado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, um modelo de Enfermagem

focado na identificação e promoção de comportamentos promotores de saúde, por determinado público alvo. Tendo como objetivos Avaliar a adoção dos comportamentos promotores de saúde das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas acamadas, mediante a implementação do Plano de ação embasado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, na perspectiva da enfermagem gerontológica; Identificar as características e experiências individuais das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas acamadas, que poderão influenciar na adoção de comportamentos promotores de saúde, na perspectiva do Modelo de Nola Pender; Elaborar de forma compartilhada com as cuidadoras informais idosas de pessoas idosas acamadas o Plano de ação, embasado no modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, considerando os comportamentos promotores de saúde a serem assumidos por essas mulheres e analisar os resultados encontrados referentes aos comportamentos promotores de saúde das cuidadoras

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br





UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 4.630.286

informais idosas de pessoas idosas acamadas, provenientes da implementação do plano de ação elaborados a partir da perspectiva do modelo de Promoção da Saúde de Pender. Para a realização da pesquisa, será desenvolvida uma investigação de natureza qualitativa, do tipo compreensiva e se utilizará do método da pesquisa intervenção, com as cuidadoras informais idosas de pessoas idosas acamadas, cadastradas e acompanhadas por agentes comunitários de saúde da zona urbana da Estratégia saúde da Família, do município de Parnaíba- Piauí, que atendam aos critérios de inclusão do estudo. Ressalta-se que os dados serão coletados de forma remota, por meio da utilização de aparelhos tecnológicos como computadores e dispositivos móveis (tablets, celulares) através das plataformas digitais, para gravação de voz e de vídeos. Os dados serão coletados pelo próprio pesquisador, no período de fevereiro a maio de 2021 e serão analisados mediante a Análise Temática de Minayo.

#### Metodologia Proposta:

Para a realização da pesquisa, será desenvolvida uma investigação de natureza qualitativa, do tipo compreensiva e se utilizará do método da pesquisa intervenção, com as cuidadoras informais idosas de pessoas idosas acamadas, cadastradas e acompanhadas por agentes comunitários de saúde da zona urbana da Estratégia saúde da Família, do município de Parnaíba- Piauí, que atendam aos critérios de inclusão do estudo. Ressalta-se que os dados serão coletados de forma remota, por meio da utilização de aparelhos tecnológicos como computadores e dispositivos móveis (tablets, celulares) através das plataformas digitais, para gravação de voz e de vídeos. Os dados serão coletados pelo próprio pesquisador, no período de fevereiro a maio de 2021 e serão analisados mediante a Análise Temática de Minayo.

#### Critério de Inclusão:

Os critérios de inclusão serão: ser cuidadora informal idosa de pessoas idosas acamadas; possuir idade igual e/ou superior a 60 anos; ser a cuidadora principal da pessoa acamada com acompanhamento por ACS da zona urbana.

#### Critério de Exclusão:

Serão excluídos da pesquisa aquelas que não possuam equipamentos e tecnologias necessárias à realização dos encontros remotos e as que possuam qualquer tipo de limitação quanto ao uso adequado desses equipamentos e tecnologias.

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br





UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 4.630.286

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a adoção dos comportamentos promotores de saúde das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas acamadas, mediante a implementação do Plano de ação embasado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, na perspectiva da enfermagem gerontológica; Identificar as características e experiências individuais das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas acamadas, que poderão influenciar na adoção de comportamentos promotores de saúde, na perspectiva do Modelo de Nola Pender; Elaborar de forma compartilhada com as cuidadoras informais idosas de pessoas idosas acamadas o Plano de ação, embasado no modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, considerando os comportamentos promotores de saúde a serem assumidos por essas mulheres e analisar os resultados encontrados referentes aos comportamentos promotores de saúde das cuidadoras informais idosas de pessoas idosas acamadas, provenientes da implementação do plano de ação elaborados a partir da perspectiva do modelo de Promoção da Saúde de Pender.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

Os riscos desta pesquisa são mínimos e estarão relacionados à mobilização de sentimentos, constrangimentos ou desconfortos de qualquer tipo frente à temática proposta, porém os mesmos serão contornados com a interrupção da participação no estudo, esclarecimentos de dúvidas e suporte psicológico.

##### **Benefícios:**

Os benefícios serão diretos, uma vez que os resultados poderão contribuir para elaboração de plano de ação voltado para promoção da saúde do cuidador, assim como para identificação de fatores associados as repercussões negativas advindas com o cuidado informal. Ainda, destacam-se as potencialidades para o direcionamento de políticas públicas efetivas e baseadas em evidências voltadas para a promoção da saúde e do bem estar do cuidador.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 4.630.286

**Recomendações:**

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Em análise à nova versão apresentada elenca-se abaixo a pendência apontada no parecer consubstanciado do CEP de nº 4.541.406 de 15 de fevereiro de 2021, com o status de sanada ou não sanada:

-A JUSTIFICATIVA DE APRESENTAÇÃO FUTURA DOS DOCUMENTOS DEVIDAMENTE ASSINADOS NÃO CONSTAVA NA PLATAFORMA. NA PRESENTE VERSÃO CONSTA O DOCUMENTO DEVIDAMENTE ASSINADO PELA PESQUISADORA RESPONSÁVEL. ISSO POSTO, CONSIDERA-SE O PROJETO APTO PARA EXECUÇÃO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação protocolo de pesquisa.

Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: <http://ufpi.br/cep>

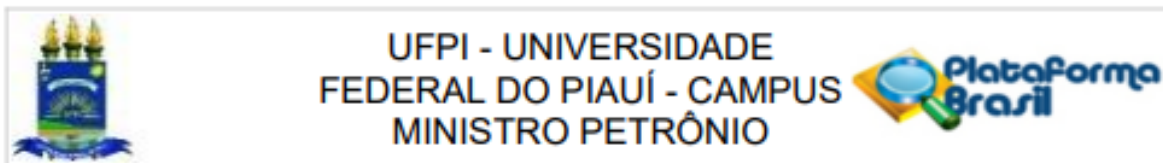
1\* Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação";

2\* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3\* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4\* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 4.630.286

pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1657758.pdf	17/02/2021 15:45:00		Aceito
Outros	declaracao_comprometimento_alterado1.pdf	17/02/2021 15:44:01	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_alterado.doc	14/01/2021 09:56:48	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_alterado1.pdf	14/01/2021 09:56:19	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	14/01/2021 09:56:11	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	curriculo_maria.pdf	12/01/2021 12:46:59	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	Declaracao_anuencia.pdf	13/12/2020 20:27:08	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	curriculo_livramento.pdf	13/12/2020 19:48:54	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	Curriculo_cleidiane.pdf	13/12/2020 15:48:55	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadores.pdf	13/12/2020 15:48:09	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.

**Bairro:** Ininga

**CEP:** 64.049-550

**UF:** PI

**Município:** TERESINA

**Telefone:** (86)3237-2332

**Fax:** (86)3237-2332

**E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 4.630.286

Outros	Termo_de_confidencialidade.pdf	13/12/2020 15:45:17	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.pdf	13/12/2020 15:44:42	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	Instrumento_coleta.pdf	13/12/2020 15:39:25	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	07/11/2020 17:30:13	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	07/11/2020 17:25:14	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TERESINA, 05 de Abril de 2021

Assinado por:

Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.

**Bairro:** Ininga

**CEP:** 64.049-550

**UF:** PI

**Município:** TERESINA

**Telefone:** (86)3237-2332

**Fax:** (86)3237-2332

**E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

## ANEXO C – Plano Alimentar para Hipertensos



### *ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS*

#### **HIPERTENSOS EVITAR:**

Sal, alimentos salgados, presunto, linguiça, mortadela, molhos industrializados, temperos prontos, catchup, azeitona, carnes gordurosas, frituras, queijos salgados, amendoim com sal, bebidas alcoólicas, sucos artificiais, bolachas recheadas.

**ALIMENTOS QUE AJUDAM NO CONTROLE DA PRESSÃO:** alho, pepino, beterraba, azeite de oliva, castanha de caju e do Pará, vegetais, aveia, linhaça, maracujá, chá de camomila, alface.

#### **RECOMENDA-SE:**

- Aumente o consumo de água e chá (mínimo 3L ao dia);
- Legumes e verduras devem ser consumidos sempre, especialmente no almoço. Além de possuírem fibras, contêm vitaminas e minerais, indispensáveis na vida de qualquer indivíduo;
- Varie as frutas e vegetais do seu dia e garanta um aporte adequado de vitaminas e minerais; Use-os de cores variadas;
- Inclua o extrato de própolis (10 a 15 gotas) uma vez ao dia. Pode ser em suco, chá, água. Melhora a imunidade, reduz vontade de comer doce, ansiedade e ajudar a tratar problemas respiratórios.
- Inclua chás na sua rotina. Além de possuírem muitos fitoquímicos, hidratarem e ajudarem a reduzir a retenção de líquidos, podem ajudar no processo de recuperação muscular, ansiedade, disposição entre outros benefícios;
- **EVITE** açúcar, alimentos industrializados e enlatados; alimentos refinados e as farinhas brancas, optando pelos integrais sempre que possível;





- Pratique atividade física diariamente. O exercício nos deixa mais dispostos e auxilia muito, de dentro para fora;

### **RECOMENDAÇÃO IMPORTANTE:**

Os grãos contêm ácido fítico/fitalo e atrapalham muito a digestão e reduzem a absorção de importantes vitaminas e minerais. Deixar os grãos de molho permite que enzimas, lactobacilos e outras substâncias quebrem e neutralizem o ácido fítico. Um mínimo de 7 horas de molho em água natural/morna e meio ácido (gotinhas de limão) é capaz de neutralizar uma grande parcela do ácido fítico contido nos grãos.

1. Feijão e Grão de bico: 48 horas (troque a água a cada 12 horas) 2. Batata doce: 8 horas. Pode cortá-la ao meio e adicionar um pouco de vinagre na água 3. Lentilhas, quinoa, arroz integral: por pelo menos 7 horas de molho antes de ir para panela.

#### **→ Principais alimentos a serem incluídos:**

- Grãos integrais (arroz, aveia, quinoa);
- Leguminosas (feijão, lentilha, grão de bico, soja);
- Verduras verde-escuras;
- Oleaginosas em geral (castanhas, nozes, amêndoas etc);
- Sementes (linhaça, gergelim, girassol, chia);
- Frutas;
- Azeite de oliva extra-virgem, óleo de gergelim.



