



Universidade Federal  
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF**  
**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**KALIANE NOBERTO DE LACERDA**

**SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS DEPENDENTES DA  
CAPACIDADE FUNCIONAL**

**CAJAZEIRAS – PB**

**2013**

**KALIANE NOBERTO DE LACERDA**

**SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS DEPENDENTES DA  
CAPACIDADE FUNCIONAL**

Monografia apresentada ao curso de bacharelado em enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem - UAENF como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ms. Milena Costa Silva  
Moreira

Co-orientadora: Enfa. Ms. Eliane de Sousa  
Leite

**CAJAZEIRAS-PB**

**2013**





L131s Lacerda, Kalliane Noberto de.  
Sobrecarga do cuidado informal de idosos dependentes da capacidade funcional / Kalliane Noberto de Lacerda. - Cajazeiras, 2013.  
53f. : il.

Não disponível em CD.  
Monografia(Bacharelado em Enfermagem )-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2013.  
Contem Bibliografia e Apendice

1. Saúde do Idoso. 2. Idoso-sobrecarga do cuidador. 3. Dependência funcional. I. Leite, Milena Silva. II. Leite, Eliane de Sousa. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título

CDU 613.98

**KALIANE NOBERTO DE LACERDA**

**SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS DEPENDENTES DA  
CAPACIDADE FUNCIONAL**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem - UAENF, da Universidade Federal de Campina Grande, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2013.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Ms. Milena Silva Costa

Universidade Federal de Campina Grande – Campus de Cajazeiras  
(orientadora)

---

Enfa. Ms. Eliane Sousa Leite

Universidade Federal de Campina Grande – Campus de Cajazeiras  
(co-orientadora)

---

Profa. Esp. Iluska Pinto Costa

Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras/UFCG - Campus de Cajazeiras

---

## DEDICATÓRIA

Dedico a minha avó Maria das Neves de Lacerda (*in memória*), mulher trabalhadora, viúva ainda jovem, lutou para criar 7 filhos, e fez isso com dedicação e muito esforço, lutando para que os filhos tivessem um futuro promissor, mulher vitoriosa que alcançou os seus objetivos de vida, seguindo seus bons exemplos meu pai se dedicou a ensinar e investir nas filhas, incentivando para que hoje esse sonho fosse possível.

Dedico aos meus avós maternos Jonas Noberto e Maria Carmelita Noberto, pessoas simples, trabalhadoras, que dedicaram a vida de trabalho aos filhos, investindo na educação dos mesmos, minha mãe também seguindo os bons exemplos de seus pais, investiu no nosso ensino fazendo com que esse sonho fosse agora concretizado. E hoje quero compartilhar esse momento de vitória dedicando a quem desde o início acreditou que eu venceria na vida, meus pais.

## AGRADECIMENTOS

Tudo que sonhei hoje se tornou realidade, estou me formando, as conquistas no decorrer do curso, os momentos difíceis que enfrentei as dificuldades que passei quantas noites mal dormidas, tentando dar o meu melhor, o suporte e apoio emocional que tive nos momentos de maior dificuldade, pensando em desistir, sempre existiram pessoas a me apoiar e a me encher de ânimo para continuar por mais um pouco de tempo.

Hoje é com muita alegria que, venho agradecer em primeiro lugar, a Deus, meu mestre, meu pai, meu professor, meu amigo, o autor da minha história, quantas vezes eu estava sozinha a chorar pensando em desistir, mais na mesma hora vinha a minha mente tudo que eu já tinha enfrentado pra chegar até ali e que não havia conseguido sozinha, Deus me ajudara, então continuava porque sabia que não estaria sozinha.

Agradeço a meus pais Paulo Lacerda e Maria do Socorro, pela dedicação e investimento em meus estudos, meus pilares, meus amigos, foram eles que me fizeram refletir sobre qual caminho seguir, pela paciência em meu momento de crise, por compreenderem meus estresses, sem eles eu não estaria aqui contando com essa vitória.

A meu Tio Dr. Pedro Furtado por ajudar financeiramente meu Pai, lhe dando condições para investir em mim.

Às minhas irmãs Kaline e Kelly, e meu cunhado José Daniel, que de uma forma às vezes direta, às vezes indireta, me ajudaram a construir esse sonho, me incentivando a continuar.

As minhas primas Nadja Larice e Édja Larissa, que sempre acreditaram no meu potencial, me aconselhando, me dando um voto de confiança nos primeiros passos do meu curso.

Aos amigos que descobri durante o curso, principalmente Kamila Macena, Claudineide Cardoso, Paula Priscila, Marconni, Nayara Almeida, Rogéria Gomes, Izabel Pedrosa, Ramon Figueiredo, Joseane Feitosa, Jéssika Roberto e Cristina Pinheiros, por tudo que passamos juntos, as discórdias, os trabalhos, dificuldades enfrentadas, os sonhos que construímos com o passar dos anos, a amizade que se fortaleceu a cada etapa do nosso crescimento quanto profissionais em formação.

Agradeço aos amigos, Janice Correia, Carlos Henrique, Ana Victória, Juliana, Juliete, Elisabete, Laleska, Miriam, Midiam, Cássia, Claryssa, Maikell, Meiry, Raquel pelas orações e intercessões a Deus por mim.

Agradeço ao meu Namorado João, que mesmo chegando no finalzinho dessa jornada, não deixou de me encorajar, incentivar a continuar, ouvindo os meus desabafos e aguentando os meus estresses, obrigada amor.

A minha amiga de tantos anos Anne Caroline, colega de curso, os estágios que realizamos juntas, enfrentando algumas dificuldades, mais hoje já formada, tenho o enorme privilégio de dizer que sou amiga da Secretária de Saúde do Município de Bonito de Santa Fé, PB.

A minha Orientadora Milena, pela imensa ajuda e colaboração fundamental na realização deste trabalho.

A minha co-orientadora Eliane, ao grande apoio e dedicação intensa ao meu trabalho, me ajudando a concluir mais essa etapa difícil do curso, pela oportunidade e o privilégio de compartilhar conhecimentos com essa mente brilhante.

A professora Iluska, componente da Banca Examinadora, pelo carinho e o prazer com que aceitou fazer parte da avaliação do meu trabalho.

Aos meus professores do primário, do ensino fundamental e médio, aos puxões de orelha, as reclamações, as provas difíceis que me fizeram esquentar a cabeça e estudar um pouco mais.

Aos técnicos de enfermagem do Hospital Honorina Tavares de Albuquerque, Caçula, Gracinha e Marinalva, que me ajudaram nos meus primeiros passos nas práticas de enfermagem durante os meus estágios extras.

Aos meus pastores Severino Felipe e Aldenir Taveira, pelas orações e interseções a Deus por mim, para que Deus continuasse me ajudando a enfrentar as dificuldades de uma universidade.

Aos amigos e vizinhos que sempre me apoiaram nas minhas escolhas, me incentivando a continuar e acreditando que tudo daria certo.

Em fim, a todos que contribuíram para a concretização desse sonho, meus sinceros agradecimentos.

*“Não me rejeites no tempo da velhice; não me desampares, quando se for acabando a minha força” Salmos 71.9*

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

## RESUMO

LACERDA, K.N. **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes da capacidade funcional**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, 2013.

A intensidade do crescimento da população “mais idosa”, 80 anos ou mais, tem-se elevado, devido ao aumento da expectativa de vida, elevando também a incidência de enfermidades crônicas, não transmissíveis, com possíveis alterações na dependência física, cognitiva e emocional, comprometendo a sua autonomia, gerando uma maior demanda de cuidados permanentes pelos familiares cuidadores. No ambiente familiar a função de cuidador tende a ser assumida por uma única pessoa, denominada “cuidador principal”, que assume a responsabilidade pelo cuidado. Os cuidadores informais de idosos dependentes podem entrar em situação de crise cujos principais sintomas são: tensão, constrangimentos, fadiga, estresse, frustrações, alterações do convívio, depressão e alteração da auto estima. Esta sobrecarga ou tensão pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais sociais e financeiros que podem afetar o bem-estar do doente e do cuidador. A sobrecarga do cuidador principal constitui um problema importante que desperta o interesse não só de trabalhos de investigação, mais também de instrumentos de avaliação como a *Zarit Burden Interview* que avalia a sobrecarga do cuidador em diferentes níveis. O trabalho apresentado teve como objetivo avaliar a sobrecarga apresentada pelo cuidador informal de idosos dependentes da capacidade funcional, conhecendo os níveis de sobrecarga, avaliados pela Escala de Zarit. Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado na cidade de Bonito de Santa Fé, no Sertão da Paraíba, pertencente a 9ª Microrregião de Saúde. Foi utilizado um instrumento para caracterização sócio-demográfica dos cuidadores informais, associados à escala de Zarit para a avaliação da sobrecarga. A análise e interpretação dos resultados foram tabuladas no programa Microsoft Office Excel 2007 e analisado estatisticamente através do Software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS). A pesquisa revela que a maioria dos cuidadores entrevistados eram do sexo feminino, na faixa etária adulta, que desempenham tarefas dentro e fora do lar e em sua maioria prestam mais de 12 horas de cuidados diários, nesta pesquisa constatou-se que a maioria dos cuidadores eram os próprios familiares, filhas ou cônjuges. Verificou-se ainda que 77,3% dos cuidadores obtiveram uma sobrecarga intensa. Conclui-se que avaliar e identificar a sobrecarga do cuidador é um aspecto importante para o cuidado com o idoso. Porquanto o excesso de sobrecarga pode comprometer e interferir nas relações familiares. Então com a ausência de sobrecarga o cuidador informal prestará o cuidado de forma mais eficiente.

