

OS ASPECTOS DO CUIDADO DO IDOSO E SEUS CUIDADORES: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Alexandre Basílio de Oliveira^{*}

Orientadora: Amanda Márcia dos S. Reinaldo^{**}

RESUMO

Os processos de transição demográfica e epidemiológica pelos quais o Brasil passa colocam o sistema de saúde diante de algumas dificuldades. À medida que a população envelhece, as doenças crônicas e incapacitantes se tornam mais freqüentes, o que faz com que essa população necessite de cuidados constantes. Nesse contexto surge a figura do cuidador, como indivíduo responsável pelos cuidados em atividades básicas e instrumentais da vida diária dos idosos. O cuidador, além de exercer sua função, também necessita de cuidados, pois está sujeito a sofrer alterações em sua qualidade de vida e condição de saúde. Diante dessa realidade é necessária maior atenção das equipes de saúde também com o cuidador. O presente trabalho possui, como objetivo, realizar uma revisão de literatura sobre o papel do cuidador de idosos assistidos pelo Programa de Saúde Família, suas principais limitações, dificuldade, queixas e a sua relação com os serviços de saúde oferecidos pelo Sistema único de Saúde. Deve-se pensar em programas de prevenção de doenças e promoção da saúde voltados para os cuidadores, visando proporcionar-lhes diminuição da sobrecarga imposta pela atividade que contemplem o lazer e alternativas de cuidados com a própria saúde.

Palavras-chave: idoso, cuidador, atenção básica: Atenção Primária à Saúde, Saúde de Família

* Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Passatempo/MG. Aluno do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família-CEABSF do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva-NESCON da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - FMUFMG.

** Enfermeiro. Doutor em Enfermagem Psiquiátrica. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EEUFMG.

ASPECTS OF ELDERLY CARE AND THEIR CAREGIVERS: A LITERATURE REVIEW

Alexandre Basílio de Oliveira^{*}
Orientadora: Amanda Márcia dos S. Reinaldo^{**}

ABSTRACT

Brazilian's National Health System faces the processes of demographic and epidemiological transition in which Brazil is, put the health system faced with some difficulties. As the population ages and chronic disabling diseases become more frequent, and this population needs constant care. In this context the figure of the caregiver as an individual responsible for care in basic and instrumental activities of daily living of the elderly. The caregiver, in addition to exercise its function, also needs care because it is subject to change in their quality of life and health. Faced with this reality is a need for greater attention of health teams also with the caregiver. The present work has as objective to conduct a literature review on the role of caregivers of elderly people assisted by the Family Health Program, its main limitations, difficulties and complaints and their relationship with the health services offered by the Single Health System must think of programs on disease prevention and health promotion aimed at caregivers, in order to provide them with reduced burden by covering the leisure activity and alternative care with their health.

Keywords: aged caregivers, primary care.

^{*}Nurse of the Department of Health in Passa Tempo/MG. Student of the Specialization Course in Primary Health Care Family-CEABSF the Center for Education in Public Health-NESCON School of Medicine, Federal University of Minas Gerais - FMUFGM.

^{**} Nurse. Ph.D. in Psychiatric Nursing. Lecturer School of Nursing, Federal University of Minas Gerais - EEUFGM.

1. Introdução

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de redução progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência – o que, em condições normais, geralmente, não provoca problemas. No entanto, condições de sobrecarga – como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional – podem ocasionar uma condição patológica – senilidade – que requeira assistência. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O Brasil passa por dois processos de transição: um demográfico e outro epidemiológico. A transição demográfica caracteriza-se por uma seqüência de eventos que resulta em baixas taxas de mortalidade e fecundidade, crescimento negativo e elevada proporção de idosos. No início do século XX a expectativa de vida no Brasil era de 40 anos e apenas ¼ dos brasileiros alcançava os 60 anos de idade. Entre os anos de 1940 e 1970 a mortalidade caiu com os avanços da área médica (antibióticos, imunizações) e a população cresceu. A taxa de fecundidade era em torno de seis filhos por mulher. Entre 1970 e 2000, a taxa de fecundidade caiu em torno de 60%, passando a 2,2 filhos por mulher. Esse fato levou a um declínio relativo dos jovens e a proporção de idosos dobrou (CHAIMOWICZ, 2009).