**RECOMENDA-SE:**

- Aumente o consumo de água e chá (mínimo 3L ao dia);
- Legumes e verduras devem ser consumidos sempre, especialmente no almoço. Além de possuírem fibras, contém vitaminas e minerais, indispensáveis na vida de qualquer indivíduo;
- Varie as frutas e vegetais do seu dia e garanta um aporte adequado de vitaminas e minerais; Use-os de cores variadas;
- Inclua o extrato de própolis (10 a 15 gotas) uma vez ao dia. Pode ser em suco, chá, água. Melhora a imunidade, reduz vontade de comer doce, ansiedade e ajudar a tratar problemas respiratórios.
- Inclua chás na sua rotina. Além de possuírem muitos fitoquímicos, hidratarem e ajudarem a reduzir a retenção de líquidos, podem ajudar no processo de recuperação muscular, ansiedade, disposição entre outros benefícios;
- EVITE açúcar, alimentos industrializados e enlatados; alimentos refinados e as farinhas brancas, optando pelos integrais sempre que possível;
- Pratique atividade física diariamente. O exercício nos deixa mais dispostos e auxilia muito, de dentro para fora;





### PLANO ALIMENTAR

DESJEJUM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comece o dia exercitando a gratidão – dicas: exercitar a respiração / tomar sol / alongar.</li> <li>Shot em jejum: Água natural ou morna + limão (1/2 unid.) + extrato de própolis: 15 gotas.</li> <li>- Leite desnatado ou leite vegetal com café (descafeinado), se adoçar, usar adoçante estévia, xilitol ou sucralose / ou açúcar demerara com moderação (para não diabéticos) OU Chá;</li> <li>- Tapioca ou cuscuz (porção pequena + sementes: chia, linhaça ou gergelim) ou crepioca (02 col. goma + 01 ovo + 01 col. de aveia + sementes) ou cream craker integral: 03/04 unds ou pão integral 01 und;</li> <li>- ovo ou queijo branco (opcional).</li> </ul>
LANCHE DA MANHÃ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suco misto (frutas, hortaliças/folhagens (pepino, cenoura, beterraba, couve, hortelã) + gengibre) + oleaginosas (01 punhado).</li> </ul>
ALMOÇO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salada: à vontade, diariamente;</li> <li>- Arroz integral: 03 col sopa OU Batata doce, macaxeira: 02 rodela;</li> <li>- Carne magra (evitar ou moderar carne vermelha): 02 porções. (evitar fritura);</li> <li>- Feijão: 03/04 col. sopa;</li> <li>- Sobremesa: fruta (opcional)</li> </ul> <p>30 a 60min após almoço: chá de erva doce, cidreira ou hortelã. Evitar líquidos junto às refeições</p>
LANCHE DA TARDE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanche 1: frutas</li> <li>- Lanche 2: Igual o desjejum</li> </ul>
JANTAR Até 20h	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sopas/caldos (sem macarrão, se arroz, integral) OU</li> <li>- Frango ou peixe + salada + batata doce ou macaxeira: 02 rodela OU</li> <li>- Crepioca ou tapioca (com sementes) recheada com frango desfiado ou queijo branco + vegetais Ou</li> <li>- Igual o desjejum</li> </ul> <p>* Atenção para o volume da refeição da noite.</p>
CEIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leite desnatado ou leite vegetal com aveia (mingau) OU Chá camomila ou capim limão, cidreira, erva doce.</li> </ul> <p>Dica antes de dormir: relaxe ouvindo música que acalma.</p>

Sara Vêras  
Nutricionista





## ANEXO D – Plano Alimentar para Diabetes



### DIABÉTICOS EVITAR:

Açúcar e alimentos açucarados, doces, compotas, sorvetes, picolés, sucos artificiais, chocolates, bolacha recheada, bolos, produtos feitos com farinha de trigo branca.

**ALIMENTOS QUE AJUDAM NO CONTROLE DO DIABETES:** quiabo, canela, aveia, farinha de maracujá, feijão, abacate, chia

### RECOMENDA-SE:

- Aumente o consumo de água e chá (mínimo 3L ao dia);
- Legumes e verduras devem ser consumidos sempre, especialmente no almoço. Além de possuírem fibras, contêm vitaminas e minerais, indispensáveis na vida de qualquer indivíduo;
- Varie as frutas e vegetais do seu dia e garanta um aporte adequado de vitaminas e minerais; Use-os de cores variadas;
- Inclua o extrato de própolis (10 a 15 gotas) uma vez ao dia. Pode ser em suco, chá, água. Melhora a imunidade, reduz vontade de comer doce, ansiedade e ajudar a tratar problemas respiratórios.
- Inclua chás na sua rotina. Além de possuírem muitos fitoquímicos, hidratarem e ajudarem a reduzir a retenção de líquidos, podem ajudar no processo de recuperação muscular, ansiedade, disposição entre outros benefícios;
- EVITE açúcar, alimentos industrializados e enlatados; alimentos refinados e as farinhas brancas, optando pelos integrais sempre que possível;





- Pratique atividade física diariamente. O exercício nos deixa mais dispostos e auxilia muito, de dentro para fora;

### **RECOMENDAÇÃO IMPORTANTE:**

Os grãos contêm ácido fítico/fitato e atrapalham muito a digestão e reduzem a absorção de importantes vitaminas e minerais. Deixar os grãos de molho permite que enzimas, lactobacilos e outras substâncias quebrem e neutralizem o ácido fítico. Um mínimo de 7 horas de molho em água natural/morna e meio ácido (gotinhas de limão) é capaz de neutralizar uma grande parcela do ácido fítico contido nos grãos.

