

CARLA REGINA MEIRELES DA SILVA

**CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DOS CUIDADORES
DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS EM
RESIDÊNCIAS INCLUSIVAS**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
PROGRAMA DE MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO LOCAL EM
CONTEXTO DE TERRITORIALIDADES
CAMPO GRANDE
2015**

CARLA REGINA MEIRELES DA SILVA

**CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DOS
CUIDADORES DE PESSOAS COM NECESSIDADES
ESPECIAIS EM RESIDÊNCIAS INCLUSIVAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Desenvolvimento Local em Contexto de Territorialidades da Universidade Católica Dom Bosco, sob a orientação do Prof. Dr. Heitor Romero Marques, e Coorientação do Dr. André Barciela Veras, para efeito de obtenção do título de Mestre.

**CAMPO GRANDE
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande, MS, Brasil)

S586c Silva, Carla Regina Meireles da
Caracterização do trabalho dos cuidadores de pessoas com
necessidades especiais em residências inclusivas / Carla Regina
Meireles da Silva; orientação Heitor Romero Marques.-- 2015.
52 f. + anexos

Dissertação (mestrado em desenvolvimento local) – Universidade
Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2015.
Inclui bibliografia

1. Cuidadores – Pessoas com necessidades especiais
2. Desenvolvimento local 3. Residência inclusiva I. Marques,
Heitor Romero II. Título

CDD – 362.2

FOLHA DE APROVAÇÃO

Título: “Caracterização do trabalho dos cuidadores de pessoas com necessidades especiais em Residências Inclusivas”.

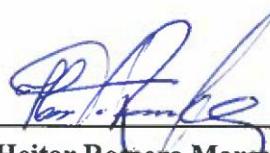
Área de concentração: Desenvolvimento Local em contexto de territorialidades

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento Local: Cultura, Identidade, Diversidade.

Dissertação submetida à Comissão Examinadora designada pelo Conselho do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local – Mestrado Acadêmico da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Local.

Exame de Defesa aprovado em: 24/09/2015

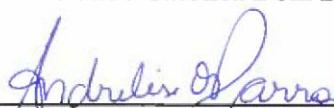
BANCA EXAMINADORA



Prof Dr Heitor Romero Marques – Orientador
Universidade Católica Dom Bosco



Prof Dr André Barciela Veras
Universidade Católica Dom Bosco



Prof Drª Andrelisa Vendrami Parra
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus por me proporcionar sabedoria e a vontade de vencer esse grande desafio.

À minha mãe, Macária Meireles Escalante, que compartilhou dos meus objetivos e os alimentou sempre me incentivando a prosseguir, apesar dos meus medos e das minhas indecisões. À professora Doutora Marney Pascoli Cereda, se não fosse pela força e pela sua amizade não teria continuado a realizar meu sonho.

Os meus mais profundos agradecimentos a meu Orientador Prof. Dr. Heitor Romero Marques, por acreditar no meu trabalho, pelo apoio, compreensão e paciência em todo o decorrer do curso do mestrado e dessa pesquisa. E, sobretudo, agradeço a ele por ver o mundo com seus olhos de mestre e conseguir interpretar os fatos da vida com tanto otimismo.

Aos professores que possibilitaram a compreensão do Mestrado Desenvolvimento Local e sua importância no contexto territorial e cultural. A todos que, de forma direta e indireta, colaboraram para a efetiva finalização deste trabalho.

“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível e, de repente, você estará fazendo o impossível.”

São Francisco de Assis

SILVA, Carla Regina Meireles da. **Caracterização do trabalho dos cuidadores de pessoas com necessidades especiais em residências inclusivas.** 2015. 53 f. Dissertação. Mestrado em Desenvolvimento Local - contexto de territorialidades. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS.

RESUMO

O presente estudo, em uma abordagem quantitativa, tem como objetivos caracterizar o trabalho dos cuidadores de pessoas com necessidades especiais em residências inclusivas e identificar o perfil sócio demográfico desses cuidadores, bem como caracterizar a capacitação profissional. Igualmente a pesquisa visou conhecer as ações que os cuidadores utilizam para manter um estilo de vida saudável, além de identificar a existência ou não de violência no ambiente de trabalho. Os dados foram obtidos por meio de aplicação de questionários, elaborados para atender as especificidades do estudo, nas residências inclusivas I, II da Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Assistência Social e Trabalho de Mato Grosso do Sul no mês de dezembro de 2014. Os dados foram quantificados e apresentados em forma de tabelas. O resultado mostrou uma prevalência do gênero feminino, sendo a maioria jovem. 45% disseram ser casado (as), e 55% têm o ensino médio completo, 80% são contratados com jornada de trabalho de 12h com descanso de 36h. Quanto ao estilo de vida, 90% dos cuidadores, no tocante ao comportamento preventivo, conhecem a própria pressão arterial, seus níveis de colesterol e não se dizem satisfeitos com seus relacionamentos. No controle do estresse, 90% responderam que reservam pelo menos dez minutos todos os dias da semana para relaxar. Outros 90% disseram que não sofrem agressão por parte dos residentes. Ficou evidente que há necessidade de incentivo e suporte profissional para a capacitação, notadamente quanto às etapas das técnicas do ato de cuidar e orientações para investigações futuras sobre a qualidade de vida, focando os aspectos educacionais, que promovam um reforço positivo para auxiliar o cuidador no desafio imposto pela situação complexa no desempenho de cuidados institucionais.

Palavras-Chaves: Cuidador. Pessoas com necessidades especiais. Residência inclusiva. Território e comunidade.

SILVA, Carla Regina Meireles da. **Characterization of work caregivers of people with special needs in inclusive homes.** 2015. 53 f. Dissertação. Mestrado em Desenvolvimento Local - contexto de territorialidades. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS.

ABSTRACT

This study, in a quantitative approach aims to characterize the work of carers of people with special needs in inclusive homes and identify the socio demographic profile of these caregivers, as well as characterize the job training. Also the research aimed to know the actions that caregivers use to maintain a healthy lifestyle, as well as identifying the presence or absence of violence in the workplace. Data were collected through questionnaires, designed to meet the specifics of the study, in inclusive homes I, II of the Secretary of State for Human Rights of Mato Grosso do Sul Labor in December 2014. The Data were quantified and presented in tables. The results showed a prevalence of females, most of them young. 45% said they were married (as), and 55% have completed high school, 80% are contracted with 12-hour workday with rest of 36h. As for lifestyle, 90% of caregivers, with regard to preventive behavior, know their own blood pressure, your cholesterol levels and not say they are satisfied with their relationships. In stress management, 90% answered that allow at least ten minutes every day of the week to relax. Another 90% said they did not suffer aggression from residents. It was evident that there is need for encouragement and professional support for capacity building, especially as to the steps of the act of techniques to care for and guidelines for future research on the quality of life, focusing on the educational aspects that promote positive reinforcement to assist the caregiver in challenge of the complex situation in the performance of institutional care.

KEYWORDS: Caregiver. People with special needs. Inclusive residence. Territory and community.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1 Conceituando cuidador.....	10
2.2 Residências inclusivas.....	13
2.3 Pessoas com necessidades especiais das residências inclusivas da SEDHAST.....	14
2.4 O sistema único de saúde (SUS) apoia os cuidadores e as residências inclusivas....	15
2.5 Importâncias dos cuidadores para a sociedade.....	16
3 TERRITÓRIO E COMUNIDADE.....	18
3.1 Desenvolvimento local.....	21
3.2 Direito humanos: ação local e a solidariedade ativa.....	24
3.3 A educação e sua importância para uma comunidade local.....	25
4 OBJETIVOS	27
4.1 Objetivo geral.....	27
4.1 Objetivos específicos.....	27
5 METODOLOGIA.....	28
5.1 Tipos de estudo.....	28
5.2 Locais do estudo.....	28
5.3 População alvo.....	28
5.4 Considerações de ética.....	29
5.5 Coleta de dados.....	29
6 RESULTADOS.....	30
6.1 Vínculos empregatícios da SEDHAST 2014.....	31
6.2 Estilo de vida dos cuidadores.....	32
7 DISCUSSÃO.....	33
8 CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICES.....	49
ANEXOS.....	52

1 INTRODUÇÃO

O cuidador cada vez mais se faz necessário para garantia de uma melhor qualidade de vida àqueles que necessitam de apoio para um conjunto grande de atividades no seu cotidiano, é a pessoa que oferece cuidados a fim de suprir a incapacidade funcional, temporária ou definitiva da pessoa cuidada, nas suas práticas de atividades de vida diária e de autocuidado. A tarefa do cuidar inclui ações que visam e auxiliam a pessoa no caso de impedimentos físicos e mental, a levá-lo a participar de atividades voltadas ao bem estar, estreitando as relações no campo social.

Os cuidadores são caracterizados de várias formas, classificando-se de acordo com o vínculo com a pessoa cuidada. Pode ser vínculo formal ou informal, ou seja, o fato de ser remunerado ou não, voluntário, leigo ou profissional.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), em legislação complementar explicita que na profissão de cuidador se enquadram as pessoas com dois anos de experiência em domicílios ou instituições públicas e privadas, necessitando para tanto de treinamento básico de formação profissional, junto ou após a formação mínima, que varia da quarta série do ensino fundamental até o ensino médio.

Nesse sentido foi elaborada esta pesquisa para caracterizar o trabalho dos cuidadores de portadores de necessidades especiais, da Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Assistência Social e Trabalho (SEDHAST) em Campo Grande-MS, quanto o perfil sócio demográfico dos cuidadores, bem como a capacitação desses profissionais.

A relevância da caracterização do trabalho dos cuidadores a pessoas com necessidades especiais em residências inclusivas está no fato de que eles são mediadores da educação, comportamentos e disciplinas da pessoa que é cuidada. Há um contingente grande e de pessoas que necessitam de cuidadores, sem o que a vida cotidiana lhe torna muito difícil.

Atuação na área de saúde, mais precisamente com o curso de enfermagem, cujos conhecimentos me permitem atuar enquanto cuidadora de pessoas com características especiais. Houve o interesse em aprofundar-me os conhecimentos relativos às atividades relativas do cuidar de pessoas, a partir das representações de outros cuidadores. Nota-se que a

função de cuidador de pessoas com necessidades especiais a base é a rotina, muitas das vezes o residente é condicionado a tarefas diárias e por isso tem regras para não quebrar a rotina. Com paciência e força de vontade o cuidador consegue desempenhar seu papel adquirindo confiança dos residentes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceituando cuidador

Cuidador pode ser qualquer pessoa com o necessário equilíbrio emocional para escutar os caminhos do coração e decidir a cada momento de segui-los ou não, que reformula sua própria direção, com a consciência de que também pode crescer desde que tenha vontade e se disponha a aprender o necessário para dispensar um bom cuidado (BRASIL, 2005). Segundo Boff (1999), a origem do cuidar vem do latim antigo e era usado em um contexto de relação de amor e de amizade.

