

Perfil de Cuidadores Familiares de Idosos no Município de Jataizinho - PR

Elderly Family Caregivers Profile in Jataizinho - PR

Eliana Cristina Campos^{a*}; Sonia da Cruz^b; Edlivia Dias de Mattos^c

Resumo

Este estudo avaliou o perfil de cuidadores familiares de idosos assistidos por equipes da Estratégia da Saúde da Família de Jataizinho-PR. Uma amostra de 40 cuidadores foi aleatoriamente selecionada e submetida à entrevista estruturada, após assinatura do termo de consentimento livre esclarecido. Foram analisados aspectos sócio-demográficos, econômicos, psicossociais, tempo de dedicação diária, morbidades e grau de dependência do idoso. A média de idade dos cuidadores foi de 52,7 anos, a maioria mulheres. Esposas e filhas representaram os principais cuidadores na família. As principais fontes de renda dos cuidadores foram auxílios financeiros prestados pelo idoso e a aposentadoria. São indivíduos de baixa escolaridade, 35% com 1-3 anos de estudo e 22,5% analfabetos. Dos sentimentos referidos, 45% percebem o cuidado como dignificante, 32,5% como dever moral e 27,5% afirma não ter outra opção, senão cuidar. A maioria dos idosos assistidos por seus cuidadores foi considerada com dependência importante e 30% com dependência moderada, assim, 62,5% dos cuidadores dedicavam mais de 12 horas diárias de atenção ao idoso. Mais da metade relatou problemas de saúde e 50% fazia uso contínuo de medicamentos. As morbidades prevalentes entre os entrevistados foram: Hipertensão Arterial, Diabetes e Depressão. Concluiu-se que os cuidadores desempenham funções em condições pouco favoráveis e cabe aos serviços de saúde fornecer suporte à família cuidadora. Através de programas de aconselhamento e orientações, cursos de capacitação, os familiares estarão mais preparados para intervir nas situações de cuidado e na preservação de sua saúde.

Palavras-chave: Cuidadores. Idoso. Família. Perfil de saúde. Fatores socioeconômicos.

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the profile of elderly family caregivers assisted by the Estratégia da Saúde da Família de Jataizinho-PR. A sample of 40 caregivers was randomly selected and submitted to a structured interview after they signed the term of free and clarified consent. The aspects evaluated included socio-demographic, economic, psychosocial factors, time of work, daily dedication, health-related issues, and the elderly dependency level. The average age was 52.7 years and the majority of caregivers were women. Wives and daughters represented the main caregivers in the family. The main source of income was the assistance provided by the elderly, followed by retirement. The results revealed that caregivers were individuals with low education, 35% with 1-3 years of study and 22.5% illiterate. Regarding feelings involved in the process, 45% see the job as dignified; 32.5% as a moral obligation; and 27.5% claim they had no choice. Most of the elderly had significant dependence and 30% moderate dependence; therefore, 63% of the caregivers devoted more than 12 hours to taking care of the elderly. More than half reported health problems and 50% reported continuous use of medications. The more prevalent morbidities were the arterial hypertension, diabetes and depression. It was concluded that these caregivers performed their functions under unfavorable conditions and this fact requires support from the health services. Through programs of counseling and orientation, training courses, the family will be better prepared to intervene appropriately in situations of care and preservation of their health.

Key words: Caregivers. Elderly. Family. Health profile. Socioeconomic factors.

^a Mestre em Ciências de Alimentos. Docente da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). E-mail: elianecampos@hotmail.com

^b Graduada em Enfermagem - Universidade Norte do Paraná. E-mail: soniaartencruz@hotmail.com

^c Mestre em Enfermagem Fundamental - Universidade de São Paulo (USP). Docente da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). E-mail: liviamattos05@hotmail.com

* Endereço para Correspondência: Rua Maestro Andrea Nuzzi, 777. Jardim Itatiaia – CEP: 86047-170 – Londrina - PR.

1 Introdução

O Brasil está em franco processo de envelhecimento. No início do século XX, eram apenas 3,3% da população com 60 ou mais anos de idade. A proporção de brasileiros idosos em 2008 aumentou 5,7% em relação a 2007 e, entre 1997 e 2007, enquanto a população brasileira cresceu 21,6%, o contingente de idosos aumentou 47,7%¹.

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD/IBGE) de 2008, são quase 21 milhões

de idosos, representando 11,1% da população brasileira¹. As projeções das Nações Unidas indicam que, em 2050, o Brasil será um dos 5 países do mundo com mais de 50 milhões de idosos, representando 23,6% da população total².

Tal fato requer olhar atento às peculiaridades desse segmento etário por parte do poder público, família e sociedade, pois o processo de envelhecimento demanda proposição de diversas estratégias, ações e serviços que respondam às necessidades de atenção, proteção e defesa dos direitos das pessoas idosas³.

Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Assim, em menos de 40 anos, passou-se de cenário de mortalidade próprio de população jovem para o quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos, com exigência de cuidados

constantes, medicação contínua e exames periódicos⁴.

Muitos cuidados prestados a pessoa idosa podem ser realizados no domicílio, indo ao encontro à tendência atual das instituições hospitalares de conceder alta precoce ao idoso para diminuir os custos e acelerar sua recuperação num ambiente familiar.