**PALAVRA-CHAVE:** Envelhecimento, dependência funcional, sobrecarga de cuidador.

## ABSTRACT

LACERDA, K.N. **Informal caregiver burden of elderly dependent functional capacity.** Completion of course work (Undergraduate Nursing) - Federal University of Campina Grande, in 2013.

The intensity of population growth "older", 80 years or more, there is high due to increased life expectancy, raising also the incidence of chronic diseases, non-communicable, with possible changes in physical dependence, cognitive and emotional, compromising their independence, creating greater demand for permanent care by family caregivers. In the home environment the role of caregiver tends to be assumed by a single person, called "primary caregiver" who assumes responsibility for the care. Informal carers of elderly dependents may enter a crisis whose main symptoms are: stress, embarrassment, stress, fatigue, frustration, convivial changes, depression and changes in self-esteem. This overload or voltage can cause physical, psychological, emotional, social and financial resources that may affect the welfare of the patient and the caregiver. The main caregiver burden is a major problem that arouses the interest not only of research, also more assessment instruments as Zarit Burden Interview that assesses caregiver burden in different levels. The presented work was to evaluate the overhead presented by informal caregivers of dependent elderly functional capacity, knowing the overload levels, assessed by the Zarit Scale. This is a descriptive, cross-sectional quantitative approach, performed in Bonito town of Santa Fe, in the backlands of Paraiba, belonging to 9th micro region Health We used a tool for socio-demographic informal caregivers, associated with scale Zarit for the evaluation of the overload. The analysis and interpretation of results were tabulated in Microsoft Office Excel 2007 and analyzed statistically using the Statistical Software Package for Social Science (SPSS). The survey reveals that the majority of caregivers interviewed were female, aged adult, who perform tasks inside and outside the home and mostly provide more than 12 hours of daily care, this survey found that most caregivers were their own families, daughters or spouses. It was also found that 77.3% had a burden of caregivers intense. We conclude that assess and identify the caregiver burden is an important aspect of care for the elderly. Because the excess overload may compromise and interfere in family relationships. So in the absence of the caregiver burden informal provide care to more efficiently.

**KEYWORD:** Aging, functional dependency, caregiver overload

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVE – Acidente Vascular Encefálico.  
CNS – Conselho Nacional de Saúde;  
CONEP – Comitê de Ética em Pesquisa;  
DM – Diabetes Mellitus;  
ESC – Escala de Sobrecarga do Cuidador;  
ESF – Estratégia de Saúde da Família;  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica;  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;  
IU – Incontinência Urinária;  
MMII – Membros Inferiores;  
MMSS – Membros Superiores;  
MS – Ministério da Saúde;  
NOAS – Normas Operacionais de Assistência a Saúde;  
OMS – Organização Mundial de Saúde;  
PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;  
SNC – Sistema Nervoso Central;  
SPSS – Statistical Package For the Social Science;  
SUS – Sistema Único de Saúde;  
UBS – Unidade Básica de Saúde;

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Variáveis que influenciam no cuidado ao idoso dependente.....	35
<b>Tabela 2:</b> Variáveis sócio-demográficas dos cuidadores informais.....	37
<b>Tabela 3:</b> Níveis de sobrecarga dos cuidadores informais de acordo com a escala de ZARIT.....	40

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	12
2. OBJETIVOS .....	15
2.1. Objetivos Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos .....	15
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	16
3.1 Política Nacional da Pessoa Idosa – PNPI.....	16
3.2. Envelhecimento com dependência.....	19
3.2.1 Mudanças fisiológicas do envelhecimento.....	20
3.2.2 Problemas funcionais do envelhecimento.....	23
3.3 Tipo de cuidados ao idoso dependente.....	27
4. PERFIL DO CUIDADOR.....	29
5. METODOLOGIA .....	31
5.1 Tipo de Estudo.....	31
5.2 Local do Estudo.....	31
5.3 População e Amostra.....	31
5.4 procedimento de coleta de dados.....	32
5.5 Instrumento de Coleta dos dados.....	33
5.5.1 – Instrumento de caracterização dos sujeitos.....	33
5.5.2 – Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.....	33
5.6 Análise e interpretação dos resultados.....	34
5.7 Aspectos Éticos.....	34
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO .....	35
6.1 Caracterização sócio-demográficas dos cuidadores Informais.....	35
6.2 Variáveis que influenciam no cuidado ao Idoso Dependente.....	37
6.3 Sobrecarga do Cuidador informal avaliada pela Escala de Zarit .....	39
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERENCIAS	
APENDICES	
ANEXOS	

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um proeminente fenômeno mundial. A intensidade do crescimento da população "mais idosa", considerada de 80 anos e mais, tem-se elevado progressivamente e o aumento da expectativa de vida pode elevar a incidência de enfermidades crônicas não transmissíveis e incapacitantes no idoso, com possíveis alterações na dependência física, cognitiva e emocional, que podem comprometer sua autonomia, o que gera maior demanda de cuidados permanentes por parte do grupo familiar cuidador (STACKFLETH, et al., 2012).

Com o processo de envelhecimento da população e conseqüente aumento do número de idosos que vivenciam um processo de doença crônica e incapacitante, tornando-se dependentes, vem crescendo a preocupação sobre o cuidador familiar que, por vezes, não se encontra adequadamente preparado para essa prática, podendo acarretar processos deletérios no cuidar desses idosos.

De acordo com Borges e Telles (2010) as doenças crônicas se apresentam como principal problema de saúde da população idosa, causando algumas limitações nas atividades de cuidados pessoais e dificuldades com as atividades instrumentais de vidas diárias, ocasionando a dependência. Crescendo assim o contingente de pessoas com déficit de autocuidado, sendo que esta situação vai além de um problema de saúde, pois envolvem os familiares, particularmente aqueles que são cuidadores informais, originando uma situação bastante complexa.

Os pesquisadores Stackfleth et al. (2012) ressaltam que a tarefa de cuidar de idosos dependentes pode ocasionar efeitos adversos, gerando impactos negativos e sobrecarga no âmbito físico, psicológico, social e financeiro, devendo ser desenvolvidos programas destinados a prevenir esses efeitos e a trabalhar na busca da qualidade de vida do cuidador.

Os cuidadores informais de idosos dependentes podem entrar em situação de crise, cujos principais sintomas são: tensão, constrangimento, fadiga, estresse, frustração, alteração do convívio, depressão e alteração da autoestima, entre outros. Esta sobrecarga ou tensão pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que podem afetar o bem-estar do doente e do cuidador (SANTOS; ASSIS, 2011).

No ambiente familiar, a função de cuidador tende a ser assumida por uma única pessoa, denominada "cuidador principal", que assume a responsabilidade pelo cuidado, sem contar, na maioria das vezes, com a ajuda de outro membro da família ou de profissionais de saúde capacitado. O cuidador de idosos pode ser definido como alguém capaz de desenvolver

ações de ajuda, nas atividades que o idoso não consegue mais fazer sozinho. Essa pessoa denominada de cuidador informal assume a responsabilidade de fornecer apoio e ajuda a essas necessidades.

O apoio informal não é remunerado e se configura por princípio da solidariedade e quem é responsável por esse cuidados são os familiares, amigos, vizinhos, membros de grupos religiosos e outras pessoas da comunidade. São voluntários que se dispõem a cuidar de idosos, sem formação profissional específica (WITTER; CAMILO, 2011).

Neri (2005), discute o cuidar em família e chama a atenção para o suporte necessário a esses cuidadores familiares vulneráveis que realizam o cuidado no âmbito da família. Esse suporte assistencial pode ser oferecido pelos profissionais de saúde que atuam na atenção básica, que pode se caracterizar pelo estabelecimento de serviços de treinamento, aconselhamento e assistência à saúde do cuidador.

Segundo Vieira (2011), a rede informal representa, atualmente, a mais importante fonte de atenção ao idoso. A família exerce papel fundamental no bem-estar de seus membros. Assim, pesquisas, investigações e estudos, que busquem atualizar os conhecimentos e procurem estabelecer informações sobre o problema, são relevantes e podem se transformar em fontes de contribuição, para a gestão dos formuladores da política sanitária quer sejam públicos ou privados.

A partir da compreensão que a dependência do idoso exige assistência, a qual pode causar mudanças na vida de quem cuida, a necessidade de desenvolver uma investigação sobre a sobrecarga do cuidador informal torna-se relevante, pois a situação da sobrecarga do cuidador reflete diretamente no cuidado prestado ao idoso, tratando-se, dessa forma, de um problema de saúde pública, que, por sua natureza e complexidade, necessita da atenção por parte dos profissionais de saúde.