1. Feijão e Grão de bico: 48 horas (troque a água a cada 12 horas) 2. Batata doce: 8 horas. Pode cortá-la ao meio e adicionar um pouco de vinagre na água 3. Lentilhas, quinoa, arroz integral: por pelo menos 7 horas de molho antes de ir para panela.

#### **→ Principais alimentos a serem incluídos:**

- Grãos integrais (arroz, aveia, quinoa);
- Leguminosas (feijão, lentilha, grão de bico, soja);
- Verduras verde-escuras;
- Oleaginosas em geral (castanhas, nozes, amêndoas etc);
- Sementes (linhaça, gergelim, girassol, chia);
- Frutas;
- Azeite de oliva extra-virgem, óleo de gergelim.

**RECOMENDA-SE:**

- Aumente o consumo de água e chá (mínimo 3L ao dia);
- Legumes e verduras devem ser consumidos sempre, especialmente no almoço. Além de possuírem fibras, contêm vitaminas e minerais, indispensáveis na vida de qualquer indivíduo;
- Varie as frutas e vegetais do seu dia e garanta um aporte adequado de vitaminas e minerais; Use-os de cores variadas;
- Inclua o extrato de própolis (10 a 15 gotas) uma vez ao dia. Pode ser em suco, chá, água. Melhora a imunidade, reduz vontade de comer doce, ansiedade e ajudar a tratar problemas respiratórios.
- Inclua chás na sua rotina. Além de possuírem muitos fitoquímicos, hidratarem e ajudarem a reduzir a retenção de líquidos, podem ajudar no processo de recuperação muscular, ansiedade, disposição entre outros benefícios;
- EVITE açúcar, alimentos industrializados e enlatados; alimentos refinados e as farinhas brancas, optando pelos integrais sempre que possível;
- Pratique atividade física diariamente. O exercício nos deixa mais dispostos e auxilia muito, de dentro para fora;





### PLANO ALIMENTAR

DESJEJUM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comece o dia exercitando a gratidão – dicas: exercitar a respiração / tomar sol / alongar.</li> <li>Shot em jejum: Água natural ou morna + limão (1/2 unid.) + extrato de própolis: 15 gotas.</li> <li>- Leite desnatado ou leite vegetal com café (descafeinado), se adoçar, usar adoçante estévia, xilitol ou sucralose / ou açúcar demerara com moderação (para não diabéticos) OU Chá;</li> <li>- Tapioca ou cuscuz (porção pequena + sementes: chia, linhaça ou gergelim) ou crepioca (02 col. goma + 01 ovo + 01 col. de aveia + sementes) ou cream craker integral: 03/04 unds ou pão integral 01 und;</li> <li>- ovo ou queijo branco (opcional).</li> </ul>
LANCHE DA MANHÃ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suco misto (frutas, hortaliças/folhagens (pepino, cenoura, beterraba, couve, hortelã) + gengibre) + oleaginosas (01 punhado).</li> </ul>
ALMOÇO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salada: à vontade, diariamente;</li> <li>- Arroz integral: 03 col sopa OU Batata doce, macaxeira: 02 rodela;</li> <li>- Carne magra (evitar ou moderar carne vermelha): 02 porções. (evitar fritura);</li> <li>- Feijão: 03/04 col. sopa;</li> <li>- Sobremesa: fruta (opcional)</li> </ul> <p>30 a 60min após almoço: chá de erva doce, cidreira ou hortelã. Evitar líquidos junto às refeições</p>
LANCHE DA TARDE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanche 1: frutas</li> <li>- Lanche 2: Igual o desjejum</li> </ul>
JANTAR Até 20h	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sopas/caldos (sem macarrão, se arroz, integral) OU</li> <li>- Frango ou peixe + salada + batata doce ou macaxeira: 02 rodela OU</li> <li>- Crepioca ou tapioca (com sementes) recheada com frango desfiado ou queijo branco + vegetais Ou</li> <li>- Igual o desjejum</li> </ul> <p>* Atenção para o volume da refeição da noite.</p>
CEIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leite desnatado ou leite vegetal com aveia (mingau) OU Chá camomila ou capim limão, cidreira, erva doce.</li> </ul> <p>Dica antes de dormir: relaxe ouvindo música que acalma.</p>

Sara Vêras  
Nutricionista



## ANEXO E – Plano Alimentar para Diabetes e Gastrite



### ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS

#### **HIPERTENSOS EVITAR:**

Sal, alimentos salgados, presunto, linguiça, mortadela, molhos industrializados, temperos prontos, catchup, azeitona, carnes gordurosas, frituras, queijos salgados, amendoim com sal, bebidas alcoólicas, sucos artificiais, bolachas recheadas.