O lar exerce sobre o idoso papel importante na manutenção da própria identidade, proporcionando-lhe melhorias para recuperação e qualidade de vida⁵. No entanto, a qualidade de vida do idoso fragilizado é condicionada à pessoa preparada para prestar-lhe cuidados.

No Brasil, os cuidadores oriundos de redes informais de apoio, como cônjuges, filhos e parentes, constituem a mais importante fonte de suporte aos idosos⁶. Apesar de serem vistos primariamente como recurso, existem muitas evidências acerca de suas necessidades e dos problemas que surgem em consequência da prestação de cuidados ao familiar idoso. Esta tarefa psicologicamente esgotante interfere de maneira adversa na saúde e bem-estar do cuidador⁷.

Os cuidadores de idosos experimentam fardo considerável e estão em maior risco de morbidade psiquiátrica e física, comparados à população em geral⁸. Em razão disso, têm sido chamados de “pacientes ocultos”, e também necessitam de ajuda para melhorar sua saúde⁷.

Este estudo mostrou-se relevante em vista da crescente preocupação com o bem-estar físico e psicológico de familiares que cuidam de idosos frágeis ou doentes. Os problemas vivenciados parecem distintos, dependendo das condições sócio-econômicas e culturais das famílias.

Visando conhecer o perfil desta população e contribuir para o planejamento local de ações de saúde, o problema que norteou o presente estudo foi: qual o perfil epidemiológico de cuidadores familiares de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família no município de Jataizinho no estado do Paraná no que tange aos aspectos demográficos, socioeconômicos, ocupacionais e inerentes à saúde e doença desse grupo populacional?

A importância deste trabalho foi conhecer a realidade cotidiana dos cuidadores residentes no município de Jataizinho - PR, nas comunidades de abrangência das equipes da Estratégia de Saúde da Família, a fim de estabelecer ações que ajudem estes indivíduos a terem vida mais saudável.

2 Material e Método

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, transversal, de abordagem quantitativa, por meio de inquérito domiciliar. Foi realizada no município de Jataizinho, situado no norte do Estado do Paraná. Este município compreende 4 equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF, sendo que 3 prestam assistência à população urbana e uma à população da zona rural. Cada equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde – ACS.

A pesquisa foi previamente autorizada pelo Departamento de Saúde de Jataizinho e desenvolvida nas áreas de abrangência da ESF da zona urbana, pelo fato da zona rural apresentar área de abrangência muito dispersa.

A amostra estabelecida foi de 40 cuidadores, cujos critérios de inclusão foram: ter algum grau de parentesco com o idoso; não ter formação oficial em cuidados de saúde; ser morador das áreas de abrangência da ESF da zona urbana e aceitar participar da pesquisa, assinando previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A escolha dos participantes foi mediante sorteio a partir da identificação dos idosos com cuidadores familiares cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, nas diferentes áreas de abrangência da ESF: Área Central, Conjunto Otaviano Heráclio Duarte e Vila Frederico.

A coleta de dados foi realizada mediante visitas domiciliares, pré-agendadas pelos agentes comunitários de saúde, a fim de facilitar a disponibilidade do entrevistado. O instrumento de coleta constou de formulário para a caracterização dos sujeitos quanto aos aspectos demográficos, sócioeconômicos, relacionados à saúde e às atividades desempenhadas. Foi caracterizado o grau de dependência do idoso para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária – AVD, conforme proposto por Katz e Cash (1970)⁹.

Os dados foram gerenciados por meio do programa estatístico Epi Info 3.3.2. Foram realizadas análise descritiva com frequência absoluta e relativa, e o teste de qui-quadrado de Pearson¹⁰ com correção de Yates caso necessário, sendo considerado nível de significância de 0,05. Os resultados foram demonstrados na forma de tabelas.

O referido estudo é subprojeto vinculado à Coordenadoria de Pesquisa: “Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos no município de Jataizinho-PR”, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Norte do Paraná – UNOPAR, protocolo de número PP/0086/08, em conformidade aos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹¹.

Foram assegurados aos participantes da pesquisa: informações sobre os objetos da investigação, o anonimato, a privacidade, o termo de consentimento livre e esclarecido e a liberdade para desistir da participação em qualquer momento.

3 Resultados

A idade dos cuidadores variou de 25 a 87 anos e a proporção de cuidadores por grupo etário nas faixas de 40 a 59 anos (35%) e de 60 a 79 anos (35%) foi a mesma. A idade média foi de 52,7 anos (dp=17,2) e 87,5% eram mulheres (tabela 1). Não houve associação estatística entre sexo e grupo etário (p=0,145). Vale ressaltar que 15% dos cuidadores tinham 70 anos ou mais de idade.