Associada ao conceito de transição demográfica encontra-se a transição epidemiológica. Essa se refere à modificação dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população e que ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas e sociais. Existe uma correlação direta entre esses processos. A queda inicial da mortalidade se concentra nas doenças infecciosas e beneficia a população mais jovem. Essa população passa a sobreviver mais, tornando-se adulta, e a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas – como, por exemplo, hipertensão, hipercolesterolemia e diabetes. Uma vez que ocorre aumento na expectativa de vida e cresce o número de idosos, tornam-se mais freqüentes as complicações daquelas moléstias, como o infarto agudo do miocárdio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; CHAIMOWICZ, 2009).

Dessa forma, o Brasil vem apresentando uma mudança no seu perfil populacional, devido o aumento relativo e absoluto da população idosa. Nos próximos 20 anos, esta

população poderá ultrapassar 30 milhões de pessoas e representará quase 13% do total da população ao final desse período, em contraste com os 08% que existem atualmente (IBGE, 2000). De acordo com a Organização Mundial de Saúde até o ano de 2025, o Brasil será o 6º país do mundo com o maior número de idosos (CHAIMOWICZ, 1997; IBGE, 2009).

Percebe-se então o aumento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações. Isso leva a uma maior utilização dos serviços de saúde e sobrecarga do sistema. Podem-se citar algumas das condições que determinam o uso prolongado dos serviços de saúde, como as seqüelas dos acidentes vasculares encefálicos, as complicações ocasionadas por fraturas após quedas, as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doenças pulmonares obstrutivas crônicas, as amputações e cegueiras provocadas pelo diabetes e a dependência determinada pela doença de Alzheimer (CHAIMOWICZ, 1997a. 2009b).

Contudo, observa-se que esses conceitos, no Brasil, assumem uma forma peculiar: observa-se uma superposição entre as etapas, nas quais há predomínio de doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, associadas aos acidentes e mortes violentas; ocorreu redução considerável de doenças imunopreveníveis (pólio, sarampo, tétano, coqueluche e difteria) e reintrodução de outras doenças como o dengue e cólera; as diferenças regionais criam o que se chama de “polarização epidemiológica” (CHAIMOWICZ, 2009).

Se, por um lado, o número de idosos cresce rapidamente, por outro o setor público tem como desafio elaborar políticas que visem a responder às diferentes demandas dessa parcela populacional. No âmbito da legislação, a Política Nacional do Idoso – Lei nº. 8842, de 04 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto nº. 1948, de 03 de Julho de 1996, foi um importante avanço no sentido de assegurar os direitos sociais, promoção da autonomia, integração e participação do idoso na sociedade (BRASIL, 1998 a, 2006 b).

Segundo o estatuto do idoso *“há dificuldades para estabelecer parâmetros que definam o início da chamada terceira idade, tendo em vista os diversos fatores que atuam no processo de envelhecimento e variam de caso a caso. Entretanto, para efeitos jurídicos, é necessário definir um limite de idade que caracterize esse segmento da população. Nos países desenvolvidos a tendência é utilizar idade de 65 anos, enquanto que nos países emergentes, como é caso do Brasil, a idade geralmente utilizada é de 60 anos, uma vez que a expectativa de vida nesses países é menor. Dessa forma o Estatuto do Idoso adotou a idade igual ou*

superior a 60 anos, para regular os direitos das pessoas que se encontram nesta faixa etária, que são portadoras de necessidades especiais e, por esta razão merecem maior atenção.”
(Estatuto do Idoso Brasileiro)

Essa Lei definiu como deve ser a atuação do governo, as diretrizes e as competências dos diversos Ministérios envolvidos na Política Nacional do Idoso. Segundo essa lei, cabe ao Ministério da Saúde, em articulação com as esferas públicas (federal, estadual e municipal), garantir ao idoso a assistência integral à saúde nos diversos níveis de cuidado do Sistema Único de Saúde – SUS – além de desenvolver programas de prevenção, educação e promoção da saúde, estimulando a permanência do idoso na comunidade e no contexto familiar. Assim, visando a fundamentar a ação do setor de saúde na atenção integral à população idosa, foi aprovada, em 10 de dezembro de 1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). Em 2006, reforçando a necessidade de se implantar essa política de forma integral, os gestores do SUS priorizaram a Saúde do Idoso como um dos objetivos a serem cumpridos através do Pacto pela Vida (BRASIL, 2003 a, 2006 b).