**ALIMENTOS QUE AJUDAM NO CONTROLE DA PRESSÃO:** alho, pepino, beterraba, azeite de oliva, castanha de caju e do Pará, vegetais, aveia, linhaça, maracujá, chá de camomila, alface.

#### **DIABÉTICOS EVITAR:**

Açúcar e alimentos açucarados, doces, compotas, sorvetes, picolés, sucos artificiais, chocolates, bolacha recheada, bolos, produtos feitos com farinha de trigo branca.

**ALIMENTOS QUE AJUDAM NO CONTROLE DO DIABETES:** quiabo, canela, aveia, farinha de maracujá, feijão, abacate, chia

#### **RECOMENDA-SE:**

- Aumente o consumo de água e chá (mínimo 3L ao dia);
- Legumes e verduras devem ser consumidos sempre, especialmente no almoço. Além de possuírem fibras, contêm vitaminas e minerais, indispensáveis na vida de qualquer indivíduo;
- Varie as frutas e vegetais do seu dia e garanta um aporte adequado de vitaminas e minerais; Use-os de cores variadas;
- Inclua o extrato de própolis (10 a 15 gotas) uma vez ao dia. Pode ser em suco, chá, água. Melhora a imunidade, reduz vontade de comer doce, ansiedade e ajudar a tratar problemas respiratórios.
- Inclua chás na sua rotina. Além de possuírem muitos fitoquímicos, hidratarem e ajudarem a reduzir a retenção de líquidos, podem ajudar no processo de recuperação muscular, ansiedade, disposição entre outros benefícios;
- EVITE açúcar, alimentos industrializados e enlatados; alimentos refinados e as farinhas brancas, optando pelos integrais sempre que possível;





- Pratique atividade física diariamente. O exercício nos deixa mais dispostos e auxilia muito, de dentro para fora;

### **RECOMENDAÇÃO IMPORTANTE:**

Os grãos contêm ácido fítico/fitalo e atrapalham muito a digestão e reduzem a absorção de importantes vitaminas e minerais. Deixar os grãos de molho permite que enzimas, lactobacilos e outras substâncias quebrem e neutralizem o ácido fítico. Um mínimo de 7 horas de molho em água natural/morna e meio ácido (gotinhas de limão) é capaz de neutralizar uma grande parcela do ácido fítico contido nos grãos.

1. Feijão e Grão de bico: 48 horas (troque a água a cada 12 horas) 2. Batata doce: 8 horas. Pode cortá-la ao meio e adicionar um pouco de vinagre na água 3. Lentilhas, quinoa, arroz integral: por pelo menos 7 horas de molho antes de ir para panela.

#### **→ Principais alimentos a serem incluídos:**

- Grãos integrais (arroz, aveia, quinoa);
- Leguminosas (feijão, lentilha, grão de bico, soja);
- Verduras verde-escuras;
- Oleaginosas em geral (castanhas, nozes, amêndoas etc);
- Sementes (linhaça, gergelim, girassol, chia);
- Frutas;
- Azeite de oliva extra-virgem, óleo de gergelim.





#### RECOMENDA-SE:

- Aumente o consumo de água e chá (mínimo 3L ao dia);
- Legumes e verduras devem ser consumidos sempre, especialmente no almoço. Além de possuírem fibras, contém vitaminas e minerais, indispensáveis na vida de qualquer indivíduo;
- Varie as frutas e vegetais do seu dia e garanta um aporte adequado de vitaminas e minerais; Use-os de cores variadas;
- Inclua o extrato de própolis (10 a 15 gotas) uma vez ao dia. Pode ser em suco, chá, água. Melhora a imunidade, reduz vontade de comer doce, ansiedade e ajudar a tratar problemas respiratórios.
- Inclua chás na sua rotina. Além de possuírem muitos fitoquímicos, hidratarem e ajudarem a reduzir a retenção de líquidos, podem ajudar no processo de recuperação muscular, ansiedade, disposição entre outros benefícios;
- EVITE açúcar, alimentos industrializados e enlatados; alimentos refinados e as farinhas brancas, optando pelos integrais sempre que possível;
- Pratique atividade física diariamente. O exercício nos deixa mais dispostos e auxilia muito, de dentro para fora;