Tabela 1: Caracterização sócio-demográfica e econômica de cuidadores familiares de idosos, segundo faixa etária. Jataizinho, PR, 2008. (n = 40)

Característica	Faixa etária								Total		Qui-Quadrado de Pearson <i>p</i>
	20 a 39		40 a 59		60 a 79		≥ 80		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Gênero											
Feminino	10	100,0	13	92,9	11	78,6	1	50,0	35	87,5	0,145
Masculino	-	-	1	7,1	3	21,4	1	50,0	5	12,5	
Total	10	100,0	14	100,0	14	100,0	2	100,0	40	100,0	
Estado Civil											
Casado	6	60,0	8	57,2	12	85,8	2	100,0	28	70,0	0,002*
Solteiro	4	40,0	1	7,1	1	7,1	-	-	6	15,0	
Separado/Divorc	-	-	4	28,6	-	-	-	-	4	10,0	
Viúvo	-	-	1	7,1	1	7,1	-	-	2	5,0	
Total	10	100,0	14	100,0	14	100,0	2	100,0	40	100,0	
Parentesco											
Cônjuge	-	-	2	14,3	9	64,3	2	100,0	13	32,5	0,002*
Filha	3	30,0	5	35,7	2	14,3	-	-	10	25,0	
Neta	3	30,0	-	-	-	-	-	-	3	7,5	
Irmão(ã)	1	10,0	6	42,9	-	-	-	-	7	17,5	
Sobrinho(a)	2	20,0	1	7,1	3	21,4	-	-	6	15,0	
Bisneta	1	10,0	-	-	-	-	-	-	1	2,5	
Total	10	100,0	14	100,0	14	100,0	2	100,0	40	100,0	
Anos de estudo											
Analfabeto	-	-	2	14,3	7	50,0	-	-	9	22,5	0,101
1 a 3 anos	3	30,0	6	42,9	4	28,6	1	50,0	14	35,0	
4 a 7 anos	1	10,0	1	7,1	1	7,1	1	50,0	4	10,0	
8 a 11 anos	6	60,0	4	28,6	2	14,3	-	-	12	30,0	
12 ou + anos	1	1,0	1	7,1	-	-	-	-	1	2,5	
Total	10	100,0	14	100,0	14	100,0	2	100,0	40	100,0	
Renda											
Até 1 salário	2	20,0	5	35,7	3	21,4	-	-	10	25,0	0,093
> 1 a 2 salários	2	20,0	6	42,9	10	71,4	-	-	18	45,0	
> 2 a 3 salários	4	40,0	2	14,3	1	7,1	2	100,0	9	22,5	
> 3 a 4 salários	1	10,0	1	7,1	-	-	-	-	2	5,0	
> 4 salários	1	10,0	-	-	-	-	-	-	1	2,5	
Total	10	100,0	14	100,0	14	100,0	2	100,0	40	100,0	
Origem da Renda											
Aposentadoria	-	-	-	-	8	61,5	1	50,0	9	25,0	<0,000*
Aposentadoria + auxílio do idoso	-	-	2	15,4	3	23,1	1	50,0	6	16,7	-
Recebe somente auxílio do idoso	5	62,5	6	46,1	1	7,7	-	-	12	33,3	0,155
Recebe auxílio da família	-	-	2	15,4	-	-	-	-	2	5,6	0,271
Pensão	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,8	0,592
Somente trabalho formal	1	12,5	2	15,4	1	7,7	-	-	3	8,3	0,168
Trabalho formal + auxílio do idoso	2	25,0	1	7,7	-	-	-	-	3	8,3	-
Total	8	100,0	13	100,0	13	100,0	2	100,0	36	100,0	

 * Qui-quadrado de Pearson, significativo: $p < 0,05$.

Quanto à situação conjugal, 70% dos cuidadores eram casados, 15% solteiros, 10% separados e os viúvos representaram 5% da amostra. Analisando os resultados sobre o grau de parentesco, ficou evidente que esposas (30%) e filhas (25%) foram os principais membros da família que assumiram a função de cuidar. Foram encontradas associações estatísticas significativas entre as variáveis: grau de parentesco e faixa etária ($p=0,002$) e também entre o estado civil e o grau de parentesco com o idoso, para o sexo feminino ($p = 0,002$). Considerando o estado conjugal das filhas ($n = 10$), constatou-se que 40% eram solteiras, 30% casadas, 20% viúvas e 10% divorciadas.

A maior parte dos cuidadores possuía baixa escolaridade, 35% com 1 a 3 anos de estudo, 10% com 4 a 7 anos de estudo e 22,5% eram analfabetos. Não foi encontrada associação estatística entre as diferentes faixas etárias e escolaridade ($p=0,101$) ou entre escolaridade e gênero ($p=0,129$) na totalidade dos entrevistados. Entretanto, dentro da faixa etária de 60-69 anos, houve significativa associação estatística entre sexo e escolaridade ($p=0,003$), sendo que os homens possuíam mais anos de estudo quando comparados às mulheres, a maioria analfabeta (63,6%) neste grupo etário.

Quanto à renda, 45% dos cuidadores possuíam renda entre 1 a 2 salários mínimos, 25% até 01 salário e 22,5% entre 2 a 3 salários, sem associação estatística com o gênero ($p=0,940$) ou faixa etária ($p=0,093$).

O idoso prestava ajuda financeira para mais da metade dos entrevistados (58,3%). Para 33,3% dos cuidadores esta foi a única fonte de renda citada; 16,7%, além do auxílio financeiro recebiam aposentadoria, e 8,3% ainda possuíam trabalho formal. A aposentadoria representou a única fonte de renda para 25% dos cuidadores.