A Política Nacional de Saúde do Idoso vem sendo discutida desde sua aprovação, através da portaria nº 2528, de Outubro de 2006, e traz, como uma de suas principais finalidades, recuperar, manter e promover a autonomia dos idosos, considerando que a família é, “via de regra, a executora do cuidado ao idoso” (BRASIL, 2006). O cuidador familiar é a pessoa que oferece os cuidados para suprir a incapacidade dos idosos e auxiliar nas situações de dependência, tornando-se um elo fundamental entre o planejamento das ações de Políticas Públicas de Saúde e a sua execução. Justamente por isso, esse documento também prevê um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, atribuindo à Atenção Básica um papel fundamental para esse suporte.

A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006, caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em vivem as populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade (conhecimentos) e baixa densidade

(equipamentos), que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2006).

A atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família, quer por demanda espontânea, quer por busca ativa, que é identificada por meio de visitas domiciliares, deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive a relação profissional, a sua história clínica e aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais, além do exame físico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Espera-se que, na Atenção Básica, seja oferecida, à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso (BRASIL, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O município de Passa Tempo, situado na região Alto Rio Grande, possui uma população de 8577 habitantes, sendo que 1057 destes são idosos. Nota-se uma parcela considerável de idosos em situação de semi-dependência ou dependência total de cuidados de outra pessoa, seja esta cuidador formal ou informal, familiar ou outro indivíduo. Esses cuidadores, em sua maioria, são desprovidos de orientações ou outras formas de conhecimento em relação ao ato de cuidar, além de estarem expostos a fatores que possam alterar sua condição de saúde.

Diante do exposto, o presente trabalho possui como objetivo geral realizar uma revisão de literatura sobre o papel do cuidador de idosos assistidos pelo Programa de Saúde Família, suas principais limitações, dificuldades, queixas e a relação dos cuidadores com os serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde. Além disso, os objetivos específicos são descrever e caracterizar a figura do cuidador, o significado do cuidado e o processo de envelhecimento para ele.

2. Metodologia

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi realizado por meio de uma revisão integrativa de literatura sobre os aspectos do cuidado e seus cuidadores. Foi realizada uma busca ativa utilizando as seguintes palavras-chave: atenção primária à saúde e saúde da família e seus respectivos termos em inglês (primary care e health's family).

Justifica a escolha da revisão integrativa de literatura, pois esta é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Além disso, assegura uma prática assistencial embasada em evidências científicas e tem sido apontada como ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico.

A busca de referências foi realizada nos bancos de dados SCIELO, BIREME, LILACS e MEDLINE. Utilizaram-se também livros técnicos referentes ao assunto.

A escolha do material obedeceu aos seguintes critérios: periódicos, redigidos em Português ou Inglês, que pudessem ser obtidos na íntegra, no período compreendido entre 1995-2010. Os livros textos foram utilizados somente em Português.

3. A situação dos idosos no Brasil

O envelhecimento é um fenômeno do processo de vida, assim com a infância, a adolescência e a maturidade, e é marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo. Mesmo sendo universal, varia de um indivíduo para o outro, sendo essas diferenças geneticamente determinadas, mas também influenciadas pelo estilo de vida, características do meio ambiente e estado nutricional de cada um.

As mudanças nos perfis de morbimortalidade e demográfico ao longo do último século, bem como os conseqüentes desafios para os sistemas de saúde, explicam o crescente interesse dos pesquisadores pelo cuidado domiciliário à saúde, realizado no âmbito da família e envolvendo cuidadores leigos (AMÊNDOLA, 2008).

Em um intervalo de 25 anos, o crescimento da população em geral foi de 55,3%, enquanto o crescimento da população idosa superou 126,3%. Destaca-se, nesses números, a faixa etária acima de 80 anos, que apresentou um crescimento de 246,0%, refletindo assim a ocorrência de uma transição demográfica acelerada (GREEN, 2001). O envelhecimento populacional tem, como consequência o crescimento do número de pessoas que necessitam de tratamento domiciliar e que envolvem, em seu cuidado, familiares, parentes e amigos (IBGE, 2009).

As projeções populacionais realizadas pelo IBGE indicam uma população de 15% de idosos para o ano de 2025 no Brasil (IBGE, 2009). Esse aumento representa, do ponto de vista da adoção de políticas públicas e sociais, um problema de difícil alcance para contemplar adequadamente as peculiaridades emergentes dessa população idosa, caso a questão não seja tomada a sério com antecipação (NERI, 2006).