Conforme Gonçalves (2006) diversos elementos podem levar uma pessoa a se tornar cuidadora, dentre eles podemos citar a obrigação moral que às vezes se relaciona a fatores religiosos, o fato de ser esposo ou esposa, cuja atividade pode ser considerada como obrigação por parte do cônjuge, a ausência de outras pessoas que possam efetuar a ação de cuidar, busca por melhores empregos, a necessidade de trabalhar fora de casa, a busca por mais conhecimento.

Na maioria das vezes, o cuidador não exerce esta função por escolha própria, mas sim por circunstâncias que o levam a isto, assim necessita-se de políticas sociais e públicas que dêem maior suporte aos cuidadores. O cuidador de idosos possui papel crucial na vida destas pessoas, pois este é um, se não o único amparo que eles possuem. Assim sendo, o auxílio aos cuidadores, torna-se fator imprescindível para que este cuidado seja realizado com mais qualidade (RODRIGUES, 2013).

O ato de cuidar é complexo. O cuidador e a pessoa a ser cuidada podem apresentar sentimentos diversos e contraditórios, tais como: raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação, choro, medo da morte e da invalidez (BRASIL, 2008a). Para Leal (2000) e Karsch (2003), o ato de cuidar não é uma tarefa de fácil execução, pois exige uma mudança radical na vida de quem cuida e também demanda a execução de tarefas complexas, delicadas e sofridas.

A tensão e o cansaço sentidos pelo cuidador são prejudiciais não só para o cuidador, mas também à própria pessoa cuidada, ele deve contar com ajuda para definir dias e horários

para cada um assumir parte dos cuidados. Essa parceria permite ao cuidador ter um tempo livre para se cuidar, se distrair e recuperar as energias gastas no ato de cuidar do outro (BRASIL, 2008b).

O objetivo dos serviços de descanso ao cuidador passa por reduzir a sobrecarga subjetiva associada à prestação de cuidados ou à quantidade de cuidado providenciado (MASON *et al.*, 2007; McGRATH *et al.*, 2006).

Pretende-se que o cuidador restitua as suas estratégias de enfrentamento, prolongando a sua capacidade para cuidar (SHAW *et al.*, 2009).

Para o profissional cuidador, deve-se oferecer um quarto com espaço suficiente para guardar pertences pessoais, sala de estar ou similar, ambiente de estudos ou espaço exclusivo para atividades didáticas e guarda de documentos com mais comodidade (BRASIL, 2013).

É fundamental que o cuidador reserve alguns momentos do seu dia para se cuidar, descansar, relaxar e praticar alguma atividade física e de lazer, tais como: caminhar, fazer ginástica, crochê, tricô, pinturas, desenhos, dançar (BRASIL, 2008b).

Segundo Brasil (2015) como em qualquer profissão, a função de cuidador implica direitos trabalhistas e por paradoxal que pareça, tal profissional é enquadrado na classe de trabalhadores domésticos. Assim, para efeitos de direitos trabalhistas, a função de cuidador é enquadrada na classe de trabalhadores domésticos.

O cuidador tem as mesmas garantias trabalhistas e os mesmos direitos que a empregada doméstica, a passadeira, a cozinheira, o jardineiro e a babá. Trabalhando mais do que três dias por semana na casa do idoso ou deficiente físico, o cuidador tem direito a uma série de direitos por parte de quem o contrata (BRASIL, 2015).

De acordo com o Guia Prático do Cuidador, há uma série de atividades que fazem parte de sua rotina, a serem realizadas de acordo com a realidade da pessoa cuidada, em atenção domiciliar (BRASIL, 2008b).

Para Lima-Costa (2013) e Mazza (2004) é denominado cuidador quem auxilia a pessoa cuidada a manter sua autonomia no sentido de tomar decisão e na preservação de sua independência na realização de atividades de vida diária; tomar banho alimentar-se, vestir-se, ir ao banheiro, sentar-se e levantar-se de cadeiras e camas e atividades instrumentais de vida diária fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições, arrumar a casa.

A parceria entre as equipes e o cuidador deverá possibilitar a sistematização dos trabalhos a serem realizados no domicílio, valorizando as ações relacionadas à promoção da saúde, prevenção de incapacidades e manutenção da capacidade funcional do paciente e do seu cuidador, visando melhores condições de vida e humanização, dando para a pessoa cuidada, confiança e respeito (THOBER; CREYTZBERG; VEIGA, 2005).

Algumas das tarefas que fazem parte da rotina do cuidador relacionam-se a ajudar nos cuidados de higiene, estimular e ajudar na alimentação, ajudar na locomoção e atividades física, administrar as medicações conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde, comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada, bem como outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2008b).

O ato de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde, portanto, não deve executar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais de saúde, tais como: aplicações de injeção no músculo ou na veia, curativos complexos, instalação de soro e colocação de sondas (BRASIL, 2008a).

Não há dúvidas de que o papel do cuidador é altamente relevante para a pessoa que necessita de seus trabalhos, bem como para a sociedade de forma geral. A tarefa de cuidar é complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios e muitas vezes têm sido confiadas a indivíduos que não se encontram preparados para tal ação (BRASIL, 2008a).

Cuidador membro ou não da família, com ou sem remuneração, cuida de pessoas que são dependentes no exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos do cotidiano (MOREIRA; CALDAS, 2007).

Segundo Brasil (2008b) o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário.

A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo por ela somente as atividades que a mesma não consiga fazer sozinha. Contudo, se o cuidador familiar tivesse acesso às orientações e dicas de como cuidar do outro e também de como se cuidar, o trabalho seria menos árduo e mais fácil de suportar (CALDEIRA; RIBEIRO, 2004; GARRIDO; MENEZES, 2004).

Para Waldow (2010) no cuidado existe um compromisso, uma responsabilidade em estar no mundo que não é apenas para fazer aquilo que satisfaz, mas sim, em ajudar a construir uma sociedade com base em princípios morais. Isso permite construir uma história da qual se tenha orgulho. Por sua vez Dias, Wanderley e Mendes (2002) afirmam que na literatura internacional considera-se que a distinção entre cuidador principal e secundário depende do grau de envolvimento experimentado individualmente. O Cuidador é aquele responsável pela total ou maior responsabilidade em relação aos cuidados prestados. Os secundários seriam os familiares, voluntários e profissionais que prestam atividades complementares.

O papel de Cuidador é o de suprir as necessidades da pessoa que estiver sendo cuidada durante o período de doença ou incapacidade. O seu principal objetivo será assegurar, na medida do possível, o conforto físico e segurança do doente. Será também de ajudá-lo a preservar a sua calma emocional e autoestima (BRASIL, 2008b).

O Cuidador é a pessoa que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos. Pode também ser pessoa da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2008b).

Segundo Brasil (2009a), os cuidadores podem ser membros da família agregados à família ou profissionais para atuar em domicílio ou em instituições.

Para os cuidadores da Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Assistência Social e Trabalho (SEDHAST) atuam nas residências inclusivas I, II.

2.2 Residências inclusivas

O serviço de acolhimento em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, dá-se em residência inclusiva inserida na comunidade, contanto com estrutura física e arquitetura semelhante a uma residência e adaptada para pessoas com deficiência, favorecendo a acessibilidade e relações próximas ao ambiente familiar sob a responsabilidade de um cuidador que presta cuidados ininterruptos ao grupo de acolhidos (BRASIL, 2013).

O serviço é destinado para jovens adultos com deficiência, com seus direitos violados, cujos vínculos familiares estejam fragilizados ou rompidos e que estejam em processo de desligamento de instituições e acolhimento e de preferência sejam beneficiários dos Benefícios de Prestação Continuada, que não disponham de condições de autossustentabilidade e retaguarda familiar temporária de longo prazo (BRASIL, 2009a).

Esses jovens quando acolhidos recebem apoio e atendimento personalizado e qualificado e de acordo com suas necessidades individuais e coletivas são supridas: com o apoio psicossocial, moradia, cuidados educacionais e de saúde de forma inclusiva, favorecendo o pleno desenvolvimento biopsicossocial (BRASIL, 2009b).

A implantação de residências inclusivas está em sintonia com as metas previstas no Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência, lançado pela Presidência da República, em 17 de novembro de 2011 (BRASIL, 2012c).

O Regimento Interno dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento de serviço de acolhimento institucional das residências inclusivas I, II, legalmente documentadas como organização governamental registrada no Conselho Estadual de Assistência Social, vinculadas à execução direta da Secretaria de Estado de Direitos Humanos e Assistência Social e Trabalho em consonância com a política Federal (BRASIL, 2013).

Os espaços devem ser estruturados com capacidade para atender até 10 residentes e previsão de quatro camas por dormitórios, com dimensões suficientes para acomodar armários e utensílios pessoais de forma a garantir maior acessibilidade individual, além de sala de estar, sala de jantar, banheiros adaptados, varanda, quintal, jardim e lavanderia (BRASIL, 2013).

A equipe da Residência é composta por um Coordenador com curso de nível superior, um assistente social, um psicólogo, profissional de nível superior para orientações e apoio à equipe nos procedimentos jurídicos, dois profissionais motoristas, dois cuidadores para cada 10 residentes, além de um auxiliar de cuidador para cada 10 residente (BRASIL, 2013).

2.3 Pessoas com necessidades especiais das residências inclusivas da SEDHAST

São acolhidas todas as pessoas com deficiência física, auditiva, visual, intelectual, pessoas com surdocegueira múltipla com complicações mentais e pessoas com múltipla deficiência sensorial (BRASIL, 2013).

Pessoas com necessidades especiais são aquelas pessoas que apresentam algum tipo de deficiência como, por exemplo, restrição física, intelectual, sensorial, de natureza permanente, transitória, que limite a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais de vida diária e remunerada, causada e agravada pelo ambiente econômico e social, dificultando a sua inclusão social (BRASIL, 2006).

Na antiguidade, as pessoas com deficiência não eram consideradas humanas. Apenas os senhores de terra eram assim considerados. Aqueles que trabalhavam para tais senhores eram tidos como sub-humanos e as crianças que nasciam com deficiência eram abandonadas ao relento até a morte, sem maiores questionamentos (ARANHA, 2003).

A deficiência física caracteriza-se pela variedade de condições não sensoriais que afetam o indivíduo em termos de mobilidade, de coordenação motora geral ou de fala, como decorrência de lesões neurológicas, ainda, de más formações congênitas adquiridas (BRASIL, 2012a).