Na investigação sobre o motivo pelo qual assumiu a função de cuidador (tabela 2), 32,5% dos entrevistados referiram ausência dos filhos, justificada pelo fato destes possuírem trabalho formal, ou por serem casados ou porque moravam longe do idoso. Muitas mulheres assumiram esta condição por considerar um dever atribuído a sua condição de cônjuge (30%). Assim como, o papel de cuidadora ficou sob responsabilidade das filhas solteiras ($p=0,004$). Outros 10% referem cuidar do idoso por não terem trabalho formal e 7,5% por residirem mais próximo ao idoso. A associação estatística entre o estado civil e a função de cuidador foi significativa ($p=0,04$).

Tabela 2: Distribuição das afirmações com as quais os cuidadores se identificam em relação ao motivo de ser cuidador e às tarefas desempenhadas no cuidado do idoso. Jataizinho/PR, 2008. ($n=40$)

Motivos para ser cuidador	n	%	p
Ausência dos filhos	13	32,5	
Porque são cônjuges e devem cuidar	13	32,5	0,04*
São filhas e solteiras	4	10	0,004*
Porque é solteiro	1	2,5	
Não trabalha fora	4	10	
Mora mais próximo	3	7,5	
Irmãos não podem cuidar	1	2,5	
Sou o filho mais velho	1	2,5	
Como considera a função de cuidar	n	%	p
É algo que me dignifica como pessoa	18	45	
Uma obrigação moral	13	32,5	
A pessoa cuidada é muito agradecida	13	32,5	
Não há outro remédio senão cuidar	11	27,5	
As pessoas e minha família valorizam o meu papel	8	20	
É uma carga excessiva	7	17,5	

Nota: Percentagem calculada sobre os 100% da amostra de 40 cuidadores.
* Qui-quadrado de Pearson, significativo: $p<0,05$.

Acerca dos sentimentos de identidade do cuidador diante das tarefas desempenhadas na atenção ao idoso, os dados da tabela 2 revelam que a maioria percebe o cuidado como algo que o dignifica como pessoa (45%); ou como cumprimento de dever moral (32,5%); satisfação com a gratidão manifestada pelo idoso (32,5%); e reconhecimento da família e da comunidade (20%). Entretanto, é pertinente destacar que 27,5% dos cuidadores foram levados a assumir este papel por ser a única opção disponível (“não há outro remédio, senão cuidar”) e ainda, 17,5% consideraram carga excessiva.

Em relação ao tempo dispensado ao cuidado (tabela 3), este estudo mostrou que 40% dos entrevistados trabalhavam mais de 18 horas e 22,5% dedicavam entre 12 e 18 horas diárias no cuidado com o idoso, ou seja, a maioria atua de modo permanente, o que certamente representa sobrecarga de trabalho. Entre os idosos, 30% apresentavam dependência leve, 20% dependência moderada e 50% dependência importante. A associação estatística entre o tempo dispensado ao cuidado e o grau de dependência do idoso foi significativa neste estudo ($p=0,01$), como era esperado. Os idosos com maior grau de dependência necessitam mais assistência nas atividades da vida diária. Dos cuidadores entrevistados nesta pesquisa, 97,5% dividem tarefas domésticas com a prestação de cuidados e 20% ainda tinham trabalho formal.

Tabela 3: Grau de dependência do idoso e tempo dispensado pelo cuidador. Jataizinho/PR, 2008. (n = 40)

Horas de dedicação diária	Grau de dependência do idoso							
	Dependência Leve		Dependência Moderada		Dependência Importante		Total	
	n	% (linha)	n	% (linha)	n	% (linha)	n	% (linha)
01 a 06 horas	0	(0)	2	(100)	0	(0)	2	(100)
% (coluna)	(0)		(25)		(0)		(5)	
06 a 12 horas	6	(46,2)	0	(0)	7	(53,8)	13	(100)
% (coluna)	(50)		(0)		(35)		(32,5)	
12 a 18 horas	1	(11,1)	4	(44,4)	4	(44,4)	9	(100)
% (coluna)	(8,3)		(50)		(20)		(22,5)	
Mais de 18 horas	5	(31,2)	2	(12,5)	9	(56,2)	16	(100)
% (coluna)	(41,7)		(25)		(45)		(40)	
TOTAL	12	(30)	8	(20)	20	(50)	40	(100)
% (coluna)	(100)		(100)		(100)		(100)	

p = 0,01

No que se refere aos aspectos relacionados à saúde (tabela 4), 45% dos cuidadores referiram não ter problemas de saúde e 50% relataram não fazer uso de medicação contínua. Observou-se associação da faixa etária com a referência de problemas de saúde (p=0,019) e com o uso de medicação contínua (p=0,037), aumentando no segmento etário mais idoso. Não houve associação estatística com o gênero.

Dentre as doenças crônicas, a Hipertensão Arterial foi referida por 25% dos entrevistados, seguida de Diabetes (12,5%) e Depressão (12,5%). A associação entre hipertensão e diabetes foi de 7,5%. Os distúrbios osteoarticulares foram citados por 5,0% dos entrevistados e 5,0% ainda referiram cardiopatias. Cuidadores do segmento etário mais velho possuíam hipertensão arterial (p=0,023) e cardiopatias (p=0,019), ao contrário dos mais jovens.