O envelhecimento poderia ser quantificado por meio da capacidade de cada órgão, sendo interpretado assim como uma etapa de falência e incapacidade na vida. No entanto, é um processo natural e previsto na evolução dos seres vivos, sendo possível notar que a pessoa não fica incapacitada porque envelhece (INOUE, 2008).

A pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade. Sendo assim, a velhice não deve ser considerada como doença, pois as doenças mais comuns nessa etapa da vida são preveníveis, diagnosticáveis e tratáveis (MARTINS et al., 2007).

À medida que a expectativa de vida aumenta, haverá um aumento na prevalência de distúrbios mentais e doenças crônicas em idosos. A fragilidade de seu organismo os deixa mais vulnerável a doenças que, em jovens e adultos, são facilmente tratáveis e curáveis. Os sintomas são agravados, pois o sistema imune está debilitado, causando piora do quadro e alterando diretamente a qualidade de vida do idoso (STEVENSON, 1997). Acrescenta-se também que em uma sociedade em processo de mudanças existe a necessidade de adequação de valores culturais, políticas sociais e de saúde de maneira a atender as necessidades e aos problemas do envelhecimento populacional (OMS, 2005).

Sendo assim, uma vez que o idoso é acometido por uma doença crônico-degenerativa, torna-se, na maioria dos casos, dependente, requerendo cuidados especiais. Nesse momento é

que surge a figura do cuidador, que geralmente é um ente da família ou amigo próximo que auxilia este idoso de forma integral ou parcial nas atividades da vida diária (KAWASAKI, 2001).

4. O cuidado e os cuidadores dos idosos

Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. Autocuidado significa cuidar de si próprio. São as atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida. Nesse sentido, o cuidar do outro representa a essência da cidadania, do desprendimento, da doação e do amor. Já o autocuidado ou cuidar de si próprio representa a essência da existência humana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudá-lo quando ele necessita. A pessoa acamada ou com limitações, mesmo necessitando da ajuda do cuidador, pode e deve realizar atividades de autocuidado sempre que possível.

Os cuidados para propiciar a recuperação total do paciente, a melhoria e a estabilização do quadro clínico, ou ainda visando somente à manutenção da condição de saúde/doença ou para a garantia de uma morte digna, fazem parte de uma mesma modalidade, de uma mesma função: ser cuidador. Sua função é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo por ela somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha (FILHO, 2005).

Outros autores definem como cuidador a pessoa que assume o papel de assistir ao familiar em situação de dependência, quando este necessita de ajuda no desempenho de suas atividades da vida diária (AVD's), como alimentação, locomoção, banho entre outros (AMÊNDOLA et al, 2008).

Ser cuidador demanda tempo, espaço, energia, dinheiro, trabalho, paciência, carinho, esforço e boa vontade. As graduais perdas cognitivas, mudanças comportamentais, emocionais e até de personalidade do idoso exigem uma grande capacidade de adaptação para um convívio satisfatório (NERI, 2006).

A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. É a pessoa da família ou comunidade que presta cuidados a outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais. Este trabalho, exercido por outra pessoa, pode ser remunerado ou não (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Em alguns casos, família pode contratar alguém para exercer a função de cuidador e, dessa forma, ele é chamado de cuidador formal e irá receber uma remuneração. No entanto, essa não é a realidade dos idosos brasileiros: cerca de 80% a 90% dos cuidadores são informais, ou seja, são pessoas que se dispõem a cuidar do paciente de forma gratuita por fazer parte de uma rede de relações que construíram durante a vida (FILHO, 2005).

Há ainda a divisão em cuidadores primários e secundários. Os cuidadores primários são aqueles que assumem a principal responsabilidade pelos cuidados do idoso. Já os cuidadores secundários são aqueles que, eventualmente, oferecem assistência ao idoso, no entanto com responsabilidades menores em relação ao cuidado (FILHO, 2005; GONÇALVES, 2006).

Existem outras classificações para cuidadores (KAWSAKI, 2001), como cuidador voluntário (aquele que não é remunerado), cuidador leigo (aquele que não recebeu qualificação específica para o exercício da atividade) e cuidador terceiro (aquele que não possui qualquer grau de parentesco com a pessoa cuidada).

