



"O Desafio da Longevidade e o Suporte ao Cuidador" Revista da Terceira Idade.

Publicação do SESC - Ano XI - número 20 - Agosto de 2000.

Maria das Graças Sobreira Leal
Psicóloga – Doutora em Psicologia Clínica pela
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Diretora do IDEA
Instituto de Desenvolvimento Emocional Aplicado
idea-mgl@uol.com.br

Cuidar é uma atitude de amor e interesse por outra pessoa. Cuidar de alguém é geralmente considerado um atributo positivo – um sinal de comportamento maduro e civilizado. A capacidade de uma sociedade cuidar de seus membros menos afortunados é a marca do seu desenvolvimento. (Brotchie, J.& Hills, D. Equal shares in caring. 1991: 33)

INTRODUÇÃO

Quando somos jovens ou adultos ou mesmo maduros, pensamos que vamos viver assim para sempre. No entanto, o caminhar da existência continua e, hoje, menos raramente do que se possa pensar, alcançamos 80, 90 anos, chegando à Quarta Idade.

... A virada do século deverá encontrar o Brasil com 8,7 milhões de pessoas com 65 anos e mais (...) Isto quer dizer que 01 em cada vinte brasileiros residentes no país será idoso. Vinte anos mais tarde, essa relação será de 01 para 13 (...) (Berquó, apud Neri e Debert, 1999: 38,39).

O importante é saber que o conhecimento sobre esse processo já nos permite planejar um envelhecer saudável. Não podemos associar doenças e morte com o envelhecimento, uma vez que é possível prevenir e “empurrar” as doenças para bem mais tarde ou, talvez, nunca tê-las. Estamos vivendo a plenitude e o sabor de uma saudável Terceira Idade. Contudo, como está a nossa preparação para o aumento da longevidade? Como lidar com doenças crônicas ou dependência física?

As pessoas estão vivendo mais e uma maior longevidade carrega em si determinada fragilidade. O fato é que as pessoas idosas são mais suscetíveis às doenças em geral e às doenças crônicas em particular. Conforme parcelas crescentes da população conseguem atingir idades mais avançadas, aumenta, é óbvio, o número de casos de doenças do tipo crônico-degenerativo, já que a incidência, em geral, é maior entre as pessoas idosas (Yazaki e Saad, 1990: 125).

Segundo Veras (1994), o aumento da expectativa de vida altera o perfil de morbidade da população. A tendência é, a curto prazo, a formação de uma população idosa que, uma vez atingida por doenças crônico-degenerativas, sofre como consequência a perda de independência e, necessariamente, irá viver dependente de terceiros. Portanto, idosos, por apresentarem proporcionalmente mais episódios mórbidos do que a população adulta em geral, são acometidos por doenças incapacitantes, tornando-os, em sua maioria, pacientes crônicos, exigindo cuidados constantes.

Ter consciência do que poderá acontecer nos orienta e ajuda na prevenção. Em algum ponto de nossas vidas, a maioria de nós vai se deparar com a necessidade de cuidar de alguém ou até mesmo de ser cuidado. E quem irá nos dar suporte para a realização deste trabalho?

Esta é uma reflexão difícil, mas não podemos nos furtar a ela. A relação paciente/cuidador, na verdade, significa exigências específicas quer sejam do cuidador quer sejam do paciente. É interessante pensar sobre elas.

Se alguém próximo (pais, esposo, irmão, filho) ficou doente ou incapacitado, o familiar gostaria de:

- poder escolher se irá ou não aceitar a responsabilidade de cuidar diariamente desta pessoa;
 - avaliar se terá condições de continuar a viver sua vida com seu trabalho;
 - receber suporte para esta assistência - financeiro, médico e de outros profissionais requeridos pela enfermidade;
 - receber assistência psicológica durante e ao término dos cuidados;
 - obter orientação sobre a doença e ajuda prática no cotidiano;
 - conseguir intervalos regulares de descanso e noites bem dormidas;
 - ter acesso, junto com a pessoa assistida, a alguma facilidade de lazer, compras e transporte.
- Por outro lado, a pessoa que está sofrendo de uma doença crônica ou de alguma dependência física gostaria de:
- participar da decisão de como será tratada (custos/benefícios/riscos) e não ser só comunicada/orientada;
 - ser capaz de levar uma vida independente (dentro do possível) com acesso a uma emergência médica, se preciso;
 - escolher quando suas necessidades pessoais seriam atendidas por um membro da família ou por um profissional pago;
 - ter a oportunidade de "ganhar a vida", ao invés de depender financeiramente só da previdência social e do amparo familiar;
 - ter acesso a uma vida próxima ao normal, com independência e autonomia, mesmo que com alguma ajuda;
 - viver em acomodações adaptadas às suas necessidades físicas;
 - ter informações sobre suas condições de saúde e de como melhorá-las para facilitar sua vida.