**PLANO ALIMENTAR**

DESJEJUM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comece o dia exercitando a gratidão – dicas: exercitar a respiração / tomar sol / alongar.</li> <li>Shot em jejum: Água natural ou morna + limão (1/2 unid.) + extrato de própolis: 15 gotas.</li> <li>- Leite desnatado ou leite vegetal com café (descafeinado), se adoçar, usar adoçante estévia, xilitol ou sucralose / ou açúcar demerara com moderação (para não diabéticos) OU Chá;</li> <li>- Tapioca ou cuscuz (porção pequena + sementes: chia, linhaça ou gergelim) ou crepioca (02 col. goma + 01 ovo + 01 col. de aveia + sementes) ou cream craker integral: 03/04 unds ou pão integral 01 und;</li> <li>- ovo ou queijo branco (opcional).</li> </ul>
LANCHE DA MANHÃ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suco misto (frutas, hortaliças/folhagens (pepino, cenoura, beterraba, couve, hortelã) + gengibre) + oleaginosas (01 punhado).</li> </ul>
ALMOÇO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salada: à vontade, diariamente;</li> <li>- Arroz integral: 03 col sopa OU Batata doce, macaxeira: 02 rodela;</li> <li>- Carne magra (evitar ou moderar carne vermelha): 02 porções. (evitar fritura);</li> <li>- Feijão: 03/04 col. sopa;</li> <li>- Sobremesa: fruta (opcional)</li> </ul> <p>30 a 60min após almoço: chá de erva doce, cidreira ou hortelã. Evitar líquidos junto às refeições</p>
LANCHE DA TARDE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanche 1: frutas</li> <li>- Lanche 2: Igual o desjejum</li> </ul>
JANTAR Até 20h	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sopas/caldos (sem macarrão, se arroz, integral) OU</li> <li>- Frango ou peixe + salada + batata doce ou macaxeira: 02 rodela OU</li> <li>- Crepioca ou tapioca (com sementes) recheada com frango desfiado ou queijo branco + vegetais Ou</li> <li>- Igual o desjejum</li> </ul> <p>* Atenção para o volume da refeição da noite.</p>
CEIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leite desnatado ou leite vegetal com aveia (mingau) OU Chá camomila ou capim limão, cidreira, erva doce.</li> </ul> <p>Dica antes de dormir: relaxe ouvindo música que acalma.</p>

Sara Vêras  
Nutricionista

NUTRIÇÃO FUNCIONAL CLÍNICA, FITOTERÁPICA E ESPORTIVA  
mktsaroverasnutri@gmail.com





ANEXO F – Capítulo publicado em livro digital

The cover features a close-up photograph of an elderly person's hands, with the fingers slightly curled. The skin is wrinkled and aged. The background is dark, and there are horizontal bands of light and dark colors. The title is in large, white, sans-serif capital letters. Below the title is a subtitle in smaller, white, sans-serif capital letters. Two decorative wheat stalk icons are placed on either side of the subtitle. At the bottom, the publisher's logo is visible.

# SAÚDE NA TERCEIRA IDADE

QUALIDADE DE VIDA,  
LONGEVIDADE & BEM-ESTAR

**EP** EDITORA  
PASTEUR

# Capítulo 6

## ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS: REFLEXÃO TEMÁTICA

*Palavras-chave: Cuidadores, Idoso, Autocuidado, Promoção da saúde, Enfermagem.*

CLEIDIANE MARIA SALES DE BRITO<sup>1</sup>  
MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO<sup>2</sup>  
MARIA ANTONIETA RUBIO TYRRELL<sup>3</sup>  
ANA MARIA RIBEIRO DOS SANTOS<sup>4</sup>  
DAVID CLARINDO DE BRITO NETO<sup>5</sup>  
SÔNIA PATRÍCIA CARREÑO MORENO<sup>6</sup>  
LUIS FERNANDO PENAGOS CUBILLOS<sup>7</sup>  
LARISSA DOS SANTOS SILVA<sup>8</sup>  
ROSSANA OLIVEIRA AMORIM DE SÁ<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Professora do departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí – UESPI – Campus Parnaíba.

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestre e Doutora. Professora do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva e Doutora em Enfermagem e Sociedade. Professora Emérita da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ.

<sup>4</sup>Enfermeira. Mestre e Doutora. Professora do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

<sup>5</sup>Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí.

<sup>6</sup>Enfermeira. Professora. Doutora em Enfermagem pela Universidade Nacional da Colômbia – Sede Bogotá.

<sup>7</sup>Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí.

<sup>8</sup>Enfermeira. Universidade Estadual do Piauí.

<sup>9</sup>Médica. Universidade Estadual do Piauí.



## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e as modificações na estrutura etária constituem um fenômeno universal, complexo, progressivo e multidimensional, que apresenta grande magnitude epidemiológica, econômica, social e de saúde pela elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, assim como pelos crescentes indicadores de perdas cognitivas, declínio sensorial e redução da capacidade funcional, que contribuem para dependência de cuidados e que impactam na dinâmica e na organização familiar (MIRAN-DA *et al.*, 2016; VERAS & OLIVEIRA, 2018; FENG, 2019).

Nessa perspectiva, a participação de membros familiares como cuidador informal da pessoa idosa tornou-se comum, constituindo a principal rede de apoio e suporte para gerenciar as necessidades físicas, clínicas e emocionais, mesmo sem formação profissional ou preparo técnico-científico (HEATH *et al.*, 2018; LUDLOW *et al.*, 2020).

Define-se cuidador informal, aquele com vínculo familiar e afetivo, assim como com disponibilidade de tempo para cuidar de forma voluntária da pessoa dependente, facilitando o exercício de suas atividades diárias e configurando-se como mediador do bem-estar (COUTO *et al.*, 2016; HEATH *et al.*, 2018).

Apesar de favorecer acolhimento, segurança e conforto ao idoso, o cuidador informal é considerado na literatura como uma condição geradora de morbidade por apresentar caráter ininterrupto e por exigir esforços físicos, emocionais, sociais e econômicos capazes de repercutir no autocontrole, na autoestima e no autocuidado do cuidador, além de contribuir para maior vulnerabilidade à sobrecarga e para

comprometimentos severos nas diferentes dimensões que constituem a saúde e a qualidade de vida dessa população (JESUS *et al.*, 2018; AIRES *et al.*, 2020).