O que se percebe é que o cuidado nem sempre é uma tarefa opcional. Dessa forma, o preparo e treino desse cuidador torna-se a preocupação central dos programas de atenção à saúde. O cuidador geralmente é o elo entre a equipe de saúde, o paciente e a família. Sendo assim, deve ser visto como alguém sempre preparado, física e emocionalmente, para o exercício do cuidado cotidiano (FILHO, 2005).

Alvarez e Gonçalves (2001) listam algumas atribuições que levam as pessoas a se tornarem cuidadores principais, dentre as quais se destacam: a obrigação moral alicerçada em aspectos culturais e religiosos; a condição de conjugalidade, fato de ser esposo ou esposa; a

ausência de outras pessoas para a tarefa do cuidador, caso em que ele assume essa incumbência não por opção, mas por força das circunstâncias; e dificuldades financeiras, como em caso de filhas desempregadas que cuidam dos pais em troca de auxílio financeiro.

É possível perceber, ao longo da história, que a função de cuidar é exercida geralmente pelas mulheres. Em nosso meio, as cuidadoras são, principalmente, as esposas, as filhas ou as netas. Esse fato pode ser explicado pela tradição de, no passado, as mulheres não desempenharem funções fora de casa, possuindo responsabilidades somente sobre os cuidados familiares. Geralmente elas desempenham as funções de mãe, esposa, avó, cuidadoras, além de realizar as tarefas domésticas, o que configura um acúmulo de tarefas (GONÇALVES, 2006).

Amêdola *et al* (2008), em seu estudo sobre a qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes do Programa de Saúde da Família, demonstrou que os cuidadores são, em sua maioria mulheres, filhas, casadas ou em união consensual, com uma média de idade de 50,5 anos, com ensino fundamental ou mais, donas de casa e que relatam como atividade de lazer a religião. Desses cuidadores, 39,4% referiram como principal morbidade a Hipertensão Arterial Sistêmica, sendo que 13,6% faziam uso de medicamentos para depressão ou calmantes, e 54,5% referiram algum tipo de dor e dormiam, em média, sete horas por dia. O tempo de cuidados variou de três meses a 42 anos, com uma renda per capita, em média, de R\$273,17.

Por outro lado, Gonçalves (2006) mostrou, em seu estudo sobre o perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado em Florianópolis/ Santa Catarina, que os cuidadores geralmente são mulheres de meia idade, tendo sido possível encontrar uma participação de 15,7% de homens como cuidadores (filhos, netos, esposos). Em relação ao estado civil 58,2% eram casados, 37,3% separados ou solteiros e 3,4% viúvos. Em relação à escolaridade 50,3% cursaram somente o ensino básico; 32,1%; o ensino médio; 15,6%; o ensino superior; e 1,7% eram analfabetos. Em relação à ocupação, 53% referiram não possuir atividades extradomiciliares e 47% conciliavam atividades de trabalho fora do lar com o cuidado. As patologias mais referidas pelos cuidadores foram Hipertensão Arterial Sistêmica, doenças osteomusculares e Diabetes Mellitus.

Em estudo sobre as necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio, Martins *et al* (2007) destaca maior participação das mulheres no cuidado, com idade entre 20 e 65 anos, sendo que a maioria do idosos necessitava de cuidados em tempo integral. Em relação à escolaridade, os dados encontrados concordam com o estudo de Gonçalves *et al* (2006), segundo o qual os cuidadores, em sua maioria, possuem apenas o ensino básico. Nesse estudo, apenas a metade dos cuidadores possuíam alguma remuneração, embora não tenham sido especificados valores, como em outros estudos.

A inserção no mercado de trabalho formal é mais difícil para aqueles indivíduos com baixa escolaridade. Os dados em relação à escolaridade dos cuidadores demonstram que o baixo nível pode contribuir para que essas pessoas se dediquem aos serviços domésticos e a tarefa de cuidar do familiar dependente como uma extensão das atividades domésticas. (ALVAREZ, 2001; GARRIDO, 2004; MARTINS, 2007).

É possível observar a predominância das mulheres no cuidado aos idosos. Esses achados reforçam o papel social da mulher, historicamente determinado, onde é esperado que ela seja a cuidadora principal e que o cuidado a pessoas dependentes fique a cargo dos parentes mais próximos (ALVAREZ, 2001; GARRIDO, 2004; GARCIA, 2005; GONÇALVES, 2006; INOUE, 2008).