Para Ventorin (2005), a pessoa com deficiência enfrenta grandes dificuldades desde o nascimento, no que se refere a sua sociabilidade, devido ao preconceito e a estigmatização ainda existentes nos dias atuais, o olhar das pessoas em geral é voltado para o que lhes falta, para suas limitações e não para suas possibilidades de vivenciar experiências significativas que certamente virão a ter.

2.4 O sistema único de saúde (SUS) apoia os cuidadores e as residências inclusivas

As ações do Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência se integram às desenvolvidas pelas Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Tais ações reforçam e consolidam o cuidado necessário a este segmento da população, favorecem e instigam a articulação entre serviços para o acesso e permanência dessas pessoas nos diversos espaços do território (BRASIL, 2012a).

O Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência está instituído na rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que orienta a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente progressiva, regressiva e estável intermitente contínua (BRASIL, 2012b).

A rede de cuidados tem como componentes a Atenção Básica, as Unidades Básicas de Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e atenção odontológica, a Atenção Especializada, com os Centros Especializados em Reabilitação e Centros de Especialidades Odontológicas, além dos serviços já habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação e a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (BRASIL, 2012b).

De forma articulada e integrada, a intersetorialidade, atua para a equiparação de oportunidades, exercício da cidadania e vida social das pessoas com deficiência. A comunidade também deve ser agente da inclusão, transformando os ambientes, eliminando barreiras arquitetônicas e de atitudes, que impedem a efetiva participação social das pessoas com deficiência (BRASIL, 2012a).

Seguindo os objetivos da Política Nacional, as ações desenvolvidas pelas equipes do Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência promovem qualidade de vida, previnem agravos, mobilizam e capacitam no fazer cotidiano da pessoa, as famílias e serviços para uma atuação articulada e atenção integral (BRASIL, 2012a).

2.5 Importâncias dos cuidadores para a sociedade

Cada vez mais vem se destacando a importância da atividade dos cuidadores para a recuperação e a melhoria da qualidade de vida das pessoas que necessitam de acompanhamento cotidiano em saúde (MASSON; BRITO; SOUZA, 2008).

É de grande importância e necessidade a ampliação de ações que tenham o cuidador como sujeito principal, para que essa atividade seja reconhecida e investida em práticas adequadas, trazendo benefícios para quem cuida e quem é cuidado (MOREIRA; CALDAS, 2007).

Em seus argumentos Mendes (2011) sugere a necessidade de aumento nos esforços com o intuito de amparar estes cuidadores, além da instituição de políticas públicas direcionadas a esta parte da população.

Nesse sentido, tornam-se necessárias políticas públicas que valorizarem e dêem suporte aos cuidadores para que o ato de cuidar seja realizado com qualidade, proporcionando assim, qualidade de vida para quem é cuidado e para quem realiza o ato de cuidar (RODRIGUES, 2013).

De acordo com Caldas (2004) é de grande importância a ampliação das ações que tenham o cuidador como sujeito principal. Para que essa atividade seja reconhecida é necessário que haja investimentos em práticas adequadas, no sentido de propiciar benefícios para quem cuida e quem é cuidado.

Ainda há o entendimento de que certas características deveriam ser vistas como dons ou qualidades naturais e que por isso não requereriam qualificação. Dessa forma, as atividades do cuidado tornam-se invisíveis aos olhos da sociedade, não sendo reconhecidas nem em seu aspecto técnico-profissional, nem na dimensão das competências relacionais subjetivas que aí são mobilizadas (MASSON; BRITO; SOUZA, 2008).

O reconhecimento de que os cuidadores são um componente essencial nos cuidados de saúde, principalmente nas situações crônicas e de longo prazo, tem incentivado a investigação dos problemas por eles apresentados (GARRIDO; MENEZES, 2004).

É preciso reconhecer a importância do trabalho do cuidador, para o qual falta definição e melhor capacitação, mas que revela um tipo de disponibilidade e de potencial de relacionamento com os pacientes psiquiátrico. Aparentemente, o cuidador é capaz de dar novas perspectivas às perdas que, à primeira vista, podem parecer irreversíveis (SPRIOLI; COSTA, 2011).

São necessários estudos sobre cuidadores no Brasil, boa formação de profissionais de saúde especializados nessa área e implantação de programas de orientação e apoio ao cuidador que envolvam a família, a comunidade e o Estado. O perfil e a sobrecarga dos cuidadores na comunidade ainda são desconhecidos (GARRIDO; MENEZES, 2004).

3 TERRITÓRIO E COMUNIDADE

Espaço e local são um território, uma comunidade, um município ou região onde se expressam os direitos da cidadania e se realizam as identidades particulares, ensejando, quando articuladas solidariamente o desenvolvimento inclusivo das potencialidades econômicas locais que constituem o patrimônio socioeconômico e cultura que expressa a capacidade de organização que a comunidade (GEHLEN, 2006).

De acordo com Ávila (2000), a efetivação das capacidades, competências e habilidades de uma comunidade é definida pelos interesses coletivos de um território com identificação social e histórica.

O aproveitamento dessas forças possibilita que a comunidade aproveite os próprios potenciais no planejamento, avaliação e controle de suas ações, assim como a busca por reconhecimento de profissionais, tanto no poder público, quanto no privado, que visem à solução de problemas, a melhoria do cotidiano, a qualidade de vida e o desenvolvimento local (ÁVILA, 2000).

A localização das residências inclusivas deve garantir proximidade do ponto de vista geográfico e socioeconômico da realidade de origem dos usuários possibilitando a integração dos serviços na rede liça e convivências comunitárias (BRASIL, 2013).

Segundo Santos (1998), cada homem vale pelo lugar onde está o seu valor como produtor, consumidor e cidadão dependem de sua localização no território. Pierson (1968) entende por comunidade “uma organização ou de indivíduos ou de grupos humanos, biótica e economicamente interdependentes, junto com a organização inconsciente que esta interdependência cria [...]”.

Ávila (2000) reproduz que a metabolização comunitária de insumos e investimentos públicos e privados externos visa a busca de soluções para os problemas, necessidades e aspirações, de toda ordem e natureza que mais direta e cotidianamente lhe dizem respeito.

Nesse sentido, conforme lembra Barquero (1999), o desenvolvimento local de âmbito territorial apoia-se, principalmente, na capacidade de aprendizagem e reflexão dos atores locais para construir estratégias de desenvolvimento territorial. São os chamados fatores imateriais do desenvolvimento, ou recursos territoriais com potencialidade para gerar soluções inovadoras constantes e apropriadas às especificidades locais.

Os fatores imateriais são considerados mais fundamentais do que os de natureza material. Torna-se fundamental nesse processo a constituição da rede de cooperação territorial, que consiste em um conjunto de relações comunicativas dentro e entre grupos sociais construídos em determinado território de vida, estabelecidos para inovar de modo a atingir objetivos comuns com vistas ao desenvolvimento territorial (BARQUERO, 1999).

O campo interativo imaterial, construído na relação entre os atores de bens relacionais, é considerado mais fundamental do que os bens materiais. Com efeito, tais conhecimentos, quando combinados no ambiente interativo do território em rede e que ainda se alimentam de conhecimentos externos, geram soluções criativas e mais ajustadas às especificidades de cada realidade (LE BOURLEGAT, 2011).

Segundo Pecqueur e Zimmermann (2004), no território vivido, as relações econômicas estabelecidas também sofrem efeitos de proximidade. Nele, os sujeitos que integram as empresas e as instituições se encontram corporalmente e vivenciam o mesmo cotidiano.

Nesse contexto territorial, revelam-se elos afetivos, chamados pelo autor de forças não mercantis. Elas fortalecem o sentimento de identidade de grupo e deste com o lugar de vida. Esses sentimentos são fundamentais e garantem maior cumplicidade dos atores em relação ao projeto coletivo (PECQUEUR; ZIMMERMANN 2004).

Conforme Pecqueur e Zimmermann (2004), os elos afetivos expressam-se segundo uma cultura construída no cotidiano vivido no território. As relações em rede manifestam as várias dimensões socialmente construídas cultural, social, política, ambiental. A reflexão coletiva se faz com base na visão que os atores constroem a respeito de seu território de vida, no contexto social, político, ambiental e da cultura ali construída.

Llorens (2008) também se refere à interação com instituições e políticas públicas capazes de incentivar e guiar as tomadas de decisão. Esse processo inclui a participação dos trabalhadores com as possibilidades de aprendizagem dentro dos empreendimentos e entre eles. Constrói-se, assim, um sistema territorial de inovação.

Estudiosos europeus, como economistas, geógrafos e sociólogos, entre outros, passaram a valorizar a difusão das inovações no território e a construção coletiva do conhecimento como os grandes impulsionadores das transformações dos sistemas produtivos. As inovações prevalentes, nesse caso, não são radicais, mas apenas incrementais e fruto da ampliação da competência coletiva no seu aprendizado constante (BARQUERO, 1999).

Para esse processo de desenvolvimento que se torna econômico, social, cultural e político e, ao mesmo tempo territorial, Barquero (1999) ainda lembra que não depende exclusivamente da ação de grandes empreendimentos e nem privilegia um ou outro. O desenvolvimento depende basicamente da capacidade de se aliar, de se fazer parcerias inteligentes com grande flexibilidade.

Diante desse novo cenário mundial, a possibilidade que a globalização oferece para o relacionamento entre empresas, organizações e instituições das diferentes sociedades, implica que cada uma deve adaptar-se às suas condições particulares (TARTARUGA, 2010). Nesse contexto entende-se que o território vivido apresenta capacidade para ampliar seu potencial de desenvolvimento endógeno, graças a três variáveis conjugadas - organização em rede, território e tecnologia que apresentam como pano de fundo um conjunto de relações não mercantis: um conjunto de atores inter-relacionados privados, governamentais, da sociedade civil e instituições (ÁVILA, 2000).

A variável, que é o “território”, refere-se àquele território produzido pela rede articulada de atores no território vivido, gerador de um campo operatório de aprendizagem e reflexão, com potencial para produção constante de novos conhecimentos, portanto, um “campo de poder”, que também tem efeito de difusão no âmbito da realidade, considerada seu mundo (TARTARUGA, 2010).

Por esse processo, buscam-se constante adaptação e superação por meio de geração de inovações, com o suporte de competências coletivas construídas na rede de relações sociais. Nota-se que o desenvolvimento local no território de vida valoriza a dimensão humana e social, na medida em que amplia as opções das coletividades, não só para suas necessidades materiais, mas também pelas imateriais (ÁVILA, 2000).