Todas as pessoas gostariam de ter satisfeitas essas exigências, mas nenhuma delas é automaticamente providenciada. Decorre, pois, que a experiência de estar incapacitado ou de se tornar um cuidador gera uma mudança radical na vida das pessoas e é, muitas vezes, acompanhada de muito sofrimento.

Um dos critérios de elegibilidade para a admissão do paciente ao serviço de Assistência Domiciliar, providenciado pela rede oficial ou entidades privadas, é a presença de um familiar responsável e disponível para participar ativamente dos cuidados a serem dispensados e, principalmente, para dar continuidade a esses cuidados, mediante orientação e treinamento.

Em geral, a pessoa é escolhida por características que denotam sua atenção às necessidades do paciente, demonstrando espírito de solidariedade para iniciar um trabalho que, na maioria das vezes, não escolheu. Nos manuais de Atendimento Domiciliar aparecem algumas condições que indicam o perfil de elegibilidade de um cuidador familiar. É interessante notar que estas prescrições ao papel do cuidador são definidas sem mencionar o suporte para o cuidador realizar as complexas tarefas desta função.

Assim, o membro da família que estaria apto a cuidar deve ter disponibilidade para tanto, bem como disponibilidade para receber treinamento adequado a essa tarefa. São observadas sua firmeza nas atitudes e sua abnegação em colocar a necessidade do outro em primeiro lugar. Também se leva em conta sua capacidade de tomar medidas preventivas e seus anseios por orientações pertinentes, fatores estes que indicam sua adequação a cuidados como higiene, alimentação, vestuário, medicação, curativos, tratamento de escaras, enfim, sua adequação à continuidade do tratamento no domicílio do paciente.

O CUIDADOR FAMILIAR

A pessoa tem que pôr em primeiro lugar o amor. Cuidar daquela pessoa com amor. Porque o amor, ele te traz a paciência, ele te traz o carinho, ele te traz tudo (Rose, cuidadora. In: KARSCH, U. S. – org - Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. 1998:136)

Por imposição ou escolha, o cuidador familiar é aquele que põe a necessidade do outro em primeiro lugar. Geralmente é tão pressionado por necessidades imediatas, que esquece de si mesmo e é modesto em suas demandas. Dir-se-ia que "não tem escolha". É relutante em falar sobre suas dificuldades e não quer parecer desleal à pessoa da qual cuida. Outros são tão agradecidos por pequenas ajudas conseguidas, que não querem fazer críticas, mesmo as construtivas. Existe uma tradição familiar para que o cuidador seja mulher e esta, na maioria das vezes, já está sobrecarregada por outras tarefas. "Cuidar" não é uma tarefa fácil: exige uma mudança radical na vida de quem cuida e também demanda a execução de tarefas complexas, delicadas e sofridas. Em muitos casos, o

cuidador é também uma pessoa frágil, já em idade de envelhecimento ou em vias de ficar doente. O cuidador sem suporte pode ser o futuro paciente.

A literatura sobre cuidadores tem revelado alguns fatores (em ordem de importância) que determinam quem será o cuidador, conforme Sinclair (1990, apud Qrueshi e Simons, 1987):

- parentesco - com frequência maior para os cônjuges, antecedendo sempre a presença de algum filho;
- gênero - com predominância para a mulher;
- proximidade física - considerando quem vive com a pessoa que requer os cuidados;
- proximidade afetiva - destacando a relação conjugal e a relação entre pais e filhos.