Diante do que foi exposto a referida pesquisa será realizada para responder aos seguintes questionamentos: Qual o nível de fragilidade e a sobrecarga de trabalho dos cuidadores informais? Quais os fatores relacionados com a sobrecarga do cuidador informal do idoso dependente?

Considerando os problemas sociais atuais, ocasionados pelo aumento da expectativa de vida, principalmente os relacionados à manutenção da saúde das pessoas idosas e de sua permanência junto à família, torna-se necessário os cuidados oriundos de redes informais de apoio, constituídas muitas vezes por filhos, cônjuges, outros parentes, amigos ou vizinhos.

A sobrecarga do cuidador principal constitui um problema importante, o que desperta interesse não só de trabalhos de investigação, mas também de instrumentos de avaliação, como a Zarit Burden Interview que avalia a sobrecarga do cuidador em diferentes níveis.

Pelo exposto, a realização deste estudo apresenta relevância científica e social, uma vez que possibilitará a melhoria da qualidade de vida do cuidador informal, bem como a criação de alternativas de intervenção visando o bem-estar desta população.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivos Geral**

- Avaliar a sobrecarga apresentada pelo cuidador informal de idosos dependentes da capacidade funcional.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar os cuidadores informais segundo as condições sociais demográficas;
- Conhecer os níveis de sobrecarga dos cuidadores informais avaliados pela Escala de Zarit.

### **3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 Política Nacional da Pessoa Idosa - PNPI**

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006) tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006).

De acordo com a Portaria nº 1.395/99 este documento tem como Diretrizes:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde;
- Divulgação e informação para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do SUS, por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos.

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A PNPI, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002). Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. (BRASIL, 2006)

O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção. Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. (BRASIL, 2006)

A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira.

Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas. A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar. (BRASIL, 2006)

A finalidade primordial da PNSPI é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde

para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade. Considerando:

O contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro; Os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde; O conhecimento atual da Ciência; O conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica; A necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde; O compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: 1) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; 2) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e 3) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; e escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso;

A necessidade de enfrentamento de desafios como:

A escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio; Número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental; A escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; A implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de

hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, também aí está se investindo na velhice.

### 3.2. Envelhecimento com dependência

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial cujas repercussões já podem ser percebidas na sociedade brasileira, onde o grupo de pessoas com idade superior a 60 anos é o que apresenta as taxas mais elevadas de crescimento. Tal fato lança luz sobre um tema que demandará cada vez mais espaço na agenda pública: a necessidade de garantir qualidade de vida e bem-estar a esse contingente de cidadãos que, não raro, convivem com a redução mais ou menos grave de suas capacidades funcionais e requerem cuidados especiais (BRASIL, 2008).

O envelhecimento é um processo natural ao longo da vida que traz alterações biopsicosociológicas e únicas. Estas mudanças criam necessidades de cuidados especiais para a população de idosos que merecem considerações (PORTH, 2004).

Como a previsão para o futuro é um aumento contínuo da população de adultos idosos. Segundo Papaléo Neto (2008) a gerontologia é a disciplina que estuda o envelhecimento e os idosos dos pontos de vista biológico, psicológico e sociológico. Ela explora os processos dinâmicos das complexas mudanças fisiológicas, ajuste no funcionamento psicológico e alterações nas identidades sociais.

Por meio de um enfoque holístico, os profissionais de saúde especializados em gerontologia procuram assistir os adultos idosos, maximizando suas habilidades funcionais, enquanto tentam evitar e diminuir as doenças e incapacidades.

Porth 2004 afirma ainda que “o envelhecimento e a doença não são sinônimos. O envelhecimento é um processo natural durante a vida que traz mudanças biopsicosociais únicas e não é sinônimo de doença ou pouca saúde”. O corpo que envelhece pode desempenhar a maioria das ou todas as funções de sua juventude, embora possa demorar mais, requerer maior motivação e ser menos precisas.

Refletir sobre o tema do envelhecimento e da dependência é, portanto, dedicar atenção a um assunto que apresenta enormes desafios para as famílias, profissionais de saúde e o poder público e que está na fronteira da proteção social.

### 3.2.1 Mudanças fisiológicas do envelhecimento

De acordo com Papaléo Neto (2008) as mudanças fisiológicas verificadas nos idosos não só o processo de envelhecimento mais também os efeitos dos anos na exposição a agentes ambientais, tais como a luz do sol e fumo de cigarro, além de processos de doenças, tais como *Diabetes Mellitus*. Em geral há um declínio na estrutura e funcionamento do corpo com a idade avançada. O declínio resulta da capacidade de reserva diminuída dos vários sistemas orgânicos, que consequentemente produzem capacidades homeostáticas reduzidas, tornando o adulto mais idoso vulnerável a estressores, tais como as doenças, trauma, cirurgia, medicações e mudanças ambientais.

Muitas dessas perdas começam no início da vida adulta, mas, devido a uma grande reserva fisiológica da maioria dos sistemas orgânicos, a diminuição não se torna funcionalmente significativa, até que a perda atinja certo nível. Algumas mudanças, tais como as que afetam a pele e a postura, são mais visíveis, e outras, são as que afetam os rins, podem passar despercebidas, até que a pessoa se defronte com situações, como eliminar medicamentos. (PAPALÉO NETO, 2008)

Existem alterações normais, relacionadas a idade, que acontecem em todos os principais sistemas do corpo. Papaléo Neto diz que essas alterações podem apresentar-se em momentos distintos para diferentes pessoas. Entre os principais sistemas em que ocorrem essas transformações podemos citar os principais (BRASIL, 2007; SILVA, 2007; PAPALÉO NETO, 2008)

#### **Visão:**

- Diminuição da acuidade visual;
- Diminuição dos campos visuais e, desta maneira, diminuição da visão periférica;
- Diminuição da adaptação ao escuro;
- Elevação do limiar mínimo de percepção luminosa;
- Presbiopia (visão cansada) devido a diminuição da acomodação visual a partir da perda de elasticidade do cristalino;
- Diminuição da discriminação de cor devido ao amarelecimento do cristalino; as cores com comprimento de onda curtos, como azul e verde, são mais difíceis de enxergar;
- Sensibilidade aumentada ao ofuscamento;

- Diminuição da percepção de profundidade;
- Diminuição do lacrimejamento.

**Audição:**

Aproximadamente 30 a 50% das pessoas com mais de 65 anos possuem perda auditiva significativa. Dentre estas perdas existem três tipos de distúrbios auditivos que são comuns na terceira idade:

1. presbiacusiva – perda bilateral progressiva e irreversível da percepção de tons altos, frequentemente associada ao envelhecimento;
  2. surdez central – ocorre a partir de lesões do nervo dentro do cérebro (considerada uma alteração patológica em vez de normal);
  3. surdez de condução – resulta do bloqueio ou comprometimento do movimento mecânico no ouvido externo ou médio (também uma condição patológica).
- A perda auditiva no idoso é, normalmente, um problema combinado. A maior parte da perda deve-se a alterações do nervo auditivo ou deterioração das estruturas do ouvido.
  - Perda auditiva aumenta com a idade e é maior em homens.
  - O aumento no limiar sonoro (som mais alto necessário para estimular o idoso)

**Olfato:**

As alterações do olfato deve-se a doença do seio paranasal que impede que os odores alcancem os receptores do olfato, uma diminuição nas fibras nervosas, lesões crônicas a partir de infecções, ou sangramento;

A discriminação de odores frugais parece persistir por mais tempo. Em geral o olfato diminui mais nos homens do que nas mulheres com o aumento da idade.

**Paladar:**

As papilas gustativas diminuem com a idade, especialmente nos homens as pessoas com mais de 60 anos de idade perdem metade de suas papilas gustativas. Em torno dos 80 anos de idade, apenas um sexto das papilas gustativas permanece;

As papilas gustativas são perdidas da parte anterior para a posterior (os sabores doces e salgados são perdidos em primeiro lugar, os sabores amargo e azedo permanecem (por mais tempo)).

### **Sensação Sinestésica:**

Com a idade, os receptores nas articulações e músculos, os quais nos dizem onde estamos no espaço, perdem a sua capacidade de funcionar. Por isso, existe uma alteração no equilíbrio. Caminhar com passadas mais curtas, levantar menos a perna, uma base mais ampla e a tendência de se inclinar para diante. Com a idade, há uma menor capacidade de impedir uma queda.

### **Cardiovascular:**

- As válvulas cardíacas tornam-se espessas e rígidas em consequência da esclerose e fibrose, piorando qualquer cardiopatia já existente;
- Os vasos sanguíneos tornam-se espessos e rígidos, resultando em pressão arterial elevada;
- A frequência cardíaca máxima e a capacidade aeróbica diminuem;
- Resposta mais lenta ao estresse. Quando a frequência cardíaca se eleva, demora mais tempo pra voltar ao normal;
- Declínio no consumo máximo de oxigênio.

### **Pulmonares:**

- Ocorre um enfraquecimento dos músculos respiratórios intercostais, e o recolhimento elástico da parede torácica diminui;
- Não há alteração na capacidade pulmonar total, no entanto o volume residual e a capacidade residual funcional aumentam.