Conforme lembra Boisier (2004), esse processo envolve benefícios imateriais, como maior liberdade de movimento e de expressão, ausência de opressão, de violência e de exploração que subjuga. Segundo o mesmo autor, as coletividades sentem que se potencializam e para caminharem nesse sentido passam a valorizar mais a coesão social e o direito de afirmar sua tradição e sua própria cultura.

De acordo com Ávila (2000) as coletividades por si só, incorporam a ideia de desenvolvimento integrado, humano e sustentável, este em suas diferentes dimensões. Por sua vez, como se pode depreender, a dimensão territorial contemplada no desenvolvimento local é

aquela do território local, vivido por uma ou mais coletividades, definido por uma mesma identidade e cenário de futuro.

Nesse sentido, o termo territorialidade se apresenta como uma maneira de se apropriar, fazer usos da terra, do território, o que se faz pelos significados e ressignificações que os sujeitos vão construindo em torno de suas experiências de vida em cada localidade (KOGA, 2003).

3.1 Desenvolvimento local

O Desenvolvimento Local, no entendimento de Junqueira (2000) é como um espaço dinâmico de ações locais, que tem como pressuposto a descentralização, com a participação comunitária, visando a promoção do desenvolvimento de comunidades capazes de suprir suas necessidades imediatas, descobrindo ou despertando para suas vocações locais e desenvolvendo suas potencialidades específicas.

Ávila (2001) definindo Desenvolvimento Local como um processo, destaca que o alvo central é o ser humano responsável por suas conquistas e derrotas, podendo dinamizar, ou não, o meio ambiente em que ocorrem as diversas alterações.

O desenvolvimento local tornou-se o processo adequado na promoção de ações complexas em territórios bem-definidos, capaz de privilegiar as particularidades do lugar, seja do ambiente natural, cultural, social e econômico, com a participação ativa dos atores locais, com apoio das instituições (BARQUERO, 1999).

Para Ávila (2000), o desenvolvimento local significa, portanto, o efetivo processo de desenvolvimento das capacidades, competências e habilidades da comunidade em um território, com identidade social e histórica definida, de modo que ela mesma, com apoio de agentes internos e externos, possa, por meio da solidariedade, agenciar e gerenciar os recursos disponíveis para solução de seus problemas, necessidades e aspirações.

Ainda de acordo com Ávila (2005), para se promover um processo endógeno emancipatório, esse tipo de agente pode cumprir um papel muito importante, tanto como disseminador do desenvolvimento local nas culturas institucionais e dos atores locais, quanto de pedagogo social no território em que atua.

Segundo Barquero (1999), o desenvolvimento local abordado como desenvolvimento endógeno dos anos de 1980 e 1990 caracterizou-se como política estratégica, que sucedia a política redistributiva dos anos de 1960 e 1970. Tinha como finalidade aproveitar os recursos existentes, de forma eficiente, para promover um sistema produtivo eficaz, portanto, mais competitivo e gerador de emprego e renda.

Essa atitude do agente de desenvolvimento local é, para Ávila (2005), a forma de implementar a cultura da capacitação individual e coletiva para o autodesenvolvimento emancipatório.

Um modelo de desenvolvimento, capaz de agenciar e gerenciar o aproveitamento dos potenciais próprios, assim como a metabolização comunitária de insumos e investimentos públicos e privados externos, visando à busca de soluções para os problemas, necessidades e aspirações, de toda ordem e natureza que mais direta e cotidianamente lhe dizem respeito (ÁVILA, 2000).

O processo registrado em pequenas unidades territoriais e agrupamentos humanos capaz de promover o dinamismo econômico e melhoria da qualidade de vida da população. Dá-se em um lugar que é tido como importante, a partir da demonstração de valor por parte dos sujeitos inseridos no respectivo contexto, compreendendo o espaço e o tempo (ROCHA *et al.*, 2006).

Segundo Junqueira (2000) é como um espaço dinâmico de ações locais, que tem como pressuposto a descentralização, e com a participação comunitária visando à promoção do desenvolvimento de comunidades capazes de suprir suas necessidades imediatas, descobrindo ou despertando para suas vocações locais e desenvolvendo suas potencialidades específicas.

O conceito de desenvolvimento local se apoia na ideia de que as localidades e territórios dispõem de recursos econômicos, humanos, institucionais, ambientais e culturais, além de economias de escalas não exploradas, que constituem seu potencial de desenvolvimento a política de assistência social é de fundamental importância ao exercício e ao planejamento de suas ações (SÃO PAULO, 2004).

Nessa perspectiva, Yasbek (1999) enfatiza que, na aproximação da Assistência Social com o indivíduo que dela faz uso, exigem-se conhecer elementos históricos presentes no cotidiano desse indivíduo. Outros foram o marcos transformador dessa nova versão, compreendendo-se que as realidades diferem-se umas das outras, de acordo com os bairros, cidades, Estados e regiões onde o indivíduo estiver inserido.

Para se entender o que se mostra dentro do que se propõe para desenvolver o local é preciso que a comunidade queira e esteja disposta a aceitar sua condição, abrindo a mente para compreender toda a especificidade de ser ajudado no sentido de alavancar a comunidade em questão (BUARQUE, 1994).

Nessa mesma linha de entendimento, Franco (2002) sublinha que o processo de desenvolvimento não é estático e sim dinâmico, gerador de mudanças sociais capazes de alterar os níveis de capitais (social e humano) ao definir uma estabilidade entre os agentes (sociedade civil, instituições públicas e privadas) envolvidos no processo.

O desenvolvimento local é visto como processo, pensado basicamente de forma integrada, sistêmica, agregando-se a sua abordagem, múltiplas dimensões (econômica, social, cultural, política, ambiental) e com características endógenas, pois deve partir de forças locais que se conjugam às demais. Privilegia os aspectos imateriais, como capital social, conhecimento, aprendizagem e a participação dos atores locais (DURSTON, 1999).

Os atores locais passaram a se capacitar para, de forma mais reflexiva e mais emancipada, proporem respostas inovadoras especificamente ajustadas a seu território vivido. Isso passou a se dar em um processo de reinvenção constante, por meio de geração de tecnologias e produtos específicos, tendo em vista um cenário futuro desejado pela coletividade (BARQUERO, 1999).

Em realidade, tanto Suárez (1996) quanto vários outros estudiosos do desenvolvimento vêm tendo clareza, especialmente diante da complexidade do mundo com a qual se passou a lidar diante da globalização, de que os fatores tradicionais da economia já não seriam mais suficientes para explicar o desenvolvimento.

A complexidade de situação do mundo passou a exigir dos lugares ações mais complexas que pudessem integrar ao mesmo tempo um conjunto de variáveis, não somente de natureza econômica e material, passou a ver a globalização como um novo paradigma que exige novas competências de mercado (BARQUERO, 1999).

As variáveis sociais e culturais passaram a ser valorizadas e nelas especialmente aquelas de natureza não mercantil, quais sejam as de capacidades imateriais. Pode-se referir, nesse caso, à identidade de grupo e com o local, participação social, a capacidade de agir em rede e, de forma cooperativa, de aprender coletivamente, de criar ações de coordenação e de fazer parcerias estratégicas e, consequentemente, inovar (AVILA, 2000).

Nestes contextos, há necessidade de se elaborar um plano junto com os cuidadores e a equipe, para garantir o desenvolvimento das capacidades adaptativas dos residentes para a vida diária e promover o acesso à rede socioassistencial inerentes aos demais órgãos de garantia de direitos às demais políticas, possibilitando o resgate de vínculos familiares e sociais e convívio comunitário (BRASIL, 2013).

3.2 Direito humano: ação local e a solidariedade ativa

O Desenvolvimento Local circunscreve-se à noção de desenvolvimento humano desenhado pela Organização das Nações Unidas (ONU), ditado pelas teorias sobre direitos humanos como requisitos de bem-estar e qualidade de vida, conceito de dimensões qualitativas e não quantitativas e, portanto de cidadania (OLIVEIRA, 2001).

Segundo a Constituição, todos têm direito à saúde, à moradia e à vida digna. Consta que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1993).

Para Aguirre (1997), a educação em direitos humanos não se reduz à leitura de tratados e documentos como um ato essencialmente abstrato, mas requer a capacidade de identificação com o sofrimento alheio e a capacidade de agir em sua direção à solidariedade ativa.

A educação em direitos humanos deve ser a prática de desenvolver e reafirmar compromissos humanos básicos: compaixão, confiança e comunicação. A ideia de exclusão moral, ou seja, o direito de quaisquer pessoas ou grupos não serem humilhados sistematicamente constituem pensamento fundamental quando se propugna o Desenvolvimento Local (SILVA, 1995).

Nesse contexto o que de fato contribuiu para sistematizar as ideias de Desenvolvimento Local são os indicadores de bem-estar social, modernização e tudo mais que possa remeter às formas de vida idealizadas pelas nações industrializadas (OLIVEIRA, 2001). Tudo isso equivale afirmar que a solidariedade que se dá de modo ativo no território é fator

primordial para que o desenvolvimento se caracterize como endógeno e, por conseguinte, local.

3.3 A educação e sua importância para uma comunidade local

Os Subsídios para as Diretrizes Gerais da Educação em Direitos Humanos destacam como dimensões da Educação em Direitos Humanos: ético, político e educacional. Na dimensão ética, os princípios da universalidade, do respeito à diversidade sociocultural, da autonomia do sujeito, da dignidade humana, da indignação e da capacidade ativa de solidariedade (SILVEIRA, NADER e DIAS, 2007).

No Desenvolvimento Local a própria comunidade mobiliza-se com suas capacidades, competências e habilidades para promover e conduzir suas ações na busca da melhoria da qualidade de vida, metabolizando a participação de agentes externos públicos e privados para que contribuam no processo evolutivo do local (ÁVILA, 2000).

A educação é considerada como uma das bases do desenvolvimento. A escola tem como missão educar para modificar a pessoa e a sociedade (FREIRE, 1994).

Dentre os vários conceitos de educação, destaca-se aqui o de Maturana (1999), para quem o ensino é um instrumento de preparação dos homens, percebido como um processo de interação que ocorre o tempo todo, confirmando o conviver em comunidade e apresentando os resultados de longa duração, suas características conservadoras, além de sua constituição como via de mão dupla no qual quem ensina é, ao mesmo tempo, ensinado.

Como propõe Paulo Freire (1994) esse processo abrange uma temática ampla, que vai além do ambiente escolar e a contextualiza no âmbito das práticas educativas também em espaços da comunidade.

A comunidade atendida, com reconhecimento e valoração dos saberes extracurriculares e efetivação de parcerias no trabalho educativo, atinge o maior contingente de pessoas em sua área de localização. Deve-se considerar que todos os participantes do processo educativo têm a capacidade de elaboração propostas para a melhoria da educação (BEZERRA *et al*, 2010).