Tabela 4: Perfil de saúde de cuidadores de idosos. Jataizinho/PR, 2008. (n = 40)

Características	Faixa etária								Total	p*	
	20 - 39 anos		40 - 59 anos		60 - 79 anos		≥ 80 anos				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Problemas de saúde											
Sim	2	9,1	7	31,8	11	50,0	2	9,1	22	55,0	0,019*
Não	8	44,4	7	38,9	3	16,7	0	0,0	18	45,0	
Uso contínuo de medicamentos											
Sim	2	10,0	6	30,0	10	50,0	2	10,0	20	50,0	
Não	8	40,0	8	40,0	4	20,0	0	0,0	20	50,0	0,037*
Patologias referidas											
Hipertensão arterial	0	0,0	2	20,0	7	70,0	1	10,0	10	25,0	0,023*
Diabetes	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	5	12,5	0,145
Depressão	2	40,0	2	40,0	1	20,0	0	0,0	5	12,5	0,751
Doenças osteoarticulares	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	5,0	0,824
Cardiopatias	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	2	5,0	0,019*

* Qui-quadrado de Pearson, significativo: p<0,05.

4 Discussão

Em relação à composição por sexo, merece destaque o predomínio das mulheres (87,5%), tornando evidente o papel do sexo feminino como cuidadora na nossa cultura. Segundo estudo, na maioria dos países, ao longo da história, o cuidado

do idoso é exercido principalmente por mulheres¹².

Historicamente a mulher sempre foi responsável pelo cuidado, seja da casa ou dos filhos, enquanto o papel do homem era trabalhar fora para garantir o provimento financeiro da família¹³.

Embora essa realidade venha sendo modificada em virtude

da inserção social da mulher no mercado de trabalho, ainda se espera que ela cumpra esse papel pela tradição, de no passado recente, não exercerem funções fora de casa, tendo maior disponibilidade para o cuidado da família¹². Sendo assim, é comum que a mulher assuma os cuidados mesmo quando trabalha fora, o que acaba repercutindo em maiores limitações de tempo livre e implicações na vida social¹³.

Numa amostra de 238 cuidadores familiares, Vilela et al.¹⁴ também constataram que 87,5% eram mulheres, embora enfatizem a crescente participação de homens em diferentes idades (12,5% da amostra), sendo predominantemente esposos, filhos e netos.

Resultado semelhante foi observado neste estudo, onde 12,5% dos participantes também eram do sexo masculino, sendo 60% sobrinhos, 20% cônjuges e 20% primos do idoso.

A proporção de cuidadores por grupo etário nas faixas de 40 a 59 anos e de 60 a 79 anos foi a mesma. Assim, a maior parcela de cuidadores eram pessoas com 40 ou mais anos de idade (75%). Estes resultados se assemelham as outras pesquisas realizadas que concluem que os cuidadores de idosos são tipicamente mulheres, de meia-idade ou idosas^{14, 15, 16}.

As mulheres da família são a maioria entre os cuidadores de idosos, fato constatado na maior parte dos países^{17, 18}. A reflexão sobre as práticas de cuidar traça uma historiografia que considera próprio à natureza das mulheres. Em todas as épocas e em muitas sociedades cabe às mulheres cuidar dos enfermos, do crescimento e desenvolvimento das crianças, dos velhos, assim como do bem estar dos maridos¹⁹.

Cabe destacar que na vida familiar, existe uma hierarquia de compromisso em relação ao cuidado. Em primeiro lugar, vem a esposa e, em seguida, a filha solteira ou que vive sozinha²⁰. Em estudo realizado por Fernandes e Garcia²¹, as cuidadoras eram 70% filhas e 23,3% esposas, sendo que todos os idosos casados eram cuidados por suas esposas, e os viúvos em sua maioria eram cuidados pelas filhas, especialmente as solteiras, divorciadas ou também viúvas. Estes estudos salientam que o papel de cuidar recai sobre as filhas com papéis familiares menos competitivos, ou seja, as solteiras, viúvas e divorciadas, fato constatado nesta pesquisa.

O índice de analfabetismo (22,5%) e de baixa escolaridade (45%) dos cuidadores é situação preocupante, pois o cuidador deve ser alfabetizado, possuir noções básicas sobre cuidado do idoso e compreensão mínima do processo de envelhecimento humano. Assim o cuidador terá a função de realizar a atenção adequada às pessoas idosas que apresentam limitações para as atividades básicas e instrumentais da vida diária, estimulando a independência e respeitando sua autonomia²².

De acordo com Resta e Budó²³, é importante conhecer a escolaridade dos cuidadores, pois são eles que recebem as informações e orientações das equipes de saúde e a educação em saúde está muito ligada à capacidade de aprendizagem das pessoas. Levando em consideração o alto índice de analfabetismo e baixa escolaridade, tais autores propõem a

necessidade de criar alternativas para facilitar a compreensão dos cuidadores em relação ao cuidado, como o uso de gravuras, folhetos e desenhos explicativos.