5. A sobrecarga dos cuidadores

Atualmente percebe-se que há maiores investimentos para os idosos que necessitam de cuidados e menos para seus cuidadores. Atenta-se para a existência de sobrecarga por parte dos cuidadores. Eles necessitam de suporte social para manter a própria saúde e cuidar de si mesmos. Não dispondo desse suporte, os cuidadores estão expostos a riscos de adoecer, não pelo cuidado em si, mas pela sobrecarga a que estão expostos (GARRIDO, 2004), o que pode acarretar prejuízos em sua qualidade de vida.

Sendo assim, é necessário proporcionar qualidade de vida ao cuidador ou, pelo menos, tentar elaborar programas e ações voltadas a ele. As tarefas atribuídas ao cuidador, muitas vezes sem orientação adequada, o suporte das instituições de saúde, a alteração das rotinas e o tempo despendido no cuidado têm impactos sobre a qualidade de vida do cuidador.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) define qualidade de vida como: a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Além disso, à medida que a pessoa envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter a autonomia e independência.

Quando o cuidado é voltado para doenças crônicas, percebe-se que não há uma previsão para o encerramento da sua administração, o que ocasiona maior sobrecarga ao cuidador. Dessa forma, ele torna-se estressado, podendo transferir sua insatisfação ao paciente, chegando por vezes a ficar agressivo ou intolerante. O cansaço é cumulativo, e é desejável que a pessoa consiga descansar após curtos espaços de tempo (VIEIRA, 1996, FILHO, 2005; NERI, 2006). A necessidade de prestar cuidados sistematicamente e a tensão provocada pela complexidade que envolve sua administração podem fazer com que os cuidadores se tornem pacientes em potencial. Não é raro observar o adoecimento do cuidador durante o exercício de sua profissão (FILHO, 2005; ALVAREZ, 2001; MARTINS, 2007).

Ressaltam-se aqui as patologias que mais afetam os idosos: Hipertensão Arterial Sistêmica, doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus, conseqüências de acidente vascular cerebral e demências, sendo mais comum a demência de Alzheimer (VIEIRA, 1996; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, GARRIDO, 2004).

Diversas são os problemas apontados pelos cuidadores diante do ato de cuidar, sendo elas redução do tempo de lazer, impossibilidade de sair de férias, deterioração da saúde, impossibilidade de trabalhar fora, aumento dos problemas econômicos, conflitos com o cônjuge, falta de tempo para cuidar de si próprio, depressão (GARCIA, 2005; NERI, 2006; GONÇALVES, 2006; INOUE, 2008).

A literatura nos mostra que os cuidadores de pacientes dependentes estão cuidando de pessoas com alto grau de incapacidade funcional e que a sobrecarga afeta diretamente a qualidade de vida desses cuidadores. Além disso, trata-se de uma população carente social e economicamente, com pouca oferta de área de lazer e cultura, com baixo nível de escolaridade, acometida por doenças crônicas e que conta quase que exclusivamente com a rede de apoio informal familiar (GARCIA, 2005; MARTINS, 2007; AMÊNOLA, 2008).

Diante disso, cabe às equipes de saúde da família realizar ações que contemplem os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, possibilitando uma intervenção mais efetiva na mudança do perfil de saúde e doença dessa população. Isso significa atuações intersetoriais e com a participação da comunidade para planejarem ações que busquem melhorar a qualidade de vida das pessoas dependentes e de seus cuidadores (GARRIDO, 2004; NERI, 2006; AMÊNDOLA, 2008; MARTINS, 2007).

Essas ações propostas pelas equipes de saúde e as constantes avaliações do cuidado e seu impacto sobre a vida do cuidador objetivam mudar, ao longo do tempo, o processo do cuidar. Inicialmente o estresse é mais presente, no entanto vai diminuindo ao longo do tempo à medida que o cuidador começa a se sentir mais competente e equilibrado para cuidar (STEVENSON, 1997; NERI, 2006).

A partir daí, surgem alguns benefícios relativos ao ato de cuidar e ao cuidador, tais como: o aprendizado e a descoberta de habilidades próprias que o cuidador não sabia que possuía, pois nunca tinha sido necessário utilizá-las, o sentimento de poder retribuir algo que o idoso fez por ele no passado, a atenção das pessoas que passam a admirá-lo por sua habilidade para manter os cuidados, o sentimento de orgulho por poder auxiliar o idoso em sua reabilitação ou na melhora geral do seu quadro de saúde e ter uma função que dá sentido à vida, já que muitas vezes o cuidador não exerce outras atividades além de cuidados com o idoso (Filho, 2005).