Segundo Paro (1988), é preciso entender como se dá o envolvimento das pessoas que participam, se na execução, se na tomada de decisões. O que se observa é que o discurso de

participação quer entre políticos e administradores da cúpula do sistema de ensino, quer entre o pessoal escolar e direção, está muito marcado por uma concepção de participação atrelada ao momento da execução.

Em vista do exposto, é preciso entender que os cuidadores estão inseridos em comunidades e como tal deveriam submeter-se e participarem dos certames educacionais, visando o aprimoramento educacional. Há que se ter claro que o processo educacional resulta em melhor capacitação profissional com implicações diretas no atendimento de pessoas assistidas, particularmente aquelas portadoras de necessidades que requerem os trabalhos de cuidadores.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Caracterizar o trabalho dos cuidadores de portadores de necessidades especiais.

4.1 Objetivos específicos

- a) Caracterizar o perfil sócio demográfico dos cuidadores: idade, gêneros, grau de instrução, estado civil, renda;
- b) Caracterizar a capacitação dos profissionais cuidadores de portadores de necessidades especiais;
- c) Conhecer ação que os cuidadores utilizam para manter um estilo de vida saudável;
- d) Identificar possível violência no ambiente de trabalho.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipos de estudo

Este estudo foi realizado com os cuidadores das residências inclusivas da Secretaria de Direito Humano e Assistência e Trabalho de Mato Grosso do Sul (SEDHAST). Estão localizadas em sedes provisórias, de acordo com a seguinte organização: Unidade I mista - localizada em Campo Grande na Avenida Noroeste, nº 1222 Bairro Cabreúva e Unidade II destinada ao público feminino, está localizada em Campo Grande na Rua Lima Felix, nº 2 Bairro Jardim. Estudo de corte longitudinal retrospectivo e quantitativo.

5.2 Locais do estudo

São residências adaptadas para os residentes conforme suas necessidades dispondo de: três quartos, sala, cozinha, banheiros adaptados, varanda, além de cama adaptadas, mesas, televisão, cadeiras, sofá, ventiladores, aquecedor elétrico, ferro elétrico, máquina de lavar roupas, freezer, geladeira e armários, além de utensílio de cozinha mesa e banho. Para os cuidadores possui um quarto ou uma sala para guardar seus pertences como, por exemplo, bolsas. Em média trabalha em cada casa nove cuidadores na residência feminina e onze na residência mista. São onze residentes a grande maioria tem problema locomotor e esquizofrenia que residem na residência mista. Na residência feminina o residente possuir múltipla patologia mental surdocegueira só reside uma.

5.3 População alvo

Critério de inclusão todos os cuidadores que estavam trabalhando.

Critério de exclusão os cuidadores que estavam de atestado e de férias.

5.4 Considerações de ética

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob o número: 866.084 Os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a resolução nº 466/2012.

Todos os participantes aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido conforme no apêndice (TCLE) B

5.5 Coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado questionário (Apêndice A). O participante da pesquisa foi convidado a ler e assinar o TCLE (Apêndice B). E após assinado, responder o questionário.

6 RESULTADOS

Caracterização dos cuidadores da Secretaria de Estado de Direitos Humanos e Assistência social e Trabalho (SEDHAST 2014), a partir da análise de dados para os que foram entrevistados num total de 20 cuidadores.

Tabela n. 1: Características sócio demográfico dos cuidadores (n=20) da SEDHAST 2014

VARIÁVEL	CATEGORIA	Nº	%
GÊNERO	Masculino	1	19
	Feminino	19	91
IDADE	25 anos	1	7
	26 a 32 anos	5	50
	33 a 42 anos	14	43
GRAUS DE INSTRUÇÃO	Ensino Médio Completo	11	55
	Ensino Superior Incompleto	3	15
	Ensino Superior Completo	6	30
ESTADO CIVIL	Casado (a)	9	45
	Solteiro (a)	5	25
	Divorciado (a)	6	30
RENDAS	1 salário mínimo	6	30
	> que 1 salário mínimo	14	70

Fonte: SEDHAST (2014)

Verifica-se Tabela nº 1 que os cuidadores participantes da pesquisa são predominantemente do gênero feminino apenas 1 é do gênero masculino, com ensino médio completo (55%), a maioria é casado (a) (45%) e a rendas a maior que um salário mínimo atinge 70%. É evidente que a atividade de cuidador caracteriza-se fundamentalmente por ser uma profissão exercida por mulheres, uma vez que legalmente é classificado como emprego doméstico. Trinta por cento são portadores de diplomas de curso superior e outros cinquenta e cinco por cento do ensino

médio completo. Constatou-se que quatorze por cento recebem a remuneração equivalente a um salário mínimo, apesar de que a pesquisa não identificou se as pessoas que formam em contingente têm ou não o ensino médio ou superior completo.

6.1 Vínculos empregatícios da SEDHAST 2014

Tabela nº 2: Segundo vínculo empregatício cuidadores (n=20), da SEDHAST 2014

CATEGORIA DE ANÁLISE	Nº	%	MÉDIA	DESVIO PADRÃO (±)	MÁXIMO	MÍNIMO
Tempo de trabalho			61.5	72.5	(19 anos)	2 meses
Curso de capacitação						
Sim		85				
Não		15				
Contratado	17	80				
Concursado	5	20				
Horas de trabalhos						
12 por 36	14	70				
12 por 48	6	30				

Fonte: SEDHAST (2014)

Observa-se na Tabela nº 2 que o tempo de trabalho apresenta a média de 61,5 meses desvio padrão de (72,5) sendo 19 anos para o máximo e 2 meses para o mínimo. Verifica-se também que a maioria fez curso de capacitação (85%) e oitenta por cento relataram ser contratados. Quanto a jornada de trabalho setenta por cento disseram trabalhar doze horas e folgar trinta, e trinta por cento disseram trabalhar doze horas e folgarem quarenta e oito.

6.2 Estilo de vida dos cuidadores

Tabela nº 3: Estilo de vida dos cuidadores (n=20), da SEDHAST 2014

CATEGORIA DE ANÁLISE	SIM	NÃO
Atividades físicas Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que evolvam força e alongamento muscular	85%	15%
Comportamento preventivo Conhecem a própria Pressão Arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los. Fuma Consome bebidas alcoólicas Faz atividades性uais protegido	90% 25% 15% 95%	10% 75% 85% 5%
Relacionamentos e convívio social Você procura amigos e está satisfeito com seus relacionamentos na maioria das vezes	10%	90%
Controle do estresse Reserva tempo (ao menos 10 minutos) alguns dias da semana para relaxar Mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado.	85% 90%	15% 10%
Agressão por parte do (a) residente Já sofreu agressão	5%	95%

Fonte: SEDHAST (2014)

A Tabela nº 3 apresenta os dados do estilo de vida dos cuidadores, os quais revelam que 85% praticam ao menos duas vezes por semana atividades que envolvem alongamento muscular, 90% disseram conhecer a própria pressão arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los e 75% responderam que não fumam. Já 85% responderam que não fazem consumo de bebida alcoólica. Outros 95% responderam que fazem atividades sexuais protegidos e 90% disseram não estar satisfeitos com seu relacionamento, e 85% responderam que reserva ao menos 10 minutos alguns dias da semana para relaxar e 90% responderam que mantém uma discussão sem alterar-se mesmo contrariado e 5% disseram ter sofrido agressão por parte do residente.

7 DISCUSSÃO

Este estudo analisou a caracterização do trabalho dos cuidadores de pessoas portadoras de necessidades especiais em residências inclusivas, em uma amostra de vinte participantes, que desempenhavam essa atividade em instituição pública.

Em consonância com os resultados vê-se que há prevalência de pessoas do gênero feminino exercendo a atividade em questão (GARRIDO; MENEZES, 2004; GONÇALVES *et al.*, 2006; LEMES; GAZOLA; RAMOS, 2006; LUZADO; GORINI; SILVA, 2006; GARRIDO; ALMEIDA, 1999). Segundo Ellis; Hartley (1998), esse fato pode ser explicado pelo papel histórico e cultural que é atribuído à mulher, que no passado restringia-se a cuidar das atividades domésticas, do marido e dos filhos, incumbida de tudo que se relacionasse ao cuidar do outro. Com base na cultura e na tradição a mulher tem forte papel no cuidar, zelar pelo bem estar de seus entes queridos seja enfermo ou não. Essa predominância é observada entre os profissionais da saúde, particularmente enfermeiros, que é uma categoria formada basicamente por mulheres (MACHADO, 2000; PEREIRA; CARVALHO, 2007).

Observou-se que maioria dos cuidadores são jovens, sendo que um dos requisitos para ser contratado como cuidador é ter idade acima de 25 anos, embora não seja estabelecido um limite máximo (BRASIL, 2013). Segundo Ribeiro et al (2008) em um estudo realizado numa instituições, constataram que poucos cuidadores possuíam mais de 55 anos, devido a exigência física dessa função, assim, a idade é um aspecto importante na atividade de cuidador.

Quanto ao nível de escolaridade dos cuidadores, Azevedo *et al* (2011), afirmam que os com menor nível de escolaridade costumam ter mais dificuldade de compreensão para o bom desempenho profissional. Para ele é preciso buscar aprimorar os conhecimentos, visando à qualificação profissional ou pessoal. Por sua vez, segundo Costa et al (2015) o baixo grau de escolaridade é um fator muito importante, que na maioria das vezes, está relacionado à baixa renda.

Em relação ao estado civil, os resultados deste estudo coincidem com os encontrados por Kluthcovsky e Takayanagi (2007) e Gonçalves et al (2006), demonstrando a prevalência de cuidadores casados. O valor do trabalho de cada um dos cônjuges, consolidando com a ideia do quanto é importante, além do retorno financeiro, oportuniza reconhecimento e a

valorização, revelando-se como fonte de gratificação e crescimento, mesmo frente à evidente inserção feminina no mundo do trabalho (SOUZA *et al.*, 2007).

Ao se tratar da questão de renda, percebe-se que alguns cuidadores só consideram como trabalho aquilo que é formal ou resulta em um salário. Talvez isso ocorra porque uma das grandes barreiras, quanto à expectativa por parte dos pais, está no *status* que o trabalho ou ocupação (REGEN; ARDORE; HOFFMANN, 1993).

Quanto ao tempo de trabalho na função de cuidador, a permanência mais longa no emprego está associada a melhores condições de trabalho. Por sua vez, uma elevada movimentação de admissões e demissões costuma estar ligada a um baixo investimento dos empregadores na formação dos seus trabalhadores e, em segundo lugar, a um compromisso ou relação frágil entre empregados e as empresas (BALTAR, 1998).