No âmbito governamental, o cuidador informal apresenta grande relevância, não apenas por ser o mais desejado pelo idoso, mas por contribuir para redução de custos relacionados às hospitalizações. No Brasil, embora o envelhecimento populacional seja expressivo, esse segmento do cuidado ainda não é priorizado pelas políticas públicas, tendo seu foco constantemente negligenciado (FEINBERG *et al.*, 2011).

Em meio às demandas desgastantes que os cuidadores informais são expostos, torna-se fundamental avaliar e minimizar os indicadores de sobrecarga, assim como propor intervenções favoráveis à promoção da saúde e do autocuidado, bem como capazes de garantir melhor adaptação ao seu papel e de reduzir estados de risco (OLANDA *et al.*, 2015).

Considerando a magnitude do problema, além da necessidade do planejamento, avaliação e implementação de estratégias para promoção da saúde, este estudo apresentou como objetivo refletir sobre o trabalho do cuidador informal da pessoa idosa e propor subsídios para promoção da saúde e do autocuidado.

## MÉTODO

Estudo teórico-reflexivo, que utilizou como recurso de investigação a busca eletrônica nas bases eletrônicas de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed®), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e



Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), empregando-se os descritores controlados “Cuidadores”, “Idoso”, “Autocuidado” e “Promoção da Saúde”. A estratégia de busca foi realizada entre os meses de junho e julho de 2021.

Considerou-se estudos primários, publicados em português, inglês ou espanhol, sem delimitação de tempo e que priorizassem o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde voltadas para o cuidador informal.

A análise foi descritiva e considerou as produções que priorizaram como desfecho primário o planejamento, a avaliação e a implementação de estratégias voltadas para o autocuidado e para a promoção da saúde durante o cuidado informal à pessoa idosa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### **Cuidado informal: impactos na saúde e na qualidade de vida do cuidador**

O cuidado informal à pessoa idosa tornou-se objeto de investigações científicas em múltiplos contextos da literatura nacional e internacional, tanto por representar uma modalidade assistencial voltada para o segmento populacional que mais cresce em números e longevidade, quanto por apresentar impactos sociais e econômicos que repercutem nos sistemas de saúde e na vida do cuidador (OCDE, 2011).

Nesse contexto, o cuidado informal no gerenciamento das necessidades do idoso, especialmente quando em situação de deterioração da capacidade funcional e de dependência de cuidados, gera comprometimentos físicos, mentais e sociais para o cuidador, refletindo a

necessidade de estratégias favoráveis à promoção da saúde e do autocuidado (DINIZ *et al.*, 2018; NUNES *et al.*, 2019).

Os cuidadores informais compreendem, em sua maioria, membros familiares, do sexo feminino e moradores da mesma casa do idoso, que abrem mão da vida pessoal, profissional, social e afetiva para se dedicar ao cuidado diário sem remuneração ou qualquer tipo de incentivo financeiro (LIMA-COSTA *et al.*, 2017).

Sendo assim, é comum que o cuidador se submeta a duplas ou triplas jornadas de trabalho, tendo em vista as responsabilidades domiciliares já assumidas, contribuindo para incidência e elevação dos indicadores de sobrecarga, assim como para deterioração do seu estado de saúde e da qualidade de vida (NUNES *et al.*, 2019).

A percepção de sobrecarga compreende uma reação biofísica multidimensional e constitui um fenômeno expressivo no cuidado informal a pessoa idosa, afetando diretamente a vida do cuidador e evidenciando comprometimentos nas competências para o autocuidado e dificuldades para priorizar suas próprias necessidades (MIRSOLEYMANI, 2017).

Desse modo, a sobrecarga representa indicador de impactos negativos e decorre do despreparo para assumir todas as responsabilidades, sem conhecimento e suporte para gerenciar situações inesperadas ou condições adversas. Além disso, resulta do desequilíbrio das demandas de cuidado em relação ao tempo pessoal, papéis sociais, estado físico, emocional e financeiro, sendo potencializada pelas deficiências no seu reconhecimento e pelas fragilidades das estratégias de ações (JESUS *et al.*, 2018; AIRES *et al.*, 2020).



A mesma concepção é apontada em diferentes estudos que evidenciam alta prevalência de limitações físicas e mentais impostas pelo cuidar, assim como menor satisfação com a vida, uso frequente de medicamentos, indicadores elevados de depressão, ansiedade e estresse nos cuidadores informais quando comparados à população geral (DINIZ *et al.*, 2018; AIRES *et al.*, 2020).

Destaca-se que esses impactos podem ser maiores diante das limitações funcionais, cognitivas e mentais do idoso, que frequentemente aumentam o tempo necessário para o cuidado, além da falta de suporte de outros familiares, da baixa estruturação de políticas públicas e de linhas de cuidados voltadas para atenção ao cuidador informal (NUNES *et al.*, 2019).

Sendo assim, o cuidado informal à pessoa idosa por comprometer a saúde e a qualidade de vida do cuidador, requer a estruturação de estratégias voltadas para promoção da saúde e valorização do autocuidado.

#### **Estratégias de promoção da saúde e de autocuidado**

Por considerar o cuidado informal como indicador de comprometimento na qualidade de vida e estado de saúde do cuidador, a mensuração dos efeitos do planejamento, da avaliação e da implementação de estratégias voltadas para a promoção da saúde e do autocuidado são amplamente referenciadas.