6. Considerações finais

Os conhecimentos que fornecem subsídios para o cuidar de idosos e de seus cuidadores incluem o entendimento das necessidades humanas básicas, bem como a adaptações a mudanças que ocorrerem ao longo da vida, que por sua vez apresentam dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais. O cuidar do idoso não deve focar somente em ações dirigidas a patologias, mas priorizar a promoção, a manutenção e recuperação da saúde. Respeitar a independência e propiciar a participação do sujeito idoso e de seu cuidador no processo de cuidado, portanto favorecer a assistência qualificada.

Os benefícios do cuidar não devem servir como justificativa para que não haja políticas públicas capazes de auxiliar o cuidador e demais familiares para assumirem tal tarefa. Embora haja ganhos em relação aos cuidados, o ônus por eles causados pode gerar

sérios problemas de saúde pública, com o adoecimento de uma população que, sem a necessidade de assumir essa sobrecarga, poderia estar livre de problemas de saúde especificamente ligados a cuidados com o idoso. Se essa pessoa adoece, vai necessitar de cuidados de outras também, formando um círculo vicioso.

Dessa forma, deve-se pensar em programas voltados para os cuidadores, visando a proporcionar-lhes diminuição da sobrecarga imposta pela atividade e que contemplem o lazer e alternativas de cuidados com a própria saúde.

Referências Bibliográficas

1. ALVAREZ, AM. GONÇALVEZ, LHT. Tendo que cuidar a vivência do idoso e da família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto familiar. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 10, n. 2, p. 205-7. Mai-Ago/2001.
2. AMÊNDOLA, F. OLIVEIRA, MAC, ALVARENGA, MRM. Qualidade de vida do cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 17, n. 2, p. 266-72. Abr-Jun/2008. Florianópolis.
3. Avaliação Global do Idoso: manual da liga do Gama/editor Wilson Jacob Filho editor associado José Renato G. Amaral. Capítulo 15. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
4. BRASIL. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. Política Nacional do Idoso. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1998.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.528 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
8. CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.2, p. 184-200. 1997
9. CHAIMOWICZ, F; BARCELOS, E. M; MADUREIRA, M. D. S; RIBEIRO, M; T.F. Saúde do Idoso. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Estado de Minas Gerais. Editora Coopemed, 2009.
10. GARCIA, M. A. A et al. Idosos e cuidadores fragilizados? **Mundo Saúde**. V. 29, n. 4, p. 645-52. Out-Dez, 2005.
11. GARRIDO, R. MENEZES, P.R. Impacto em cuidadores de idosos com demência em serviço psigogeriatrico. **Revista de Saúde Pública**. V. 38, n. 6, p. 835-41. Dez, 2004.
12. GONÇALVES, LHT *et al.* Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sócio cultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 15, n. 4, p. 570-7. Out-Dez/2006.

13. GREEN, R.C. Tratamento de pacientes com distúrbios mentais. Rio de Janeiro (RJ). Ed. Publicações Científicas, 2001. P. 139-66.
14. INOUE, K. PEDRAZZANI, ES. PAVARINI, SCI. Octagenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 17, n. 2, p. 350-7. Abr-Jun/2008.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf>>. Acesso em: jan.2009.
16. KAWASAKI, K. DIOGO. M.J.D. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal- parte I. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V. 35, n. 3, p. 257-64. 2001.
17. MARTINS *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 16, n. 2, p. 254-62. Abr-Jun/2007.
18. Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Brasília, 2007.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde do Idoso. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia Prático do Cuidador. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2008.
20. NERI. AL. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: Neri AL, organizadora. Qualidade de vida na idade madura. Campinas (SP): Papirus; p.9-56.2006.
21. Organização Mundial de Saúde, Organização Panamericana de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): OMS/OPAS; 2005.
22. STEVENSON, J.S.GONÇALVES, L.H. T; ALVAREZ. A.M. O cuidado e as especificidades da enfermagem geriátrica e gerontológica. **Texto e Contexto Enfermagem**. v.6, n. 2, p. 33-55. Mai-Ago/1997. Florianópolis.
23. VIEIRA, E.B. Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.