Sobre a capacitação profissional a SEDHAST em parceria com o Corpo de Bombeiro de Campo Grande/MS, realizou alguns cursos de capacitação de primeiros socorros e de como agir em caso de incêndio, o uso do extintor, a grande maioria dos cuidadores disse ter realizado cursos. De acordo com Mendes, Miranda e Borges (2010) e Wanderley, et al. (1998) cuidadores formais são remunerados, com ensino médio completo. Todavia, os cuidadores considerados informais, são membros da família, sem nenhum tipo de formação profissional ou preparação e sem remuneração. Por sua vez o cuidador formal é aquele que tem vínculo empregatício, sendo um profissional de saúde, responsável pelas ações de cuidado.

A capacitação no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) deve primar pelo investimento em múltiplas formas de execução, adotando instrumentos criativos e inovadores, metodologias que favoreçam a troca de experiências e tecnologias diversificadas como: ensino à distância, vídeos, teleconferências, elaboração de material didático, cartilhas, entre outros. Supervisões que acontecem com encontro semanais e quinzenais de uma hora e meia neste período devem acontecer, dois grupos de supervisão e algumas supervisões individuais (BRASIL, 2006).

Observado o vínculo empregatício o servidor público contratado por tempo determinado para atender o excepcional interesse público e constitui uma categoria específica (SERTÃO, 2011). Por sua vez o concursado é o servidor efetivo ou estatutário, denominado funcionário público municipal, estadual ou federal, legalmente investida em cargo público, do quadro permanente (BRASIL, 2008a).

Sobre as horas de trabalho dos cuidadores, de acordo com o fato de o cuidador prover

cuidados por 24 horas ao dia ao indivíduo dependente, pode causar estresse social ao cuidador e levar ao afastamento de suas funções. As convenções e acordos coletivos poderão prever jornada especial de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso para o trabalho de cuidador (BRASIL, 2015).

Quanto à realização de exercícios físicos ao menos duas vezes por semana envolvendo força e alongamento muscular a maioria disse que sim. Os benefícios da atividade física para a saúde estão bem documentados e desempenham um importante papel na prevenção de doenças crônicas como as cardiovasculares (GASPAROTTO, *et. al.* 2013). E, nas respostas, se não faz nenhum tipo de exercício, alguns responderam que não fazem nenhum tipo de exercício físico. A inatividade física é um dos grandes problemas de saúde pública na sociedade moderna, sobretudo quando considerado que a população adulta não atinge os níveis mínimos recomendados de atividade física (BOOTH; GORDON; CARLSON; HAMILTON, 2000). Para Pozena (2009), o sedentarismo representa um dos principais fatores de risco à saúde, causando um grande impacto na saúde pública, ocasionando o aparecimento de doenças degenerativas não transmissíveis.

Em relação ao estilo de vida dos cuidadores, quando perguntados se conhecem a própria pressão arterial, seus níveis de colesterol e se procura controlá-los, a maioria disse que sim. Níveis elevados de lipídios (gordura) no sangue, principalmente do colesterol e dos triglicerídeos, podem acarretar dislipidemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

No tocante ao hábito de fumar apenas uma pessoa respondeu afirmativamente. Para Celich e Spadari (2008) os efeitos agudos e crônicos do fumo e álcool são prejudiciais na capacidade de desempenho corporal, principalmente no que se refere à resistência física. Outros três cuidadores responderam que consomem bebidas alcoólicas. Pode-se afirmar que o fumo e o álcool prejudicam de inúmeras formas a saúde e a capacidade de desempenho (FREITAS, *et al.*, 2011; SILVEIRA, 2000).

Sobre os cuidados relativos às atividades sexuais a grande maioria respondeu que sim e apenas um disse que não se cuida. Segundo Moraes (2001), as doenças sexualmente transmissíveis (DST) são moléstias infecto-contagiosas transmitidas pelo contágio direto durante o ato sexual que, há milênios, acompanham a humanidade.

Quanto às perguntas se o cuidador procura amigos e se está satisfeito com seus relacionamentos na maioria das vezes, a maior parte respondeu que não. Segundo Ornishi

(1996), os relacionamentos dos indivíduos representam um dos componentes fundamentais do bem-estar espiritual e, por consequência, de qualidade de vida. De acordo com Nahas (2001), Guisilini (1996), Ghorayeb e Barros Ribeiro, (2008) o relacionamento do indivíduo com as pessoas à sua volta e com a natureza representa um dos componentes fundamentais do bem estar espiritual e, por conseqüência, da qualidade de vida de todos os indivíduos. Os cuidadores atribuem sua vontade e seu compromisso à solidariedade com o companheiro(a) de vida, ao desejo de retribuir os cuidados recebidos na infância, o horror ao asilamento e à ausência de alternativas (KARSCH, 1998).

Battison (1998), afirma que o estresse é uma combinação de sensações físicas, mentais e emocionais que resultam das pressões, preocupações e ansiedade. E, nas respostas relativas à reserva tempo de pelo menos 10 minutos alguns dias da semana para relaxar, a grande maioria disse que sim. Alguns autores arriscam afirmar que o estresse é o tempero da vida. A ausência de estresse é, pois, a própria morte e de fato, em doses adequadas, é o estresse que nos mantém vivos e em constante adaptação (NAHAS, 2001).

Nas respostas relativas à manutenção da calma durante uma possível discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado, a grande maioria respondeu afirmativamente. Segundo Lipp (2001) o estresse caracteriza-se por uma resposta do organismo, expressa por meio de manifestações de natureza física e psicológica que podem ocorrer frente a situações que causem instabilidade de humor, medo ou insegurança e ansiedade. O papel de cuidador é mais estressante em cuidadores do sexo feminino, predispondo as mulheres a mais problemas e conflitos, pelo investimento que estas fazem nas relações interpessoais (PEGORARO; CALDANA, 2008).

Com relação à possível agressão por parte dos residentes, alguns responderam que há esse tipo de problema. Todavia, salienta-se que a violência no local de trabalho vem sendo definida como incidentes no qual os trabalhadores são insultados, ameaçados, agredidos ou sujeitos a outros comportamentos ofensivos nas circunstâncias relativas ao seu trabalho (MORENO; MORENO, 2004). Os incidentes violentos que incluem lesões, estresses, ausências por doença e mau desempenho profissional, podem ser extremamente graves, tanto para os indivíduos quanto para as organizações (BRASIL, 2000). Alguns cuidadores sentem medo nos episódios de crise, mas mesmo sem preparação técnica ou emocional específica aprenderam como lidar com estas situações no dia a dia da residência e consideram-se capazes de lidar com o cotidiano do serviço. A aparente aflição inicial e a insegurança que relataram sentir sobre os primeiros momentos de sua atuação no serviço residencial cederam

lugar à satisfação de atuar na casa (SILVEIRA; AVELLAR, 2009). No Brasil, o Ministério da Saúde, reconhecendo a magnitude do problema dos acidentes e violências para a saúde pública, elaborou a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência (BRASIL, 2000).

8 CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa evidenciaram que os cuidadores da SEDHAST são jovens do gênero feminino, com diversificado nível de escolaridade, o que vai do ensino médio completo ao superior completo, sendo que a maioria relata ser casado(a). A renda *per capita* flutua em torno do salário mínimo. Quanto ao tempo de serviço dos cuidadores vê-se que há alta rotatividade. Identificou-se que a maioria disse ter recebido orientações no trabalho, por meio de curso de capacitação para cuidadores, realizado pela SEDHAST. Constatou-se que a Secretaria se preocupa com a qualidade do trabalho de seus funcionários. E, ainda foi constatado que a grande maioria disse serem contratados e por isso trabalham 12 por 36 horas e horários diferenciados dos concursados que cumprem a carga horária conforme o próprio concurso.

Foi observado que a maioria dos cuidadores pratica alguma atividade física por semana, sendo que alguns relataram não praticar nenhuma atividade física. Foi observado que quanto ao relacionamento e convívio, a maioria afirma não estar satisfeita. No controle do estresse observou-se que todos buscam o devido controle. Quando questionados se já recebeu algum tipo de agressão por parte dos residentes alguns admitiram tem sofrido algum tipo de agressão.

Portanto, é impreterível a adoção de estratégias que representem suporte profissional para a capacitação, cujos estudos precisam ser incentivados, porquanto indicam as etapas, as características e principalmente o desenvolvimento do processo de cuidado por se tratar de cuidadores de pessoas com necessidades especiais é de importância uma equipe supervisora de enfermeiros ou médicos para dar suporte para estes cuidadores, pois estes profissionais fazem manipulação de medicações de uso controlado (tarja preta), precisam de um suporte técnico. Além de investigações futuras devem estar voltadas para a qualidade de vida destes profissionais com acompanhamento psicológicos no mínimo em cada seis meses.

REFERÊNCIAS

- AGUIRRE, Luiz Perez. Educar para os direitos humanos: o grande desafio contemporâneo. **Rede Brasileira de Educação em Direitos Humanos.** São Paulo, v.1, 1997. Disponível em:< <http://www.dhnet.org.br/educar/redeedh/bib/aguirre.htm>> Acesso em: 21 jul. 2015.
- ARANHA, Maria Salete Fabio. **A deficiência através da História. Trabalho e Emprego:** Instrumento de Construção da Identidade Pessoal e Social. Série Coleção Estudos e Pesquisas na Área da Deficiência, SORRI-BRASIL, São Paulo, v.9, n.1, p. 35-40, 2003.
- ÁVILA, Vicente Fidelis. Pressupostos para Formação Educacional em Desenvolvimento Local. Interações. **Revista Internacional de Desenvolvimento Local.** Campo Grande, v.1, n.1, p. 63-76, 2000.
- _____. **Cultura de Sub/Desenvolvimento e Desenvolvimento Local.** 2ed. Sobral: Edições UVA, 2005.
- _____. (coord.). **Formação educacional em desenvolvimento local:** relato de estudo em grupo e análise de conceitos. Campo Grande: UCDB, 2001, p. 67.
- AZEVEDO, Maria de Fátima Menezes et al. Perfil do conhecimento de cuidadores de pacientes pediátricos sobre medicamentos prescritos. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 32, n. 2, p. 245-49, 2011.
- BARQUERO, A.V. El desarollo local:uma estratégia para el nuevo milênio. **Revista Estudios Cooperativos**, n. 68, p. 15-23, 1999.
- BALTAR, Paulo Eduardo Andrade; PRONI, Marcelo Weishaupt . (Org.). Sobre o Regime de Trabalho no Brasil: rotatividade da mão de obra, emprego formal e estrutura salarial. In: OLIVEIRA, C. A. B.; MATTOSO, J. E. L. **Crise e trabalho no Brasil:** modernidade ou volta ao passado. São Paulo: Scritta, p.109-49,1996.
- BATTISON, Toni. **Vença o estresse, o homem moderno.** São Paulo: Manole, 1998.
- BEZERRA, ZEDEKI FIEL et al . Comunidade e escola: reflexões sobre uma integração necessária. Educar em revista. Curitiba, n.37, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-40602010000200016&script=sci_arttext> Acesso em: 23 jun 2015.
- BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano:** compaixão pela terra. 14. ed. Petropolis: Vozes, p.90, 1999.
- BOOTH, F.W.; GORDON, S.E.; CARKSIBM C.J.; HAMILTON, M.T. Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. *Journal of Applied Physiology*, Bethesda, v.88, n.2, p.774-87, 2000. Disponível em:< <http://jap.physiology.org/content/88/2/774>> Acesso em: 21abr 2015.
- BOISIER, S. Desarrollo territorial y descentralización. El desarrollo en el lugar y en las manos de la gente. Revista Eure. v. 30, nº 90, p. 27, Santiago de Chile, 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.cl/pdf/eure/v30n90/art03.pdf>> Acesso em: 30 de jul. 2015.