No Brasil, além desta tarefa ser majoritariamente feminina, é dominante na população de baixa renda. A dificuldade financeira é um dos aspectos que afeta o cotidiano da maioria das famílias cuidadoras. Muitos cuidadores estão desempregados e sobrevivem dos recursos provenientes da aposentadoria do idoso que, em muitos casos, é insuficiente para atender as necessidades do próprio idoso²⁴. Este fato foi constatado na presente investigação, no qual o auxílio financeiro prestado pelo idoso e a aposentadoria representaram as principais fontes de renda dos entrevistados.

Assim, os resultados corroboram o conceito de autores⁶ de que, na realidade, a maioria dos cuidadores familiares são pessoas de meia idade ou idade avançada, baixa renda e pouca escolaridade.

O cuidado da população que envelhece representa extraordinário desafio, especialmente pelo crescimento mais acelerado da parcela idosa frágil e muito idosa da população, por esse grupo apresentar grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários. Este contexto resulta em demanda crescente por serviços sociais e da saúde, mas ainda é a família a instituição que cumpre o papel social de cuidar de idosos frágeis⁸.

Desta forma, a qualidade e manutenção dos cuidados aos idosos e a prevenção à institucionalização, relaciona-se com o suporte dado aos cuidadores familiares, através de programas que devem ser verdadeiramente efetivos, de treinamento, supervisão e assessoria, voltados a essa realidade.

Diversos motivos contribuem para que a pessoa se torne cuidadora, dentre os quais se destacaram: a obrigação moral alicerçada em aspectos culturais e religiosos, a condição de conjugalidade, as filhas solteiras e a ausência de outras pessoas para a tarefa de cuidar, caso em que o cuidador assume essa incumbência não por opção, mas por força da circunstância²⁵.

Acerca dos sentimentos de identidade do cuidador diante das tarefas desempenhadas na atenção ao idoso, apesar de 27,5% dos cuidadores assumirem este papel por ser a única opção disponível e 17,5% considerarem como carga excessiva. A maioria percebe o cuidado como dignificante (42,5%), cumprimento de dever moral (32,5%) e sentem satisfação com a gratidão manifestada pelo idoso (32,5%). Em geral, os cuidadores são pessoas que no dia a dia, diante das diversas tarefas rotineiras e das dificuldades, encontram estímulo, coragem, amor e paciência para cuidar do outro, mesmo que se prive de algumas necessidades pessoais²⁶.

Assim, embora o cuidado ao idoso interfira de modo sombrio no viver do cuidador, resultando em sobrecarga e estresse, existe uma faceta positiva, devendo esta ser estimulada e contribuir para melhoria da autoestima, da saúde e do bem-estar do cuidador.

Contudo, com o passar do tempo, a adaptação e

aceitação do fato vai se instalando e aquele que assumiu tal responsabilidade se vê, na maioria das vezes, sozinho, sem qualquer tipo de ajuda, renunciando a sua própria vida, enquanto os outros familiares estão cuidando de si próprios²⁷.

A sobrecarga de trabalho é um dos fatores de interferência na qualidade de vida e, cuidar de um idoso em tempo prolongado expõe, constantemente, os cuidadores a riscos de adoecimento, em especial, àqueles que são cuidadores únicos e assumem totalmente essa responsabilidade²⁵.

A presente pesquisa constatou tal realidade, a maioria dos cuidadores atua de modo permanente (62,5%) e dedicam diariamente mais de 12 horas de atenção ao idoso. Além disso, como esperado, os idosos com maior grau de dependência (50%) necessitam de mais cuidados, aumentando a responsabilidade e sobrecarga do cuidador.

Muitos são os problemas vivenciados após o indivíduo tornar-se cuidador de idoso dependente. Estes passam a desenvolver tarefas para resolverem situações novas que surgem a partir desse momento. Essa necessidade requer certo grau de preparo e, por vezes, leva a sobrecarga e piora na qualidade de vida destas pessoas.

A tarefa de cuidar do indivíduo dependente é psicologicamente esgotante. Observam-se com frequência altas taxas de depressão e outros sintomas psiquiátricos, sentimentos de frustração, ansiedade, preocupação constante, além de problemas físicos⁷. Os cuidadores ainda participam menos de atividades sociais, têm mais problemas no trabalho e apresentam maior frequência de conflitos familiares. Todas essas alterações têm importante impacto em sua qualidade de vida⁸. Considerando o predomínio de cuidadores de meia idade, ou mesmo idosos, o risco de se tornar igualmente doente e dependente o cuidador, aumenta, portanto essas pessoas necessitam de atenção profissional.

Idosos com dependência moderada (20%) necessitam de assistência preferencialmente para a transferência, alimentação e higiene pessoal, e àqueles com dependência leve (30%), necessitam de auxílio em uma ou outra atividade apenas.

Os idosos, mesmo acometidos por doenças, podem ter qualidade de vida, que geralmente é expressa pela funcionalidade positiva no desempenho de tarefas e/ou papéis sociais e na capacidade de executar atividades do cotidiano, sem a necessidade de auxílio de outras pessoas. Contudo, muitas vezes consideram importante a figura do cuidador como acompanhante, para não saírem sozinhos, para o controle de medicamentos, realizarem compras, ir ao banco, os idosos sentem-se mais seguros, além de ter alguém com quem conversar²⁸.