A prática tem mostrado, também, que não se trata de uma opção, mas, na maioria das vezes, de uma imposição por força das circunstâncias: indisponibilidade de outros cuidadores potenciais. A pessoa torna-se cuidadora no processo de cuidar: inicia com uma ajuda e não consegue sair desse papel. Quanto mais o cuidador se envolve, mais os não-cuidadores se desvencilham, muitas vezes pelas ameaças que esse tipo de trabalho pode conter, ou seja: comprometimento sem fim; mudança na vida pessoal; readaptação da casa ou mesmo mudança de casa; desarmonia familiar como consequência do papel de cuidador; peso das tarefas; doenças devido às exigências do trabalho e às características do paciente que podem estressar o cuidador; insegurança quanto a procedimentos e prescrições da equipe; responsabilidade por equipamentos/medicamentos; falta de paciência/segurança nos procedimentos de enfermagem; ausência de informações sobre a doença, de ajuda prática, de treinamento, de apoio físico, psicológico e financeiro; finalmente, ausência de saúde pessoal para enfrentar a rotina exigida.

Atitudes e sentimentos para o cuidar são ambivalentes. Embora o cuidar seja uma causa maior, pressupõe um baixo status como trabalho (pago ou não). Atitudes sociais discriminatórias direcionadas aos cuidadores podem ser influenciadas por aquelas associadas aos deficientes físicos que sofrem o estigma de não-inclusão na sociedade. Talvez, por associação, os cuidadores dividam esse mesmo estigma.

Segundo Mendes (1995), ao cuidar de um ente próximo que se torna dependente, há uma turbulência de sentimentos: amor, pena, alívio, culpa e, até mesmo, revolta pela dependência do outro.

Como nos casos de dependências crônicas não há volta à relação anterior, os sentimentos passam a ser redefinidos, bem como os projetos de vida. É o caso de esposas e filhas, sempre subalternizadas na hierarquia familiar.

PESQUISANDO CUIDADORES

A figura do cuidador, alvo de estudos e pesquisas em outros países, tem sido ignorada no Brasil: pelo governo, na falta de estruturas para o auxílio de seu trabalho; pela família, devido à baixa valorização dessa função (muitas vezes concentrada em uma só pessoa) e, também, por pesquisadores, em parte, dada a falta ou a escassez de recursos para conduzir as investigações, ou mesmo dada a dificuldade em vislumbrar perspectivas para a utilização dos resultados (Leal, G. e Karsch, U., in: Karsch, U. (org.) 1998: 22).

Em um interessante trabalho intitulado *Twenty-five years of research about cares – Where now?*, Abendorff e Challis (1990) discutem as pesquisas realizadas, até então, sobre cuidadores; analisam a metodologia usada e apontam a direção de futuros estudos sobre o tema. Segundo esses autores, as pesquisas nesta área já passaram por diferentes etapas: inicialmente, estudos descritivos das características dos cuidadores e das tarefas realizadas, situando-se neste nível as pesquisas exploratórias e as de levantamento para dar origem à definição de um perfil do cuidador.

Em um segundo momento, viriam as pesquisas explanatórias, enfocando os diferentes tipos de estresse ocasionados pelas tarefas de cuidar. E finalmente, as investigações de avaliação dos serviços e das intervenções oferecidas para este grupo.

Em um editorial do *The gerontologist* (1989), Zarit discute as diferentes categorias dos estudos sobre cuidadores e sugere pesquisas mais aprofundadas, embasadas em estudos explanatórios e de avaliação.

Para uma visão mais precisa das necessidades e do atendimento aos idosos dependentes, considera-se interessante conhecer a revisão da literatura americana, feita por Williams (1994), que engloba a definição de conceitos e as principais pesquisas, analisando instrumentos de avaliação e discutindo programas implantados.