BUARQUE, Sergio. C; BEZERRA, Lucila. Projeto de desenvolvimento municipal sustentável - bases referenciais. **Projeto Áridas**, Recife, 1994. Disponível em:<https://books.google.com.br/books?id=C1OCgSDw_owC&pg=PA98&lpg=PA98&dq> Acesso em: 29 mar. 2014.

BRASIL, Mato Grosso Do Sul. **Lei nº 1.102, 15 de outubro de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Poder Executivo, das Autarquias e das Fundações Públicas do Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. MatoGrossodoSul1990. Disponível em:<<https://www.legisweb.com.br/legislação/?ide=13494>> Acesso em: 13 abr. 2015.

_____. Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993. **Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências**. 1993. Brasília, DF, n7. Jul. 1993.

_____. Ministério da Saúde. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Caderno Saúde Pública**, v.16, n. 2, p.449, 2000.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas-SP. **Manual Para Cuidadores Informais de Idosos**. Campinas, 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome Secretaria Nacional De Assistência Social. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Suas Nob-Rh Suas**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília DF. 2008a.

_____. BRASIL. Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do Cuidador. Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília, DF, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Brasil**, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome Conselho Nacional de assistência Social. Brasília, DF, 11 nov. 2009a.

_____. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. Governo do Estado de São Paulo. **Manual dos formadores de cuidadores de pessoas idosas**. São Paulo SP. 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 793**. Rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde, em 24 de Abril de 2012. Brasília, DF, 2012a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS. Serviço De Acolhimento Institucional Para Jovens e Adultos com Deficiência em Residência Inclusiva. Brasília DF. 2012 b. Disponível em:<<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/mural/arquivos/termo-de-aceite-residencia-inclusiva-3.pdf/view?searchterm=residencia%20inclusiva>> Acesso em: 11 julho 2015.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República - **SDH/PR** Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência – SNP. Brasília, 2012c. Disponível em:<<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/viversemlimite>> Acesso em 01.06.15.

_____. Secretaria de Estado de Direitos Humanos Assistência Social e Trabalho. **Residências Inclusivas**. Campo Grande MS, 2013.

_____. Presidência da República. **Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Lei Complementar N° 150, de 1º julho de 2015. Capítulo I do Contrato de Trabalho Doméstico. Brasília DF. 2015.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Revista Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, nº3, p.773, 2003. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>> Acesso em: 7 jul.2015.

CALDEIRA, A. P. S.; RIBEIRO, R. C. H. M. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. **Revista Arquivo Ciência Saúde**, v.11, n. 2, p.2-6, 2004.

CELICH, Katia Lilian Sedrez; SPADARI, Gessiel. Estilo De Vida E Saúde: Condicionantes De Um Envelhecimento Saudável. Revista Cogitare Enfermagem. Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em:< <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/12497/8559> > Acesso em 17 jun 2015.

COSTA, Tatiana Ferreira da et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico. **Revista de Enfermagem Ana Neri**, João Pessoa, v.19, n.2, p. 350-5, 2015.

DIAS, Ernesta Lopes Ferreira; WANDERLEY, Jamiro Silva da; MENDES, Roberto Teixeira. **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar**. Campinas: Ed. 2 Unicamp, p. 141, 2002.

DURSTON, John. Construyendo capital social comunitário. **Revista de la CEPAL**, Santiago de Chile, n. 69, v.2, p. 103-118, 1999.

ELLIS, Janice Rider; Hartley, Celia Love. **Enfermagem contemporânea**: desafios, questões e tendências. Trad. de Maria Virgínia Godoy da Silva. 5. ed., Porto Alegre: Artmed. 1998.p.447-78.

FRANCO, Augusto. Pobreza e desenvolvimento local. Brasília. Agencia de Educação para o Desenvolvimento e ARCA Sociedade do conhecimento, 2002. Disponível em:< <http://pt.scribd.com/doc/99606710/Pobreza-Desenvolvimento-Local#scribd>> Acesso em: 25 jun. 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1994. p. 58.

FREITAS, Jonathan. Souto. et al. A motivação de participantes do espaço oriental desenvolvido pela Secretaria de Esporte e Lazer de Fortaleza para a prática de Tai Chi Chuan. **VI Congresso de Pesquisa e Inovação da Rede Norte e Nordeste de Educação Tecnológica**. Natal, 2011.

GASPAROTTO, Guilherme da Silva, et al. Associação entre fatores sociodemográficos e o nível de atividade física de universitários. Revista Brasileira Ciência e Movimento, v. 21, n. 4,

p. 30-40, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?Pid=S0104-11692013000300687&script=sci_arttext&tlang=pt> Acesso em 13 mai. 2015.

GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriatrício. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 314-22, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600012> Acesso em: 11 jul. 2015.

GARRIDO, Regiane; ALMEIDA, O. Distúrbio de comportamento em paciente com demência. **Arquivo neuropsiátrico**, São Paulo, v, 52 n.2, p.427-34, 1999.

GEHLEN, IVALDO. Território, Cidadania, Identidades e Desenvolvimento Local Sustentável. **Publicado In Riella, Alberto Glabolización**, desarrollo y territorios menos favorecidos. Montevidéu. Universidad de La República, p.265- 83. 2006. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/pgdr/arquivos/650.pdf>> Acesso em:3 abr.2015.

GHORAYEB, Nabil; BARROS, NETO, Turíbio Leite. **O Exercício: Preparação Fisiológica – Avaliação Médica- Aspectos Especiais e Preventivos**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 289

GONÇALVES, L.H.T.; AVAREZ, A. M.; SANTANA, L.W.S. VICENTE, F.R. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis: **Texto contesto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, 2006, p.570-77.

GUISELINI, Mauro Antonio. **Qualidade de vida**, 2 ed. São Paulo: Gente, 1996, p. 23.

NAHAS, Markus V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo. Midiograf, Londrina, 2001.

KARSCH, U. M. S. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. **Revista Caderno de Saúde Pública**. São Paulo, v.19, n.3, p.861, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15890.pdf>> Acesso em: 2 set. 2014.

_____. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 861, 2003.

KOGA, D. **Medidas de cidades**: entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2003.p. 234.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida – aspectos conceituais. **Revista Salus, Guarapuava**,v.1, n.1, p.13-15, 2007.

JUNQUEIRA, R. G. P. Agendas Sociais: desafio da intersetorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável. In: RAP. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n. 34, p.47, 2000.

LE BOURLEGAT, Cleonice Alexandre. Desenvolvimento local na abordagem territorial do atual sistema-mundo. In: TREMBLAY, Gaetan; VIEIRA, Paulo Freire (Orgs.). **O papel da universidade no desenvolvimento local**. Florianópolis:Ed APED, p.107 2011.

LEAL, Maria das Graças Sobrinha. O desafio da longevidade e o suporte ao cuidador. Revista Terceira Idade, São Paulo, v.11, n.20, p. 119-29, 2000. Disponível em:<<http://issuu.com/cuidardeidosos/docs/odesafiodalongevidadeosuporteaoocuidador>> Acesso em: 24 mai. 2014.

LEMES, N. D.; GAZOLA, J. M.; RAMOS, L. R. Cuidado do paciente com Alzheimer. O impacto da doença no cuidador. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 15, n. 3, p.170-77, 2006.

LEVY, Charmain; JOYAL, André. Desenvolvimento local: histórico dos conceitos de desenvolvimento e governança local. In: TREMBLAY, Gaetan; VIEIRA, Paulo Freire (Orgs.). **O papel da universidade no desenvolvimento local**. Florianópolis: APED, 2011, p.81-106.

LIPP, E. M. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.28, n.6, p.347- 49 2001.

LIMA-COSTA, Maria. Fernanda; FIRMO, Josélia Oliveira Araujo.; UCHÔA, Elizabeth. A estrutura da auto avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. Revista de saúde pública. Belo Horizonte, v. 38, n. 6, p. 827-34, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415790X2013000300559&script=sci_arttext&tlang=pt> Acesso em 24 mai.2014.

LLORENS, F. Albuquerque. Innovación, transferencia de conocimientos y desarrollo económico territorial: una política pendiente. **Revista ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura**, v.184, n.732, p. 687-700, 2008.

LUZADO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S.S. Característica do idoso com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de caso em serviço de neurologia. **Revista Texto e contesto de Enfermagem**, São Paulo, v.15 n.4, p. 587-94. 2006.

MACHADO, Maria Helena. **Perfil dos médicos e enfermeiro do Programa de Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MASON, A. et al. The effectiveness and cost-effectiveness of respite for caregivers of frail older people. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 55, p. 290, 2007.

MATURANA, H. **Emoções e linguagens na educação e na política**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

MASSON, Letícia Pessoa; BRITO, Jussara Cruz de; SOUZA, Regiane Nazaré Pimentel de. O trabalho e a saúde de cuidadores de adolescentes com deficiência: uma aproximação a partir do ponto de vista da atividade. Revista Saúde Sociedade, v.17, n. 4, São Paulo, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000400008&script=sci_arttext> Acesso em: 11 jul. 2015.

MAZZA, Márcia Maria Porto Rossetto; LEFÉVRE Fernando. A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. São Paulo, v.13, n.3,2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300008> Acesso em 7 jun.2014.

MCGRATH, P. et al. 'It's very difficult to get respite out here at the moment': Australian findings on end-of-life care for Indigenous people. *Health & Social Care in the Community, Journal Citation Reports*, v. 14, p. 147, 2006.