Este estudo mostrou ainda que, a maioria dos cuidadores (97,5%) divide tarefas domésticas com a prestação de cuidados e 20% possui trabalho formal. No caso de mulheres casadas que residem com o idoso cuidado, somam-se as atividades domésticas próprias de mãe, esposa e avó, gerando acúmulo de trabalho em casa e sobrecarga nos diversos domínios

da qualidade de vida da cuidadora, como: social, físico, emocional, espiritual, enfim, contribuindo para o descuido da própria saúde¹².

Exercer outras atividades fora de casa, entretanto, pode ser benéfico, pois a alternância geralmente proporciona oportunidade de descanso da tarefa de cuidador, além de favorecer a interação social minimizando problemas como isolamento, angústia ou depressão²⁹.

O estresse maior está relacionado à falta de ajuda, no sentido de divisão de responsabilidades com outros membros da família, e não com o cuidar propriamente dito. Estimular o envolvimento da família mais ativamente neste processo, educar e fornecer orientações básicas, com perspectiva encorajadora que possa minimizar as dificuldades do processo de cuidar contribuirá para o bem-estar dos cuidadores²⁷.

Os cuidadores dos segmentos etários mais velhos (40%) relataram mais problemas de saúde e maior uso de medicação contínua. Este fato pode ser decorrente do próprio envelhecimento, que aumenta a prevalência de doenças crônico-degenerativas, bem como serem decorrentes ou agravados pela sobrecarga de trabalho, estresse, isolamento social etc. Entre as doenças referidas, a hipertensão arterial foi prevalente, seguida de diabetes, depressão, doenças osteoarticulares e cardiopatias. A depressão foi a única patologia relatada pelos cuidadores jovens (20 a 39 anos).

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de intervenção por meio de políticas públicas que ofereçam apoio técnico, assistência e orientações na atividade de cuidador primário. Serviços de suporte formal e natureza multiprofissional são essenciais no sentido de prevenir e/ou aliviar as dificuldades enfrentadas pelo cuidador.

No entanto, não basta preparar o cuidador apenas do ponto de vista técnico, mas é preciso também estruturar intervenções junto a ele, que considerem sua saúde e a sobrecarga sofrida, afetando aspectos físicos, psíquicos, financeiros e sociais. Ou seja, é necessário criar projetos de manutenção e promoção da sua própria condição de saúde³⁰. Ressalta-se o achado nesta pesquisa que aponta o fato de muitos cuidadores serem também idosos (40%) e já com doenças crônicas, com demandas próprias e alto risco de adoecerem num breve espaço de tempo se o suporte necessário não for provido.

O grupo familiar e a comunidade são espaços naturais de proteção e inclusão social. Além disso, estas estruturas possibilitam a conservação dos vínculos relacionais e a inclusão em projetos coletivos, permitindo melhoria na qualidade de vida. É no ambiente doméstico, na família, no relacionamento com vizinhos que as pessoas estabelecem relações primárias, as quais constituem a sustentação para o enfrentamento das dificuldades cotidianas³¹.

O atendimento familiar é de extrema valia e, não raro, de importância crucial para o sucesso do tratamento e os cuidados ao paciente. Contudo, cabe ressaltar que já conhecidos na literatura os relatos de dificuldades pelos quais passam os

cuidadores em tarefas cotidianas, os grupos de apoio ou de ajuda mútua têm sido cada vez mais adotados nos serviços sócio-educativos e de saúde para o acolhimento de pessoas que enfrentam problemas comuns ou semelhantes¹⁸.

Independente do tipo de cuidado prestado, esses cuidadores carecem de informações e suporte emocional. Necessitam de espaço para amenizar dúvidas e anseios e ter tempo só para si. Assim, as oficinas terapêuticas surgem como mecanismo de apoio, ambiente que fornece orientações, informações, além de ser espaço que proporciona qualidade de vida e troca de experiências entre os sujeitos. É espaço de construção de saberes mútuos, onde todos aprendem e todos ensinam. Além de todos esses benefícios há ainda a interação e a cooperação entre os profissionais envolvidos e os cuidadores, que sabem que podem contar com o apoio, não só profissional, mas também emocional obtido através de conversas e trocas de experiências³².

Para Neri e Carvalho³³, é preciso estimular os cuidadores a participar de oficinas terapêuticas e reconhecer a importância do apoio social formal e informal. Isto também contempla o âmbito da ação do grupo de apoio. É pertinente a proposta de criar oficinas para discutir questões articuladas ao estilo de vida do cuidador e ao desenvolvimento da vida fora dos cuidados. O grupo de apoio ajuda a desenvolver a percepção do cuidador de que não se encontra solitário ou isolado. Existem outros participantes afetados pelos mesmos problemas, os quais manifestam sentimentos de compreensão e aceitação mútua, fortalecendo a ideia de que os grupos de apoio constituem mecanismos viáveis e úteis, a medida que privilegiam as estratégias para modificar contextos problemáticos e buscam a integridade física e psíquica dos cuidadores de idosos. O grupo de cuidadores revela que a melhor estratégia de prevenção e tratamento é assistir, gratificar e ajudar o provedor de cuidados.