A promoção da saúde compreende uma prioridade em diferentes contextos e níveis de atenção, sendo representada pela capacitação da comunidade para atuar na melhoria do seu estado de saúde e qualidade de vida, favorecendo a autonomia e o desenvolvimento de

habilidades para o autocuidado e para gerenciamento das próprias condições de saúde (WHO, 1986).

As estratégias identificadas para promoção da saúde e autocuidado envolveram, em sua maioria, o fortalecimento das redes de suporte social como alternativa válida, segura e eficaz para redução repercussões negativas advindas da prestação do cuidado informal (LÖK & BADEMLI, 2017; KAUFMAN *et al.*, 2010).

Em geral, a rede de apoio e de suporte é formada por profissionais de saúde e outras pessoas que compartilham experiências semelhantes, buscando a valorização do sentido de pertinência do cuidador e a aproximação com serviços especializados para aconselhamentos e para envolvimento de outros membros familiares no plano de cuidados (LÖK & BADEMLI, 2017).

A incorporação de estratégias psico-educacionais como a realização de técnicas de relaxamento, a prática de atividade física, a modificação de hábitos alimentares, o controle de peso e a comunicação interpessoal, também apresentaram efeitos diretos na redução da carga de cuidado, no gerenciamento de eventos estressores e no controle dos níveis de ansiedade e depressão (LÖK & BADEMLI, 2017; LEWIS *et al.*, 2009).

Ainda, a valorização das crenças e da espiritualidade foram associadas ao controle de eventos estressores, contribuindo para o enfrentamento das novas demandas impostas pelo cuidado informal por possibilitar a reintegração social, o fortalecimento de vínculos e a preservação das dimensões físicas, psicológicas e sociais (LEE, 2009).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIRES, M. *et al.* Burden of informal caregivers of dependent elderlies in the community in small cities. *Revista Gaúcha de Enfermagem.*, v. 41, 2020.
- COUTO, A. M.; CASTRO, E. A. B.; CALDAS, C. P. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. *Revista Rene.*, v. 17, p. 76, 2016.
- DINIZ, M. A. A. *et al.* Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva.*, v. 23, p. 3789, 2018.
- FEINBERG, L. *et al.* Valuing the invaluable: The growing contributions and costs of family caregiving. AARP Public Policy Institute: Washington; 2011.
- FENG, Z. Global Convergence: aging and long-term care policy challenges in the developing world. *Journal of Aging & Social Policy*, v. 31, p. 291, 2019.
- HEATH, A.; CAREY, L. B.; CHONG, S. Helping carers care: an exploratory study of factors impacting informal family carers and their use of aged care services. *Journal of Religion and Health.*, v. 57, p. 1146, 2018.
- JESUS, I. T.; ORLANDI, A. A.; ZAZZETTA, M. S. Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 21, p. 194, 2018.
- KAUFMAN, A. V. *et al.* Social support, caregiver burden, and life satisfaction in a sample of rural African American and White caregivers of older persons with dementia. *Journal of Gerontology Social Work.*, v. 53, p. 251, 2010.
- LEE, C. J. A comparison of health promotion behaviors in rural and urban communitydwelling spousal caregivers. *Journal of Gerontological Nursing.*, v. 35, p. 34, 2009.
- LEWIS, S. L. *et al.* A stress-busting program for family caregivers. *Rehabilitation Nursing Journal*, v. 34, p. 151, 2009.
- LIMA-COSTA, M. F. *et al.* Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil. *Revista de Saúde Pública.*, v. 51, p. 1, 2017.
- LÖK, N.; BADEMLI, K. Pilot testing of the "First You Should Get Stronger" program among caregivers of older adults with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 68, p. 84, 2017.
- LUDLOW, K. *et al.* Family members' prioritisation of care in residential aged care facilities: A case for individualised care. *Journal of Clinical Nursing*, v. 29, p. 3272, 2020.
- MIRANDA, G. M.; MENDES, A. C.; SILVA, A. L. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, p. 507, 2016.
- MIRSOLEYMANI, S. *et al.* Predictors of caregiver burden in Iranian family caregivers of cancer patients. *Journal of Education and Health Promotion*, v. 6, 2017.
- NUNES, D. P. *et al.* Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 21, 2019.
- OLANDA, K. K. R.; PASSOS, X. S.; DIAS, C. S. Perfil das morbidades dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer. *Journal of Health Sciences*, v. 33, p. 83, 2015.
- PENDER, N. J.; YANG, K. P. Promotion physical activity. *Journal of Nursing Research.*, v. 10, p. 57, 2002.
- OCDE. Organization of Economic Development. Policies to support family caregivers. IV chapter. In: Organization of Economic Development (OCDE). Help wanted? Providing and paying for long term care. p.121-158, 2011.
- SABO, K.; CHIN, E. Self-care needs and practices for the older adult caregiver: An integrative review. *Geriatric Nursing*, v. 20, p. 303, 2020.
- VALCARENGHI, R. V. *et al.* Nursing scientific production on health promotion, chronic condition, and aging. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, p. 705, 2015.
- VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Aging in Brazil: the building of a healthcare model. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 23, p. 1929, 2018.
- WHO. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Geneva: WHO; 1986.