### **Pele:**

A adelgaçamento das três camadas da pele – epiderme, derme, tecido subcutâneo – leva à maior fragilidade da pele e diminuição da capacidade da pele de funcionar como uma barreira para os fatores externo. Menor quantidade de melanócitos e menor bronzeamento;

A Termorregulação fica menos eficiente ao calor por causa da menor quantidade de glândulas sudoríparas e a pele fica mais seca devido a diminuição no número de glândulas sebáceas, resultando em produção menor de oleosidade. As outras alterações na pele em envelhecimento são a redução da estimulação sensorial, diminuição da elasticidade e comprometimento da resposta imune celular.

### **3.2.2 Problemas funcionais do envelhecimento**

O processo de envelhecimento traz muitas alterações fisiológicas no organismo do idoso, fragilizando-o e facilitando a instalação de afecções. São, portanto, mudanças normais do organismo do idoso que causam o aumento da vulnerabilidade às doenças e grande dificuldade no restabelecimento da saúde. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA Nº 19, 2006)

A modernização e a melhoria nas condições sociais, econômicas e de saúde, o controle parcial das doenças evitáveis por meio de imunizações e campanhas, e a incorporação de sistemas de saneamento básico ao espaço urbano, levaram a mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade reduzindo significativamente as doenças infecciosas e aumentando as doenças crônicas, dentre elas destaca-se principais:

#### **Osteoporose:**

A osteoporose é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a “Epidemia Silenciosa do Século”, e atualmente um problema de saúde pública no mundo inteiro devido ao aumento na expectativa de vida das populações. É uma doença de grande impacto devido à sua alta prevalência e grande morbimortalidade. Afeta indivíduos de maior idade, de ambos os sexos, principalmente, mulheres na pós-menopausa, que também apresentam mais fraturas (SILVA, et al. 2007).

Evidências sugerem que, se medidas preventivas forem adotadas, a incidência de osteoporose pode cair significativamente. A prevenção deve começar na infância com a realização de exercícios com frequência regular, associada à uma dieta rica em cálcio e exposição regular ao sol (vitamina D), além da melhoria das condições de equilíbrio e visão. Se essas medidas forem tomadas, todos os indivíduos atingirão o seu potencial máximo de aquisição de massa óssea (BRASIL, 2007).

Desse modo, com a chegada da menopausa ou se houver necessidade de utilizar drogas que aumentam a reabsorção óssea, o indivíduo terá uma reserva óssea adequada, mantendo os ossos mais resistentes.

De acordo com o manual do climatério e menopausa (2008) o tratamento da osteoporose também inclui dieta, atividade física, exposição solar, além das medidas preventivas de quedas e uso de medicamentos. No caso da osteoporose secundária, além das medidas citadas anteriormente, a terapia deverá ser direcionada à doença de base estabelecida.

### **Quedas**

De acordo com o Ministério da Saúde (2007) as quedas representam um sério problema de Saúde pública para a população da terceira idade pessoas idosas dadas as suas conseqüências (injúria, incapacidade, institucionalização e morte) que são resultado da combinação de alta incidência com alta suscetibilidade à lesões.

As causas mais comuns relacionadas às quedas de pessoas idosas na comunidade são: relacionadas ao ambiente, fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha, tontura/vertigem, alteração postural/hipotensão ortostática; lesão no SNC; síncope; redução da visão. Idosos com mais de 80 anos; sexo feminino; imobilidade, quedas precedentes, equilíbrio diminuído, marcha lenta e com passos curtos, baixa aptidão física, fraqueza muscular de MMII e MMSS, alterações cognitivas doença de Parkinson, polifarmácia entre outras causas. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA Nº 19, 2006)

### **Hipertensão arterial sistêmica**

Papaléo Neto (2008) define a Hipertensão Arterial Sistêmica como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Deve-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global, estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das

mortes por doença arterial coronariana. Em combinação com o diabetes, representa 62,1% do diagnóstico primário de pessoas submetidos à diálise (BRASIL, 2007).

A identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial, tais como: a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o *status* sócio-econômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais. Todos esses fatores colaboraram para os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos (ZAITUNE, 2008).

Entre as pessoas da terceira idade, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos. A hipertensão não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento (BRASIL, 2007)

### **Diabetes Mellitus:**

O cuidado integral com Diabetes Mellitus e suas complicações é um desafio para a equipe de saúde, especialmente no sentido de ajudar a pessoa a conviver com essa doença crônica, que requer mudanças de modo de viver, envolvendo a vida de seus familiares e amigos, na casa e no ambiente de trabalho. Aos poucos, essa pessoa deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo contínuo, que vise qualidade de vida e autonomia (SMELTZER; BARE, 2010).

Apresenta-se como uma doença comum de incidência crescente que aumenta com a idade. O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueiras, e doenças cardiovasculares (SILVA, et al., 2007)

### **Incontinência urinária**

Segundo Ministério da Saúde (2007) a Incontinência Urinária (IU) ou perda involuntária de urina é um sério problema de saúde que afeta milhões de pessoas e pode ocorrer em qualquer idade, tendendo a manifestar-se mais freqüentemente com o aumentar da idade, principalmente, nas mulheres, na perimenopausa.

A ocorrência de Incontinência Urinária tende a aumentar à medida que aumentam o número de medicamentos em uso e as comorbidades. Predispõe à infecções, do trato urinário e genital; provoca maceração e ruptura da pele; facilita a formação de úlceras por pressão, celulites; contribui para disfunção sexual e para perda da função renal; afeta a qualidade do sono (normalmente interrompendo-o) e predispõe à ocorrência de quedas. Algumas vezes, é o primeiro e único sintoma de infecção do trato urinário (PAPALÊO NETO, 2008).

A IU tem grande impacto sobre a qualidade de vida das pessoas idosas causando, geralmente, grande constrangimento e induzindo ao isolamento social e à depressão. A qualidade de vida é adversamente afetada pela Incontinência Urinária, havendo uma tendência à autopercepção negativa de saúde por parte das pessoas idosas. Constitui uma das principais causas de institucionalização de idosos (SMELTZER; BARE, 2010).

### **Depressão**

A depressão não é apenas tristeza e não é inerente ao processo de envelhecimento, é uma doença que deve ser tratada. Entre as pessoas idosas, a depressão talvez seja o exemplo mais comum de uma doença com apresentação clínica inespecífica e atípica (BRASIL, 2007).

Smeltzer e Bare afirmam que embora a maioria das pessoas idosas possa ser considerada mentalmente saudável, elas são tão vulneráveis aos distúrbios psiquiátricos quanto os mais jovens. A depressão é mais freqüente nos anos que precedem à aposentadoria, diminui na década seguinte e, outra vez, sua prevalência aumenta após os 75 anos.

A depressão é a doença psiquiátrica mais comum que leva ao suicídio e os idosos formam o grupo etário, que com mais freqüência, se suicida. Costumam utilizar os meios mais letais, ainda que não se possa ignorar os chamados suicídios latentes ou passivos (abandono de tratamento e recusa alimentar). A maioria teve seu primeiro episódio depressivo não diagnosticado e, portanto, não tratado. O entendimento das inter-relações entre os sinais e sintomas de depressão, é um grande desafio para os profissionais da Atenção Básica (GONCALVES, V. C.; ANDRADE, 2010).

Portanto, o diagnóstico e o tratamento adequado, são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dessa população, além de otimizar o uso de serviços de saúde, evitar outras condições clínicas e prevenir óbitos prematuros.

## **Demência**

Pesquisas desenvolvida pelo Ministério da Saúde (2007) mostram que ao envelhecer, a maioria das pessoas se queixa mais frequentemente de esquecimentos cotidianos. Esse transtorno da memória relacionado à idade é muito freqüente. A memória é a capacidade para reter e fazer uso posterior de uma experiência, condição necessária para desenvolver uma vida independente e produtiva. Um problema da memória é sério, quando afeta as atividades do dia-a-dia, ou seja, quando a pessoa tem problemas para recordar como fazer coisas cotidianas.

A demência é uma síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento. O comprometimento das funções cognitivas é comumente acompanhado, e ocasionalmente precedido, por deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação (SMELTZER; BARE, 2010).

A demência produz um declínio apreciável no funcionamento intelectual que interfere com as atividades diárias, como higiene pessoal, vestimenta, alimentação, atividades fisiológicas e de toalete. Entre as pessoas idosas, a demência faz parte do grupo das mais importantes doenças que acarretam declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e da independência. A incidência e a prevalência das demências aumentam exponencialmente com a idade (PAPALÉO NETO, 2008).

Com a maior incidência e prevalência de doenças crônicas com diminuição da capacidade funcional dos idosos, aumenta conseqüentemente as condições de dependência. Neste contexto, destaca-se a figura do cuidador, o agente de cuidado do idoso dependente no domicílio.

### **3.3 Tipo de cuidados ao idoso dependente**

O cuidador é a pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menos grau). Sua tarefa envolve o acompanhamento das atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina entre outras: auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa.

Segundo os estudiosos Vieira (2011) o ato de cuidar é voluntário e complexo, tomado por sentimentos diversos e contraditórios como raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação e choro. Esses sentimentos podem

ser simultâneos e devem ser compreendidos, fazendo parte da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada. Quando um cuidador está disponível, a carga sobre ele pode ser muito significativa.