Os critérios para o planejamento de pesquisas sobre pessoas que envelhecem no Brasil têm sido discutidos por Veras e Dutra (1993), Veras et al. (1988), entre outros, demonstrando a importância de se levar em conta a heterogeneidade da estrutura social, econômica e demográfica em que se inserem os diferentes grupos de idosos. Da mesma forma, os cuidadores dos idosos com incapacidade física ou mental também apresentam características diversas, refletindo todo o contraste econômico e a desigualdade social, que requerem consideração especial no desenho de projetos para sua avaliação. Uma publicação sobre este tema, e que merece uma análise, é a obra *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores* (1998) que teve origem na pesquisa intitulada *Estudo do suporte domiciliar aos adultos com perda de independência e perfil do cuidador principal*, realizada pela PUC/SP – Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social e NEPE- Núcleo de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento -, tendo sido executada por um grupo de pesquisadoras coordenado pela Prof^a Dr^a Ursula M. S. Karsch. Esta investigação permite conhecer, dentro de uma perspectiva longitudinal, as dinâmicas do processo de cuidar de pessoas que estão envelhecendo com dependência, numa metrópole brasileira.

SUPORTE AO CUIDADOR

Ao invés de focar a incapacidade ou a doença crônica como um problema individual, torna-se necessário focalizar uma sociedade deficiente que permite a exclusão de seus membros “diferentes” do curso normal das atividades. A ausência total de facilidades para cuidadores e pessoas incapacitadas é que faz essa dependência parecer uma “tragédia” para ambos. A ausência de suporte em todos os níveis para o cuidador e de facilidades para o paciente como: rampas, telefones baixos, banheiros adaptados, estacionamento privativo, transporte, informação disponível e atividades acessíveis vão provocando um isolamento de ambos na sociedade e dificultando o progresso do tratamento.

A assistência aos cuidadores familiares de pacientes crônicos/ dependentes deveria ser preocupação de todos. O cotidiano dos pacientes e do cuidador poderia se tornar mais fácil com reformas no meio ambiente urbano-habitacional e com uma política sócio-econômica adequada para este grupo. Caso contrário, o futuro para essas pessoas será sem expectativas de descanso ou melhora, reproduzindo-se as condições que impedem a inserção social e uma qualidade de vida digna.

Trata-se de imprimir um caráter público às ações que vêm sendo realizadas pela família no reduto dos lares, ou seja, em caráter privado. Não se pode esquecer que, quanto maior o tempo de duração dos cuidados, pior será a qualidade de vida do cuidador.

Um cuidador orientado e com supervisão adequada deve preservar a sua saúde física e mental e, simultaneamente, incentivar o paciente a obter: independência funcional nas atividades diárias; autonomia mental para decidir e fazer planos; aderência ao tratamento e aos autocuidados, promovendo sua saúde e sua participação social, o que significa, sem dúvida, uma redução nos níveis de isolamento e melhora na qualidade de vida.

Eis, então, o momento em que entra o trabalho de orientação e treinamento para cuidadores promovido por uma equipe multidisciplinar. Como afirma Daichman (1996:92), não existe nenhuma profissão relacionada à saúde e aos cuidados do idoso que possa cobrir todo o espectro das necessidades e oferecer todas as respostas. A família, em algumas enfermidades, necessita de informações detalhadas e suporte psicológico para compreender a evolução da doença e ajudar o cuidador principal, como nos mostram Goldfarb e Lopes (1996:36): O isolamento e a sobrecarga levam o cuidador a situações de stress, provocando diferentes transtornos de saúde e, como consequência, uma diminuição das qualidades dos cuidados oferecidos ao paciente.

Na verdade, muitas das orientações à família sobre a doença, em toda gama de variáveis que isso possa significar, deveriam ser dadas ainda no hospital, inclusive sobre a perda de independência e/ou autonomia - se houver - por parte do paciente. Um manual publicado pela NOVARTIS - *Informações para família e cuidadores* (Leal, 1996) -, dentre inúmeros outros, já oferece apoio para o início dos cuidados e acompanhamento do tratamento, no caso de pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Muitas famílias ou pacientes, por medo e insegurança, acreditam que o hospital é a sua proteção, ignorando os riscos de infecções hospitalares aos quais estarão expostos, quando de uma internação.

A complexidade inerente à alta hospitalar e a projetos de Assistência Domiciliar demanda que o suporte ao cuidador deva ser iniciado ainda durante a internação do paciente, para avaliar as possibilidades ou dificuldades a serem superadas na volta para casa.