5 Conclusão

Em relação ao perfil sócio-demográfico concluiu-se que dentre os cuidadores, a maioria são mulheres, cônjuges ou filhas de meia-idade ou idosas, de baixa renda e pouca escolaridade.

A principal fonte de renda desta população é a aposentadoria e o auxílio financeiro prestado pelo idoso. A maioria atua permanentemente como cuidadores únicos em tempo prolongado. Por ser população predominantemente de meia idade ou idosa, sofrem de doenças como hipertensão arterial, diabetes, depressão e distúrbios osteoarticulares.

Este estudo permitiu constatar que os cuidadores desempenham funções em condições pouco favoráveis, o que impõe, por parte dos serviços de saúde, investimentos de suporte à família cuidadora. Há muito que se desenvolver na área da saúde visando à melhoria da assistência oferecida à família que enfrenta situação de cuidar de um indivíduo idoso com doença crônica.

Daí a importância de conhecimento mais aprofundado desta realidade, pois só assim será possível promover ações de apoio direcionadas ao cuidador familiar, para que o ato de cuidar não seja somente sinônimo de renúncia, de ausência de vida social, de falta de liberdade para cuidar de si próprio.

Através de serviços de aconselhamento e orientações básicas, do estímulo ao envolvimento da família, de cursos de capacitação e grupos de ajuda mútua, os familiares estarão mais preparados para intervir adequadamente nas situações de cuidado. Ajudando a preservar a qualidade de vida do cuidador e conseqüentemente, proporcionar-lhe melhores condições de bem-estar físico e mental.

Referências

1. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, Brasil 2008 (PNAD). 2009. [acesso em 2010 Fev 25]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
2. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Revista de Saúde Pública*. 2007;41(5):757-69.
3. Brasil. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. Avaliação da rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa: avanços e desafios. II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde. 2008. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/co/idoso/Idoso240608.pdf>
4. Veras R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(10):2463-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/20.pdf>
5. Nakatani AYK, Souto CCS, Paulette LM, Melo TS; Souza MM. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendido pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2003;5(1). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/perfil.html
6. Silva EPN, Neri AL. Questões geradas pela convivência com idosos: indicações para programas de suporte familiar. In: Neri AL. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papirus; 2009.
7. Figueiredo D, Sousa L. Dificuldades e fontes de satisfação percebidas por cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2008;6(1):15-23.
8. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(5):1509-18.
9. Katz SDT, Cash HR, Grotts RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970;10(1):20-30.
10. Callegari-Jacques SM. *Bioestatística: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed; 2003.
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. *Cadernos de Ética em Pesquisa: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos: resolução nº 196/96*. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

12. Alvarez AM. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado no contexto domiciliar. [tese]. 183f. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
13. Laham CF. Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.
14. Vilela ABA, Meira EC, Souza AS; Souza DM, Cardoso IS, Sena ELS et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2006;9(1):55-69.
15. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad. Saúde Pública. 2003;19(3):861-6.
16. Rodrigues MR, Almeida RT. Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio – um estudo de caso. Acta Paulista de Enfermagem. 2005;18(1):20-4.
17. Murta NMG, Miranda LS, Nunes NLA, Almeida TL. Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde dos participantes do curso de cuidadores de idosos do Vale do Jequitinhonha/MG. Revista Kairós, São Paulo. 2008;11(2):121-39.
18. Arruda MC, Alvarez AM, Gonçalves LHT. O familiar cuidador de portador de doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. Ciênc. Cuid. Saúde. 2008; 7(3):339-45.
19. Maffioletti VLR, Loyola CMD, Nigri F. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. Ciênc. Saúde Coletiva. 2006;11(4):1085-92.
20. Neri AL. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea, 2002. 201p.
21. Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Rev. Bras. Enferm. 2009;62(1):57-63.
22. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Secretaria de Assistência Social. Idoso: problema e cuidados básicos. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
23. Resta DG, Budó MLD. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. Acta Scientiarum, Health Sciences. 2004; 26(1):53-60.
24. Camarano A. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60. Rio de Janeiro: IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). 2004.
25. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. Texto e Contexto Enferm. 2006;15(10):570-77.
26. Almeida TL. Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde da família. [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2006.
27. Simonetti JP, Ferreira JC. Estratégias de *coping* desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. Rev. Esc. Enferm. USP. 2008; 42(1):19-25.
28. Spirduso WW. Dimensões físicas do envelhecimento. Barueri: Manole; 2005.
29. Marques S. Cuidadores familiares de idosos: relatos de histórias. Dissertação, Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem da USP; 2000.
30. Sá Barbosa e Ferreira MJ, Filgueiras MST. A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. Revista APS. 2009;12(1):72-82.
31. Lemos N, Medeiros SL. Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
32. Sá SPC, Lindolpho MC, Santana R, Ferreira PA, Santos IS, Alfradique P et al. Oficinas terapêuticas para cuidadores de idosos com demência - atuação da enfermagem no programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia da UFF. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2006;9(3):61-72.
33. Neri AL, Carvalho UAML. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