Em geral as mulheres são mais longevas do que os homens e comumente mais novas do que os maridos, logo, a cuidadora familiar principal é a esposa. Na ausência da esposa, seque-se a hierarquia do compromisso e geralmente reside na mesma casa e se incubem de prestar a ajuda necessária ao exercício das atividades diárias dos idosos dependentes, tais como higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento nos serviços de saúde ou outros serviços requeridos ao cotidiano, como, por exemplo, ida a bancos e farmácias.

Os cuidadores informais são os familiares e demais atores do grupo doméstico, podendo-se ainda incluir amigos, vizinhos, membros da igreja ou de grupo de voluntários, entre outro elemento da comunidade (SANTOS, 2003).

Da mesma forma, o domicílio é visto hoje como um espaço em que pessoas portadoras de doenças crônicas e outras afecções, idosas ou não, podem viver com boa qualidade de vida e manter a estabilidade da doença. Assim, a experiência de cuidar de um doente em casa, tem se tornado cada vez mais freqüente no cotidiano das famílias. O maior indicador para o asilamento e outras formas de institucionalização de longa duração entre idosos, é a falta de “suporte familiar”. Não há dúvidas, que a permanência do idoso no domicílio, em seu meio familiar e social, é considerado o melhor cenário para viver a velhice de forma equilibrada, devido ao constante contato com as pessoas que lhes são mais próximas. (PAPALÊO NETO, 2008)

O cuidador familiar é o principal administrador do sistema de apoio informal, na assistência ao idoso com problemas de saúde no cotidiano domiciliário. O cuidador informal familiar é a pessoa com algum grau de parentesco com o idoso dependente, sem a necessária formação específica, que passa a ser responsável pelo desenvolvimento das ações relativas a demandas de cuidados do idoso. O cuidador informal voluntário, por sua vez é a pessoa leiga que desenvolve o cuidado ao idoso dependente sobre responsabilidade e supervisão da família, supondo-se que esta aceite o cuidador por depositar confiança no cuidado prestado.

“A pessoa que cuida de idosos nem sempre escolheu ser cuidador. A necessidade de cuidar de um idoso decorre de uma imposição circunstancial mais do que de uma escolha. A figura do cuidador informal emerge de relações familiares, quase sempre fragilizadas pela presença da doença, exigindo severos e profundos “arranjos” na organização e dinâmica intrafamiliares para corresponder as necessidades da pessoa dependente. Comumente esses cuidadores não contam com conhecimentos prévios e básicos para o

desempenho de seu papel, em consonância com as necessidades do idoso funcionalmente dependente, muitas vezes por períodos prolongados. Essa é a realidade que assegura que idosos dependentes continuem vivos. Essa realidade exige reconhecimento por parte dos órgãos públicos de saúde assistência social e esforços intersetoriais que devem ser feitos para proporcionar um cuidado adequado a idosos dependentes e às pessoas que cuidam deles.” (PAPALÉO NETTO, 2007, p. 712)

Os cuidadores podem ser ainda classificados como primários e secundários de acordo com o grau de envolvimento em cada um dos cuidados prestados ao idoso dependente. O cuidador primário ou principal é aquele que tem total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados no domicílio ao idoso dependente. Vale ressaltar que, geralmente, a demanda principal de cuidados recai sobre um único membro da família: o cuidador primário, que acaba por dividir-se entre as responsabilidades profissionais, conjugais, sociais e familiares. Os cuidadores secundários seriam outros membros da família, voluntários ou profissionais que prestam atividades complementares. O mais comum é que o cuidador primário desempenhe sozinho as tarefas em relação aos cuidados com o idoso, sem ajuda de outros familiares ou profissionais (SANTOS, 2003).

Para a melhoria no desempenho dos cuidados a um idoso dependente a Portaria nº 1.395/99 esclarece que: as pessoas envolvidas no cuidado com o idoso, deverão receber dos profissionais de saúde os esclarecimentos e as orientações necessárias, inclusive em relação à doença crônico-degenerativa com a qual está eventualmente lidando, bem como informações sobre como acompanhar o tratamento prescrito. Essas pessoas deverão, também, receber atenção médica pessoal, considerando quem a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos à saúde do cuidador. Por conseguinte, a função de prever perdas e agravos a saúde abrangerá, igualmente a pessoa do cuidador.

“A parceria entre os profissionais da saúde e as pessoas que cuidam dos idosos deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e a manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos e outras formas de segregação e isolamentos (PAPALÉO NETTO 2007, p. 715)

#### **4. Perfil do Cuidador**

O ato de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde, portanto, o cuidador não deve executar procedimentos técnicos, que sejam de competência dos profissionais de saúde, tais como: aplicações de injeção no músculo ou na veia, curativos complexos, instalação de soro, colocação de sondas, etc. Cabe ressaltar, que nem sempre se pode escolher ser cuidador, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar ou amigo. Diante disto, torna-se inegável a complexidade e a responsabilidade do cuidado permeado, muitas vezes, por sentimentos diversos e contraditórios. O perfil ideal para os cuidadores segundo a visão de Papaléo Netto (2007).

- **Habilidades técnicas:** conhecimento e prática, adquiridos por orientações de profissionais especializados. Esses conhecimentos dão ao cuidador a preparação necessária para que ele possa prestar os serviços de atenção e cuidado ao idoso;
- **Qualidades éticas e morais:** ser digno de confiança, capaz de assumir responsabilidades e ter iniciativa. Se não for da família deve, além disso, procurar adaptar-se aos hábitos familiares, respeitar a intimidade e a organização da família, evitando interferência e respeitando as crenças religiosas e políticas do idoso e de seus familiares;
- **Qualidades emocionais:** bom equilíbrio emocional, facilidade de relacionamento humano, capacidade de compreensão dos momentos difíceis vividos pelo idoso, adaptação às mudanças sofridas por ele e pela família, tolerância mediante situação de frustração pessoal.
- **Qualidades físicas e intelectuais:** boa saúde física incluindo, força e energia, necessárias nas situações em que é preciso carregar ou dar apoio para vesti-lo e cuidar de sua higiene pessoal. Deve ter domínio de leitura e escrita, se possível ter o primeiro grau completo (ensino fundamental), ser capaz de avaliar e administrar situações que envolvem intervenção e tomadas de decisão.
- **Motivação:** gostar do idoso e valorizá-lo como grupo social, considerando que o “cuidado” deve ser um compromisso prioritário, pessoal e também da sociedade.

Enfim, existem aspectos importantes e permanentes que devem ser observados quando se faz uma análise acerca do cuidado familiar, destacando o respeito ao ser humano, a capacidade de atender às limitações do outro e a disposição de servir.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa. A escolha por um estudo descritivo justifica-se porque, pesquisa deste tipo, segundo Gil (2006), é aquela que tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Permite ainda observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los, além de verificar a frequência com que eles ocorrem (CERVO, BERVIAN, SILVA, 2007).

Também como forma de alcançar os objetivos propostos nesta investigação, será adotado o estudo do tipo transversal, pois, de acordo com Rouquayrol e Almeida Filho (2006), estudos transversais são investigações que produzem instantâneos da situação de saúde de uma população com base na avaliação do estado de saúde de cada um dos membros, e daí produzem indicadores globais de saúde para o grupo investigado, no caso presente, os cuidadores informais de idosos dependentes.

### **5.2 Local do Estudo**

O presente estudo foi realizado no Município de Bonito de Santa Fé, localizado no sertão da Paraíba. Este Município conta, atualmente, com uma população estimada de 10.804 mil habitantes e encontra-se habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica, pertencendo a 9ª Microrregião de Saúde (IBGE, 2010).

Possui quatro Equipes de Saúde da Família cadastradas, sendo três na zona urbana e uma na zona rural, onde, em cada unidade atuam uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionista e vigilante. O desenvolvimento da Pesquisa compreenderá o âmbito das Unidades de Saúde da Família (UBS) do referido município.

### **5.3 População e Amostra**

A população do estudo foi composta por todos os cuidadores informais que prestam cuidados a idosos dependentes da capacidade funcional (cadeirantes, acamados, andar com bengalas, andar com apoio de outro instrumento e aqueles idosos que não conseguem realizar as atividades de vida diária sozinhos).

No referido município estudado o total de idosos cadastrados no IBGE (2010) é uma população de 892 idosos de 60 anos como preconiza a Estatuto do Idoso e que são acompanhadas pelas equipes da ESF. Logo após foi feito um levantamento juntamente aos Agentes Comunitários de Saúde para conhecer desta população de 892 idosos quantos idosos possuíam o comprometimento funcional citado que necessitando de um cuidador informal.

Após levantamento concluído e conhecendo o número de idosos que foi de 144 que possuíam comprometimento funcional, a partir da investigação de cuidadores informais calculou-se a amostra.

Desse modo, para a composição da amostra, foi considerado um erro amostral de 10% e intervalo de confiança de 90% no cálculo do tamanho amostral para populações finitas (ARANGO, 2009), conforme a seguinte formulação:

$$n = (z^2 \cdot p \cdot q \cdot N) / e^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q$$

Onde:

n = tamanho da amostra;

z = coeficiente de confiança;

N = tamanho da população;

e = erro amostral percentual;

p = proporção de ocorrência do fenômeno em estudo;

q = porcentagem complementar (1 - p).