MENDES, Gabriel André da Silva. O perfil socioeconômico- cultural de um grupo de cuidadores de idosos, na região metropolitana de São Paulo. *Revista PIBIC*, v.5, n.6, p.61-77. São Paulo. 2011. Disponível em: <<http://www.unifieo.br/files/download/site/PIBIC/IniciacaoCientifica/0906fisgm.pdf>> Acesso em: 11 de jul. 2015.

MENDES, G. D.; Miranda, S.M.; Borges, M.M.M.C. Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. *Revista Enfermagem Integrada*, Ipatinga, v.3, n.1, p. 408, 2010.

MORAIS, V. O. et al. Doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e uso/abuso de substâncias psicoativas na adolescência. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, v.77, sup.1, 2001.

MOREIRA, Marcia Duarte; CALDAS, Célia Pereira. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro, v.11, n.3, Set. 2007.

MORENO, Lucina Contrera; MORENO, Maria Ines Contrera. VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM ENFERMAGEM: um novo risco ocupacional. *Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília*, v.57, n.6, p.746, 2004.

NAHAS, Markus Vinícius. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida. Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo, Londrina: Midio graf, p. 289, 2001.

ORNISH, Dean. **Reversing Heart Disease**. New York: Ivy Books. 1996.

OLIVEIRA, Francisco. Aproximações ao enigma: o que quer dizer desenvolvimento local? Polis. Programa Gestão Pública e Cidadania/Eaesp/FGV, São Paulo, v. 2, n.3, 40 p 2001,. Disponível em:<<http://www.polis.org.br/uploads/1144/1144.pdf>> Acesso em: 23 jun 2015.

PARO, V. E. **Administração escolar**. São Paulo: Cortez, 1988, p.59.

PEGORARO, R. F. ;CALDANA, R. H. L. Mulheres, Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Revista Saúde Sociedade*, v.17, n.2, p. 82-94, 2008.

PEREIRA, M. G.; CARVALHO, H. **Questionário Sóciodemográfico para idosos - Versão de Investigação**. Universidade do Minho, Braga, Portugal. 2007.

PECQUEUR, Bernard; ZIMMERMANN, Jean Benoît. **Les fondements d'une économie de proximités**. Economie de proximités, Paris, Editions Lavoisier, 2004.

PIERSON, Donald. **Teoria e pesquisa em sociologia**. 11. ed. Revista e ampliada. São Paulo: Melhoramentos, 1968.

POZENA, Regina; CUNHA, Nancy Ferreira da Silva. Projeto "Construindo um Futuro Saudável através da prática da atividade física diária". *Revista Saúde e Sociedade*, v.18, supl.1. São Paulo, SP, 2009.

REGEN, M.; ARDORE, M.; HOFFMANN, V. M. B. **Mães e filhos especiais. Relato de experiência com grupos de mães de crianças com deficiência.** Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, 1993.

RIBEIRO, M. T. F. *et al.* Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. **Revista Ciência Saúde Coletiva.** v.13 , n.4. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400025 > Acesso em: 24 jun. 2015.

RIBEIRO NETO, Pedro Machado; AVELLAR, Luziane Zacché. Conhecendo os cuidadores de um serviço residencial terapêutico. **Revista Periódico Eletrônico em psicologia,** v.7, n.13, Barcelona, 2009. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000200008 > Acesso em: 23 de jul. 2015.

RODRIGUES, A. O. Cuidadores de idosos e sua representatividade social. III Encontro mineiro de estudos em ergonomia viii simpósio do programa tutorial em economia doméstica. Universidade Federal de Viçosa. MG 2013. Disponível em < <http://www.ded.ufv.br/workshop/docs/anais/2013/Aline%20de%20Oliveira%20Rodrigues%20-%20%20%20%20%20%20Tem%C3%A3tica%20Envelhecimento.pdf> > Acesso m 10 jun 2015.

ROCHA, R. M. et al. Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local. Qualificação de Gestores do SUS. São Paulo, 2006. Disponível em: < http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_909630973.pdf > Acesso em: 19 mar. de 20014.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado.** 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.p. 50-56.

SÃO PAULO. Estratégias de desenvolvimento local: Coordenadoria de Assistência Técnica do Governo do Estado de São Paulo. 2005. Disponível em: < http://www.cati.sp.gov.br/novacati/pemh/doc_pub/Estrategias%20de%20Desenvolvimento%20Local.pdf > Acesso em 6 out 2014.

SERTÃO, Alex Sandro Lial. **Contratação de pessoal no serviço público.** Assessor Jurídico. 2. ed. Parnaíba:TCE. 2011. p. 232.

SILVA, Ivone Paz da. **As relações de poder entre o adulto dependente e a mulher cuidadora.** 1995. 124 f. Dissertação Mestrado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.

SILVEIRA NETTO, E. **Atividade Física para Diabéticos.** 2. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2000. p. 243.

SILVEIRA, Rosa Maria Godoy; NADER, Alexandre Antonio Gili; DIAS, Adelaide Alves. **Subsídios para a elaboração das diretrizes gerais da educação em direitos humanos – versão preliminar.** João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento St (II Edição, 2007) – Atualização 2013/2014. Arquivo Brasileiro de Cardiologia,

São Paulo, v.102, n.2, p.16-59. 2014. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2014/Diretriz_de_IAM.pdf> Acesso em: 22 de jul. 2015.

SUARES, Marines. **Mediación.** Conducción de disputas, comunicación y técnicas. Buenos Aires: Editora Paidós SAICF, 1996.

SOUZA, Nadir Helena Sanchotene et al. **Famílias com casais de dupla carreira e filhos em idade escolar:** estudo de casos. Rio Grande do Sul, n. 26, p.109, 2007.

SPRIOLI, Neila; COSTA, Maria Cristina Silva. Cuidar em novo tempo: o trabalho de cuidadores com pacientes psiquiátricos em moradias. Revista Latino América, v.19, n.8. Set/out.2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_13.pdf> Acesso em 11 de julho 2015.

SHAW, C. et al. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v. 13, p. 1- 224, 2009.

TARTARUGA, Ivan G. P. **As inovações nos territórios e o papel das universidades:** notas preliminares para o desenvolvimento territorial no Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser, dez. 2010. p.1-24.

THOBER, Evelise; CREUTZBERG, Marion; VEIGAS, Karin. Nível de dependência e cuidador no âmbitos domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.4, p.438, 2005. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019627011>> Acesso em: 3 jan 2014.

VAN EXEL, J.; GRAAF, G. de; BROUWER, W. Give me a break! Informal caregiver attitudes towards respite care. **Health Policy**, v. 88, p. 73, 2008.

VENTORIN, Virginia. **A Pessoa com deficiência:** do nascimento ao ensino superior. Dissertação (Especialização em docência do ensino superior) Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel. 2005.

WANDERLEY, M.B. et al. **A Publicação do papel do cuidador domiciliar Brasília. Secretaria de Assistência Social/ MPAS IEE/PUC-SP;** São Paulo 1998.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar Expressão Humanizadora da Enfermagem.** 3. ed. São Paulo: Vozes, 2010.p.139.

YASBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social.** 3. ed. São Paulo:Cortez, 1999. p.184.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário

- 1) Idade () 25 () 26-32 () 33-42
- 2) Sexo F () M ()
- 3) Grau de escolaridade: Ensino médio completo ()
Ensino superior incompleto ()
Ensino superior completo ()
- 5) Estado civil solteiro(a) () casado(a) ()
- 6) Renda:
() 1 salário mínimo
() > que 1 salário mínimo
- 7) Tempo de trabalho na profissão : _____ anos, _____ meses
- 8) Já fez curso de capacitação: sim () não ()
- 9) Tipo de vínculo empregatício: concursado () contratado ()
- 10) Horas de trabalho: 12/48 () 12/36 () outros especificar horas ()

12) Atividade Física

ATIVIDADES	Sim	Não
Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que evolvam força e alongamento muscular		
No seu dia-a-dia você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa escadas ao invés do elevador		
Não faz nenhum tipo de exercícios		

13) Comportamento preventivo

ATIVIDADES	Sim	Não
Conhece a própria Pressão Arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los.		
Fuma		
Consome bebidas alcoólicas		
Cuidados relativos às atividades sexuais		

14) Relacionamentos e convívio social

ATIVIDADES	Sim	Não
Você procura amigos e está satisfeito com seus relacionamentos		

15) Controle do Estresse:

ATIVIDADES	Sim	Não
Você reserva tempo (ao menos 10 minutos) alguns dias da semana para relaxar		
Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado.		

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente pesquisa tem por objetivo caracterizar o cuidador vinculado à Secretaria de Estado de Direitos Humanos e Assistência social e Trabalho (SEDHAST), visando a coleta de dados mediante a aplicação de um questionário, aplicado pela própria pesquisadora no mês de Dezembro de 2014.

As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente na elaboração de uma dissertação de mestrado no Programa de Mestrado em Desenvolvimento Local em Contexto de Territorialidade da UCDB, sob a orientação do Prof. Dr Heitor Romero Marques [email: heiroma@ucdb.br] e será mantido o anonimato dos participantes. Será garantida total liberdade quanto à possibilidade de recusa na participação, podendo solicitar esclarecimento sobre quaisquer duvidas durante pesquisa com acesso aos resultados obtidos.

Igualmente, garante-se que os dados obtidos na coleta via questionário, serão utilizados exclusivamente para fins científicos e em momento algum será dada publicidade fora do acadêmico.

Declaro ter sido informado (a) sobre as finalidades e o desenvolvimento da pesquisa e concordo em participar da mesma. Tenho a ciência de que poderei desistir da mesma em qualquer momento.

Campo Grande de 2014.

Assinatura do participante

Carla Regina Meireles da Silva
Tel 91156940

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADORES NA INSERÇÃO SOCIO-EDUCACIONAL DE PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS

Pesquisador: Carla Regina Moreles da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34003614.3.0000.5162

Instituição Proponente: Universidade Católica Dom Bosco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 866.064

Data da Relatoria: 05/11/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa com a finalidade de conhecer o perfil do Cuidador de pessoas das "especiais" junto à SETAS de Mato Grosso do Sul, objetivando a elaboração de uma dissertação de mestrado junto ao Programa de Mestrando em Desenvolvimento Local em Contexto de Territorialidade, da UCB.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar o conhecimento dos cuidadores na ação de cuidados das portadoras de necessidades especiais ; Identificar o perfil social dos cuidadores de pessoas portadoras de necessidades especiais; Identificar se o cuidador de pessoas portadoras de necessidades especiais possui curso de capacitação profissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O método proposto não confere riscos aos participantes

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa aborda os cuidadores com material estruturado e de fácil compreensão, com abordagem segura do tema proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

cronograma e TCLE reformulado e inadequados.

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-500

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3615

Fax: (67)3312-3723

E-mail: cnp@ucdb.br