Assim, a Política Nacional de Saúde do Idoso, com base na Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, refere que:

Para o desempenho dos cuidados a um idoso dependente, as pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de saúde os esclarecimentos e as orientações necessárias, inclusive em relação à doença crônico-degenerativa com a qual esta eventualmente lidando, bem como informações sobre como acompanhar o tratamento prescrito. Essas pessoas deverão, também, receber atenção médica pessoal, considerando que a atividade de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos à saúde do cuidador. Por conseguinte, a função de prevenir perdas e agravos à saúde abrangerá, igualmente, a pessoa do cuidador (1999: 18)

Outras medidas tomadas pelo Governo e que vêm trazer benefícios para essa parcela da população são as recentes Portaria Ministerial Nº 280, de Abril de 1999 do Ministro José Serra, que dispõe no seu Art. 1º Tornar obrigatório nos hospitais públicos, contratados e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de parentes maiores de 60 anos de idade, quanto internados.

O Ministério da Previdência e Assistência Social juntamente com o Ministério da Saúde promulgam a Portaria Nº 5.153, de 07 de Abril de 1999 que resolve:

Art.1º Instituir o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos a ser coordenado por Comissão Interministerial, com o objetivo de criar alternativas que proporcionem aos idosos melhores condições de vida, atender integralmente ao idoso e sua família, reduzir o percentual de idosos institucionalizados e habilitar recursos humanos para cuidar do idoso.

Algumas considerações podem ser feitas como sugestão ao cuidador, para que ambos, ele próprio e o paciente, possam gozar, nos limites de suas potencialidades, uma qualidade de vida saudável. Assim, não é indicado que o familiar realize atividades que o paciente pode fazer; também não é aconselhável que se tenha pressa para terminar as atividades. É importante reconhecer que um ambiente adequado para locomoção e transferência evita quedas e permite incentivar o paciente a participar em atividades domésticas. Sugere-se estimular uma sociabilidade prazerosa, dentro das possibilidades e interesses do paciente, como a presença de companhia, a realização de visitas e o cultivo de amizades. Sugere-se, ainda, valorizar e incentivar sempre as atividades realizadas pelo paciente. Além de buscar toda ajuda e orientação para evitar estresse, não esquecer a importância de incluir na rotina diária intervalos de descanso regulares.

As estruturas de suporte em nível de saúde pública ou em termos de comunidade, no Brasil, ainda se mostram frágeis, sem constituir uma rede de apoio organizado e sistemático. O cuidador, na maioria das vezes, "trabalha sozinho".

Independente das medidas governamentais, já existem associações e organizações lutando por essas conquistas; mas só haverá mesmo mudanças, quando planejadores - políticos, arquitetos, engenheiros, médicos e outros - pensarem na questão com propostas e ações efetivamente eficazes e eficientes.

AJUDA COMUNITÁRIA

O que tem ficado claro, através da experiência em outros países, é a grande contribuição dos agentes comunitários (vizinhos, voluntários, associações) na solução de muitos problemas sociais. A ação comunitária tem apontado a muitos governos o caminho onde investir, garantindo uma distribuição mais justa dos recursos.

A ajuda comunitária pode se manifestar de várias maneiras, mas uma das linhas de ação por onde este suporte poderá seguir prevê:

Prevenção: estimula-se o autocuidado - o cuidar da saúde física e psicológica; incentiva-se a independência e a autonomia das pessoas para que elas mesmas garantam o seu bem-estar e sua qualidade de vida, evitando a dependência e a necessidade de um cuidador.

Cuidador Informal: situa-se na família e entre os amigos daquele que necessita de ajuda. Este é o cuidador que precisa de apoio para continuar cuidando; orientação sobre a enfermidade, além da valorização e reconhecimento podem ser demonstrados por intermédio de suporte físico, social e

afetivo prestados pela comunidade onde vive.

Cuidador Comunitário: vizinhos, voluntários leigos e profissionais tanto quanto associações podem formar uma rede de apoio que, das mais variadas maneiras, facilitariam a vida do cuidador. De uma ajuda para as compras até o transporte ao fisioterapeuta, tudo é bem recebido. Aqui está a base do suporte para o cuidador responsável pelos cuidados diários de alguém.