A partir da aplicação da fórmula encontrou-se um total de 44 sujeitos.

Para participar da pesquisa os cuidadores informais de idosos deverão atender aos seguintes critérios de inclusão:

- Ser cuidador principal do idoso;
- Não possuir formação na área de saúde.
- Estar cuidando do idoso há pelo menos 6 meses;

#### **5.4 Procedimentos de Coleta dos Dados**

Para dar início a coleta dos dados foi solicitado o termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde para participar da pesquisa. Em seguida o projeto de pesquisa foi enviado a Plataforma Brasil para apreciação e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa/CONEP.

A coleta de dados foi realizada pelo próprio pesquisador por meio da aplicação de um instrumento com variáveis sócio-demográficas (APÊNDICE B) e a Escala de Zarit que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal. (ANEXO A).

## **5.5 Instrumento de Coleta dos dados:**

### **5.5.1 – Instrumento de caracterização dos sujeitos**

Foi utilizado um instrumento para caracterização sócio demográfica dos cuidadores informais, o qual abordará questões relativas ao sexo, idade, escolaridade, profissão, grau de parentesco com o idoso, estado geral de saúde do cuidador, entre outras questões.

### **5.5.2 – Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit**

A avaliação da sobrecarga é efetuada com o recurso à Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2007) a partir da Burden Interview Scale (Zarit e Zarit, 1983; Martin, 1996; Scazufca, 2002).

Esta escala, na versão original, era constituída por 29 questões, onde se incluíam aspectos relacionados com a saúde física e psicológica, os recursos econômicos, o trabalho, as relações sociais e a relação com o “receptor de cuidados”. Posteriormente, este instrumento foi revisto e reduzido o número de questões para 22 (Zarit e Zarit, 1983; Martin, 1996; Scazufca, 2002). É um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal e que inclui informação sobre quatro fatores:

- **IMPACTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS:** agrupa os itens que se referem à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, em que se destacam a alteração do estado de saúde, o elevado número de cuidados, a alteração das relações sociais e familiares, a falta de tempo, o desgaste físico e mental. Encontram-se os itens relativos ao impacto dos cuidados diretos no contexto do cuidador, sendo estes (1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22).
- **RELAÇÃO INTERPESSOAL:** apresenta e agrupa os itens que relacionam a sobrecarga entre cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados. Estes avaliam o impacto interpessoal resultante da relação da prestação de cuidados, principalmente

associados às dificuldades interrelacionais. Esta relação é avaliada por cinco itens, sendo estes (4,5,16,18 e 19).

- **EXPECTATIVAS FACE AO CUIDAR:** Estas expectativas relacionam-se com a prestação de cuidados relativos ao cuidador, no que diz respeito aos medos, receios e disponibilidades, sendo constituído por quatro itens (7, 8,14 e 15).
- **PERCEPÇÃO DE AUTO-EFICÁCIA:** relaciona-se com a opinião do cuidador face ao seu desempenho e, é constituído por dois itens (20 e 21).

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). Nesta versão (1 a 5), obtém-se um *score* global que varia entre 22 e 110, em que um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- **Inferior a 46** Sem sobrecarga;
- **Entre 46 a 56** Sobrecarga ligeira;
- **Superior a 56** Sobrecarga intensa.

## 5.6 Análise e interpretação dos resultados

Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2007 e analisados estatisticamente através do software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 17.0. Foram efetuados cálculos de frequências absolutas e relativas, apresentados em tabelas e discutidos a luz da literatura pertinente ao estudo.

## 5.7 Aspectos Éticos

A pesquisa foi realizada respeitando os aspectos éticos de estudos com seres humanos, normatizados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), pela resolução n.º. 196, de 10 de outubro de 1996. Esta resolução regulamenta as pesquisas em seres humanos e asseguram aos participantes do estudo informações acerca dos seus objetivos, bem como o

anonimato, a liberdade para o consentimento e desistência da participação, em qualquer momento, sem prejuízo para sua assistência (BRASIL, 2007).

## 6. ANÁLISE E DISCUSSÃO

### 6.1 Caracterização sócio-demográficas dos cuidadores Informais

Para realizar a caracterização sócio-demográfica do estudo com os cuidadores de idosos dependentes da capacidade funcional, optou-se por apresentar os dados, através de tabelas, os resultados obtidos através do questionário.

**Tabela 1** – Variáveis sócio-demográficas dos cuidadores informais. Bonito de Santa Fé, PB. 2013.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	<i>f</i>	%
<b>Gênero</b>	Masculino	6	13,6
	Feminino	38	86,4
<b>Idade</b>	Até 25 a 45 anos	17	38,6
	Acima de 45 a 81 anos	27	61,4
<b>Estado civil</b>	Com companheiro	25	56,8
	Sem companheiro	19	43,2
<b>Escolaridade</b>	Até 4 anos	22	50
	Acima de 4 anos	22	50
<b>Ocupação</b>	Atividade direcionadas ao lar	35	79,5
	Atividade fora do lar	9	20,5
<b>Total</b>		44	100

A pesquisa revela que a maioria dos cuidadores informais (86,4%) entrevistados são do sexo feminino, o que condiz com os dados mundiais que apontam que a proporção de mulheres é maior que a de homens na composição da população. Destacando o papel da mulher como cuidadora na cultura brasileira. Historicamente, as mulheres sempre foram responsáveis pelo cuidado, seja da casa ou dos filhos, enquanto o papel do homem era de trabalhar fora para garantir o provimento financeiro da família, (STACKFLETH, 2012).

Mesmo com todas as mudanças sociais e na composição da familiar e de novos papéis assumidos pela mulher, com sua maior participação no mercado de trabalho, ainda se espera que assuma a função de cuidadora. Sendo assim é comum que a mulher assuma os cuidados mesmo quando tem outro trabalho, que acaba repercutindo na redução do tempo livre e traz implicações para sua vida social e conseqüentemente para sua saúde. Geralmente o

homem participa do cuidado de uma forma secundária, por meio de ajuda financeira ou em tarefas externas, como transporte do idoso, entre outras (PAPALÉO NETTO, 2007).

No que concerne a idade dos participantes a predominância foi para cuidadores com idades que variaram entre os 25 e 81 anos. Os dados apresentados, no que diz respeito às idades, são muito semelhantes aos do estudo realizado por Rodriguez (2010) numa comunidade espanhola, acerca das necessidades e ajudas aos cuidadores informais. Torna-se pertinente referir que a idade pode ser um fator agravante no que se refere à sobrecarga dos cuidadores, pois existe uma forte tendência para que estes sintam efeitos físicos relacionados com o esforço da demanda de trabalho do dia-a-dia.

Quanto ao estado civil dos entrevistados a maioria deles 56,8% se apresentou com companheiro, esse fato pode ser um dado significativo, pois esse companheiro pode dar um suporte de cuidado ao idoso que está sendo cuidado, e assim a pessoa que é responsável pelo cuidado pode descansar um momento entre os cuidados prestados (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011).

O grau de escolaridade dos cuidadores é um dado relevante, pois são eles que recebem as informações e orientações da equipe de saúde e de outros profissionais, bem como acompanham os idosos aos serviços de saúde.

No que concerne à escolaridade, os participantes do estudo apresentaram um tempo médio de escolaridade baixo, de acordo com a realidade brasileira. Para Berquó (2006), quanto mais velha é a população, mais baixo é o nível de escolaridade, pois estas pessoas tiveram menos chance de acesso aos estudos. O nível de escolaridade pode influenciar nos cuidados prestados ao idoso, sendo que a baixa escolaridade dificulta a compreensão do que acontece com o idoso e em relação ao cuidado a menor compreensão em o que fazer quando determinado fato acontece com o idoso, como proceder, muitas vezes é um dos problemas enfrentados pela maioria dos cuidadores (PEREIRA, 2013).

É possível que o baixo nível de escolaridade na população estudada possa refletir na qualidade de vida dos cuidadores, conseqüentemente na sua saúde, pessoas com um nível de instrução adequado possuem um melhor conhecimento e discernimento quanto aos cuidados com a sua saúde e a do outro que ele cuida (NERI, 2004).

Quando a variável ocupação pode-se observar-se 79,5 (35 indivíduos do sexo feminino) são provedoras do lar. E somente 20,5% exercem atividades fora do lar, ou seja, trabalham fora de casa, em atividades como comerciante, professora, costureira entre outras atividades. Estudos recentes demonstram que o cuidador informal que não tem outra ocupação recai a maior sobrecarga do cuidado do idoso sobre ele. Sendo assim, ele deve ser alvo de

mais atenção, para que se evitem situações que possam levá-lo a níveis elevados de sobrecarga (STACKFLETH, 2012).

## 6.2 Variáveis que influenciam no cuidado ao Idoso Dependente

O cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, o apoio e a proteção que o idoso necessita. No entanto, por se tratar da maioria possuir difíceis condições econômicas, o custo benefício torna-se oneroso, o qual, associado às condições sociais no contexto familiar, torna fundamental a existência concreta de uma rede de apoio ao idoso e família de forma sistematizada. Sabe-se que a Política Nacional ao Idoso tem como pressuposto básico a permanência do idoso com a família, no entanto reconhece que isso só é possível com recursos, infra-estrutura e apoio disponível, definindo para tanto diretrizes que devem nortear todas as ações da saúde, e indicando a responsabilidade institucional (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011).

A tabela abaixo apresenta as variáveis que influenciam na qualidade dos cuidados prestados os idosos dependentes, por parte dos cuidadores informais.

**Tabela 2** – Variáveis que influenciam no cuidado ao idoso dependente. Bonito de Santa Fé, PB. 2013.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	<i>f</i>	%
<b>Relação de parentesco com o idoso dependente</b>	Cuidador familiar	38	86,4
	Cuidador não familiar	6	13,6
<b>Estado de Saúde</b>	Boa	23	52,3
	Fraca/Muito fraca	21	47,7
<b>Tempo que está cuidando do idoso</b>	1 a 5 anos	12	27,3
	5 anos e mais	32	72,7
<b>Horas diárias de cuidado dispensado ao idoso</b>	Até 12 horas	11	25
	12 a 24 horas	33	75
<b>Total</b>		44	100

Quanto a variável relação de parentesco com o idoso dependente, nesta pesquisa constatou-se que a maioria dos cuidadores eram filhos ou cônjuges 86,4%, esse pode ser

considerado um fator positivo quando constitui um apoio para as atividades desenvolvidas, ou negativo quando gera sobrecarga ao cuidador pelo acúmulo de papéis.

Analisando esse grau de parentesco dos cuidadores em estudos sobre a sobrecarga dos cuidadores de idosos com Acidente Vascular Cerebral, ressalta-se que a responsabilidade dos cuidadores é transferida para os filhos quando o cônjuge já é falecido ou não pode desempenhar esse papel, fato este também observado nesse estudo. Os autores acrescentam ainda que exista uma relação de obrigação proveniente de valores impostos pela cultura familiar, ou seja, cuidar é uma obrigação moral: quando era criança, os pais cuidaram dos filhos; no momento que os pais estão dependentes os filhos devem cuidar de seus pais, e esse sentimento perdura pelas gerações (PEREIRA, 2013)

Ressalta-se que, quando os filhos cuidam dos pais, muitas vezes, o sentimento de obrigação confunde-se com a retribuição de cuidados, somando-se também ao afeto. No caso do cuidado ser assumido pelo cônjuge, também se percebe uma relação de obrigação, neste sentido a obrigação matrimonial, pois há um compromisso assumido no casamento de estar juntos na saúde e na doença (PEREIRA, 2013)

Segundo Vieira (2011) assumir o cuidado de um idoso, sozinho, não é uma tarefa fácil, pois o cuidador se vê obrigado a agregar novas atividades a sua rotina de vida. Várias dificuldades podem surgir no cotidiano do cuidador, relacionadas à dinâmica familiar, à demanda de cuidados, aos gastos financeiros, entre outros.

No que diz respeito à auto-percepção do estado de saúde dos cuidadores, na Tabela 2 mostra que 52,3% dos cuidadores referem que a sua saúde é boa e 47,7% relataram ter uma saúde fraca ou muito fraca. Seria importante que o cuidador de idoso dependente ele tivesse uma saúde em perfeita ordem, pois somente assim, poderia oferecer um cuidado de qualidade a pessoa que está sendo cuidada. Caso esse cuidador informal possuía algum problema de saúde o cuidado prestado por ele com certeza não será um cuidado adequado.

Na tabela 2 evidencia-se a distribuição dos cuidadores informais, de acordo com o tempo em que prestam cuidados ao idoso dependente, os dados mostraram que 27,3 dos entrevistados já realizava esse cuidado entre um e cinco anos, 72,7% da amostra já apresentava um tempo maior de cuidado chegando a mais de cinco anos.

Em relação às horas despendidas diariamente na prestação de cuidados aos idosos dependentes, pode observar-se que 75% dos cuidadores pesquisados prestam de 12 a 24 horas de cuidados. Estes resultados vão de encontro ao estudo apresentado por Rodriguez et al. (2010) quando refere que "(...) 78,1% dos cuidadores cuidam do seu familiar durante todo o dia".

### 6.3 Sobrecarga do Cuidador informal avaliada pela Escala de Zarit

Dentre as principais atribuições do cuidador informal, têm-se: atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde; escutar e ser solidário com a pessoa cuidada, ajudar nos cuidados de higiene; estimular e ajudar na alimentação; ajudar na locomoção e atividades físicas; estimular atividades de lazer e ocupacionais; realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto; administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde; comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada; outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa (STACKFLETH, et al, 2012).

Portanto, cuidar envolve um conjunto de variáveis que são co-responsáveis e potencializam alterações positivas e negativas na vida de quem cuidam e é cuidado. Os impactos que os cuidados geram nos cuidadores são descritos frequentemente como “carga”, sendo este conceito relativo aos cuidadores, designado em inglês por “*burden*”. Etimologicamente, carga significa “o que pesa sobre uma pessoa”, “responsabilidade ou incumbência” ou “o que incomoda”. Esta definição comporta duas dimensões: relativa e objectivamente ao trabalho, ao peso da tarefa em si, e outra dimensão que diz respeito ao normativo, à responsabilidade e ao dever (UESUGUI, et al, 2011).

Também é importante referir que existem dois níveis de sobrecarga no que diz respeito às repercussões do cuidar: as objetivas, que são resultantes da prática dos cuidados, e as subjetivas, que percebem as primeiras. As repercussões objetivas têm um cariz mais visível, enquanto que as subjetivas são menos explícitas, uma vez que se manifestam através de *stress* ou sofrimento (ROCHA JUNIOR, et al, 2011).

A carga objetiva é definida como toda a alteração observável e verificável, e a subjetiva como o sentimento de uma obrigação originada pelas tarefas desempenhadas. A carga relaciona-se com a tensão própria do ambiente das relações interpessoais, e pode ser vivenciada de forma diferente pelos cuidadores, pois enquanto que para alguns não é sentida como um fardo, para outros pode provocar sentimentos de grande intensidade. Já a carga subjetiva traduz-se como a percepção que o ato de cuidar possa envolver no que respeita à sua percepção emocional (STACKFLETH, et al, 2012).

Na **Tabela 3** - Apresenta os níveis de sobrecarga dos cuidadores informais de acordo com a escala de ZARIT. Bonito de Santa Fé, PB. 2013.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	<i>f</i>	%
<b>Escala de Zarit</b>	Sem Sobrecarga	1	2,3
	Sobrecarga Ligeira	9	20,5
	Sobrecarga Intensa	34	77,3
<b>Total</b>		44	100

Na presente pesquisa, a sobrecarga de trabalho do cuidador conforme a avaliação da escala de Zarit, foi verificado que 77,3 dos cuidadores de idosos dependentes obtivera uma sobrecarga intensa, 20,5% apresentaram uma sobrecarga ligeira.

Esse achado pode ser explicado pelo fator de estar relacionada com a dependência funcional do idoso, quanto maior o grau de dependência, maior o cuidado prestado ao idoso dependente pelo cuidador. Estes dados obtidos nesta pesquisa nos fazem observar que cuidadores familiares que residem juntamente com o idoso e prestam mais de 12 horas de cuidados diários tem um nível de estresse elevado, por se tratar de pessoas que necessitam de cuidados diretos nas atividades básicas diárias.

Este dados estão de acordo com a pesquisa de Stackfleth et al. (2012) onde os autores afirmam que a fragilidade apresentada pelo idoso pode estar relacionada à sobrecarga de trabalho do cuidador, ou seja, quanto maior a fragilidade do idoso, maior será a sobrecarga de seu cuidador.

Uma maior sobrecarga foi também encontrada neste estudo nos cuidadores que são cônjuges. Outros estudos realizados por Vieira (2011) evidenciam que o cônjuge, ao assumir sozinho os cuidados do idoso no domicílio e convivendo diariamente com os mesmos, geralmente manifestam uma sensação de solidão e sobrecarga mais elevada.

Desta forma, evidencia-se a necessidade do apoio de outros membros da família ao cuidador, mesmo que ocorram em momentos frequentes como o de visita diária. Os resultados obtidos por uma pesquisa realizada pelos pesquisadores Uesugui et al. (2012) revelam uma intensa e ininterrupta dedicação de mais de 12 horas diárias de cuidado leva o cuidador a altos níveis de estresse e cansaço físico. Tais resultados foram similares ao estudo hora apresentado, confirmando que o cuidadores familiares são os mais afetados em relação à sobrecarga intensa devido ao número de horas interruptas dedicados ao idoso dependente.

Os dados encontrados nesta pesquisa relacionados ao estresse dos cuidadores (sobrecarga subjetiva) reforçam também a necessidade de maior atenção aos cuidadores familiares, pois as mudanças sociais e econômicas que estão transformando as estruturas familiares nas cidades brasileiras podem afetar a posição e o papel tradicional de cuidador, associadas ao fato de que a presença de uma pessoa incapacitada na família pode conduzir a mudanças estruturais, socioeconômicas e emocionais e atingir todos os membros da família.