Cuidador Formal: a Assistência Domiciliar do médico, enfermeiro, fisioterapeuta etc. possui um custo alto quando não é da rede oficial de saúde ou providenciada pela comunidade de apoio; a Assistência Domiciliar pode ter seu custo minimizado pelo suporte dos cuidadores comunitários e profissionais voluntários.

Instituição-Dia: hospital-dia ou centro-dia situados no mesmo bairro são a opção para o paciente com dependência, que vive só; o cuidador que trabalha também encontra aqui uma alternativa para substituí-lo; novamente, o papel dos cuidadores comunitários é imprescindível para muitos pacientes poderem usufruir das facilidades destes centros.

Quando todas as alternativas discutidas acima falharem, resta a internação com alto custo pessoal e governamental.

Dentro desta perspectiva, o cuidador é muito importante e deve ser reconhecido como um parceiro indispensável para a recuperação do paciente e para a implantação da Assistência Domiciliar. Ao facilitar a realização de suas tarefas, por meio de treinamento/orientação e suporte comunitário, estaremos promovendo a saúde de ambos, cuidador e paciente.

BIBLIOGRAFIA

ABENDDORFF, R. & CAHLLIS, D. (1990). Twenty-five years of research about cares - Where now? Personal social services research unit. University of Kent. PSSRU Bulletin, nº 7, abril, pp. 5-8.

BERQUÓ, E. (1996) Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. Apud, NERI, A. L. e DEBERT, G. G. (1999) Velhice e sociedade. Campinas-SP: Papyrus.

BROTCHIE, J & HILLS, D. (1991) Equals shares in caring. Published by Socialist Health Association, London.

DAICHMAN, L. S. (1996) Critérios éticos en los cuidados a largo termino. Geriat Gerontol, 0(1):91-93, Argentina.

GOLDFARB, D. C. e LOPES, R. G. C. (1996) A família frente à situação de Alzheimer. Gerontologia 4(1):33-37.

KARSCH, U. M. S. (org) (1998) Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC.

LEAL, M. G. S. (1996) Derrame – Acidente Vascular Cerebral. Informações para a família e cuidadores. São Paulo: Novartis Biociência S.A..

MENDES, P. B. T. (1995). Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. Dissertação de mestrado. PUC-SP.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL – Anais do I Seminário Internacional Envelhecimento Populacional – uma agenda para o final do século. Brasília, 01/03 de julho de 1996.

QRURESCHI, H. e SIMONS, K. (1987). Resources within families: caring for elderly people. In: BRANNEN, J. e WILSON, G. (eds.) Give and take in families: Studies in resource distribution. Allen and Unwin, London, U.K.

VERAS, R. P. (1994) País jovem de cabelos brancos. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

VERAS, R. P. et alii. (1988). Pesquisando populações idosas. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 22

(6), pp. 513-518.

VERAS, R. P. e DUTRA, S. (1993). Envelhecimento da população brasileira: reflexões e aspectos a considerar quando da definição de desenhos de pesquisas para estudos populacionais. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, vol. 3, n. 1, pp. 107-125.

YAZAKI, L. M. e SAAD, P. M. (1990) Mortalidade da população idosa in *O idoso na Grande São Paulo*. São Paulo: SEADE, jun., pp. 126-159.

WILLIAMS, J. K. (1994). Unmet long term care needs of disabled elders in the community: a review of the literature. Prepared for The Johns Hopkins University. Flórida.

ZARIT, H. S. (1989). Do we need another "stress and caregiving" study? In: *The Gerontologist*, April. Vol. 29, n. 2, pp. 147-148.

INFORMAÇÕES

Sob a Coordenação da Dra. Graça Leal, o IDEA - Instituto de Desenvolvimento Emocional Aplicado - desenvolve projetos e intervenções, utilizando uma equipe multidisciplinar composta por profissionais das áreas de saúde, organização, gerenciamento, gerontologia e geriatria, para treinamento de pessoas e instituições.

Anualmente, o IDEA promove dois "Seminários para Cuidadores de Idosos", que proporcionam uma visão abrangente sobre novas técnicas e recursos voltados à assistência e à prestação de serviços ao idoso, visando promover sua saúde e autonomia, bem como a prevenção do estresse em cuidadores.

idea-mgl@uol.com.br | 11 5543-3586 e 5542-9669

Via Interativa