Foi evidenciado também nesta pesquisa que os cuidadores principalmente os familiares apresentavam muitos problemas de saúde dentre eles dores nas articulações ósseas, hipertensão arterial, cansaço físico, insônia, baixa autoestima, sentimento negativos, entre outros. Segundo Alves (2010) a tarefa de cuidar, por si só, conduz a sintomas de depressão, problemas de saúde, ou isolamento social para o cuidador. Muitos cuidadores necessitam de formação e educação, descanso e cuidados à sua saúde física e mental.

Os Pesquisadores Uesugui et al. (2011) afirmam que somados ao desgaste físico dos cuidadores advindos do cuidado, ocorre o impacto emocional e social relacionados ao convívio prévio com o idoso enfermo, à falta de tempo para o lazer, ao sentimento de culpa e o medo da doença para si, acrescido das dificuldades financeiras impostas frente ao abandono das atividades laborais.

Portanto, embora o envelhecimento não seja uma enfermidade, as mudanças de estruturas e função corporais que ocorrem no organismo, principalmente nos sistemas músculo-esquelético, ossos e nervos diminuem sua capacidade funcional dos indivíduos para exercer suas atividades de vida diária. Dessa forma, o processo de senescência contribui para acentuar as perdas da capacidade funcional, reforçando a necessidade de cuidados contínuos e progressivos.

Sendo assim, a senescência pode ser um fator que coopere para o aumento da sobrecarga dos cuidadores, não só por contribuir para a diminuição da capacidade funcional como por dificultar a percepção das melhorias alcançadas pelos idosos.

Os cuidadores empenham-se na realização das atividades tidas como necessárias para a recuperação do ser cuidado e esperam resultados efetivos na recuperação do idoso. Quando não é percebido pelo cuidador, o cuidado pode se tornar uma rotina cansativa e frustrante. Acrescenta-se a isso a ansiedade e o nervosismo que se fazem presentes nos cuidadores no momento em que o idoso sente-se impaciente em decorrência da impossibilidade de realizar algumas atividades. Esse sentimento experimentado pelo paciente também afeta o cuidador fazendo-o sentir-se cansado e sobrecarregado.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado com os cuidadores informais de idosos dependentes da capacidade funcional contribuiu de forma positiva para o conhecimento sobre grau de sobrecarga vivenciado pelos cuidadores de idosos com dependência, revelando que 97,8% dos cuidadores apresentaram uma sobrecarga moderada e intensa.

Observa-se uma relação de características dos cuidadores com sobrecarga, em que os cuidadores, na sua maioria, são familiares do sexo feminino, na faixa etária adulta, fase em que a mulher tem vários papéis sociais: mãe, esposa, dona de casa, dentre outros. Muitas vezes, possuindo outras atribuições sociais, como o trabalho fora do lar, além do papel de cuidadoras a eles imposta.

Evidenciou-se, que o excesso de responsabilidade associadas ao cuidado com o idoso dependente acarreta uma sobrecarga intensa à vida do cuidador, relacionado ao comprometimento das atividades da vida diária do idoso, revelando que a dependência do idoso é um importante intensificador de sobrecarga no cuidador.

O tempo diário de cuidado é freqüentemente, ininterrupto, sendo que muitos cuidadores prestam o auxílio sem pausa para descanso ou lazer. As variáveis referentes ao cuidador, como ser do sexo feminino, com média de 12h de cuidados prestados diariamente, correlacionadas com grau de dependência funcional do idoso, são fatores que devem despertar a atenção dos profissionais de saúde para a possibilidade de sobrecarga no cuidador.

Entre os idosos estudados, o estudo mostrou que, quando maior o grau de fragilidade maior é o nível de dependência funcional, o que eleva o nível de sobrecarga do cuidador, cujo papel é fundamental para o cuidado do idoso frágil, mas as atividades podem ainda sobrecarregá-los pelo despreparo em relação ao papel que desempenha e isso na maioria das vezes pode acarretar problemas a sua saúde, há uma necessidade de avaliar o trabalho do cuidador e sua sobrecarga.

Cabe, pois ao enfermeiro que atua na atenção básica, tanto na consulta de enfermagem, como nas visitas domiciliares conhecer os problemas de saúde e os sociais da família, para então, desenvolver planos assistenciais em conjunto com os membros da família. Ressalta-se então que avaliar e identificar a sobrecarga do cuidador é um aspecto importante para o cuidado com o idoso, porquanto o excesso de sobrecarga pode comprometer a qualidade do cuidado e interferir nas relações familiares.

Sendo assim cabe aos profissionais de saúde utilizarem protocolos para a avaliação desses cuidadores, com base nos fatores de risco, para o diagnóstico precoce e prevenção dos problemas que envolve a capacidade funcional do idoso. Sugere-se mais estudos relacionados

ao stress de cuidadores, visando à realização de trabalhos com os cuidadores, utilizando instrumentos de avaliação, nessa área é possível focar no cuidador de idosos, como também com os pacientes, pois com a ausência de sobrecarga o cuidador informal poderá prestar o cuidado de forma mais eficiente.

## REFERÊNCIAS

ALVES, A. C. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.8, p.1924-1930. 2010.

ARANGO, H.G. **Bioestatística Teórica e Computacional**. 3ª ed. Guanabara Koogan, 2009.

BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. 2003. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL – MPAS - SOBRE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FIM DE SÉCULO, 1., 2006, Brasília, DF. **Anais...** Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília:DF, 2007b. Caderno de Atenção Básica n. 15.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília:DF, 2006. Caderno de Atenção Básica n. 19.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: DF; 2008a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção Básica. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa**. Brasília – DF. 2008b.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed São Paulo: Prentice Hall, 2007.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GONCALVES, V. C.; ANDRADE, K. L. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online]. v.13, n.2, p. 289-300.2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico: 1940/2010. Departamento de População e Indicadores Sociais: Rio de Janeiro; 2010.

KAWASAKI K. J.; DIOGO, M.J.D. Assistência domiciliar ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. **Rev Esc Enferm USP**. v. 35, n.3, p. 257-64. 2001 Disponível em<[HTTP://www.scielo.br](http://www.scielo.br)> acesso 01 de março de 2013.

MARTÍN, I.; PAUL, C.; RONCON, J. Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de cuidado informal. **Psicologia, Saúde e Doenças**. v. 1,n. 001 ,p. 3-9. 2011.

- NETTINA, S.M. **Prática de Enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro, RJ, 2003.
- PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007
- PEREIRA, Roberta Amorim et al. **Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2013, vol.47, n.1, pp. 185-192. ISSN 0080-6234.
- PORTH, C. M. **Fisiopatologia**. 6ª edição. – Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. 2004.
- REJANE, M.I.; CARLETI, S.M.M. Atenção domiciliar ao paciente idoso. In: Papaléo Netto. **Manual de Gerontologia**. São Paulo: Ed. Atheneu; 1996. p. 415-430.
- ROCHA JUNIOR, P. R et al. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.16, n.7, pp. 3131-3137. ISSN 1413-8123.
- RODRIGUEZ, B. E.; et al. (2010) - Cuidadores Informais: necessidades y ayudas. **“Revista de Enfermería”**, v 24. nº 3, 2011.
- SALDANHA, A. L. **Saúde do idoso: A Arte do Cuidar** – 2ª ed. – Rio de Janeiro: Interciência, 2004.
- SANTOS, S.M. A. **Idosos, Família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003.
- SANTOS-FILHO, S. D. et al. Saúde, saúde pública e qualidade de vida: avaliação do interesse da comunidade científica. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 23-30, jul./dez. 2007.
- SCAZUFCA, M. Versão Brasileira da escala «Burden Interview» para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Março, v. 24, n. 1.2010.
- SEQUEIRA, C. **Cuidar de Idosos Dependentes**. Coimbra: Quarteto Editora. 2007
- SILVA, I et al. **Qualidade de vida e complicações crônica da diabetes**. **Aná. Psicológica** [online]. v.21, n.2, p. 185-194. 2007
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. v. 2.
- STACKFLETH, R. et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta Paul Enferm**.v.25, n:5, p.768-74. 2012.
- UESUGUI, H. et al. **Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores**. **Acta paul. enferm.** [online]. v.24, n.5, p. 685-698. 2011.
- VIEIRA, C. P.B.et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Rev. bras. enferm.** [online]. v.64, n.3, p. 570-579. 2011.

ZAITUNE, M. P. A. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, nº2. 285-294, 2008.

ZARIT, S. H., e Zarit, J.M. (1983). The memory and behavior problems checklist –and the burden interview. Technical report, Pennsylvania State University.

# APÊNDICES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
APÊNDICE - A**

**QUESTIONÁRIO SOCIO DEMOGRÁFICO**

**DADOS DO CUIDADOR N.º \_\_\_\_\_**

**1. Gênero:** 1 (  ) Masculino 2 (  ) Feminino

**2. Idade:** 1 (  ) 25 a 45 anos 2 (  ) 45 a 81 anos

**3. Estado civil:** 1 (  ) com companheiro 2 (  ) sem companheiro

**4. Escolaridade em anos:** \_\_\_\_\_

**5. Ocupação:** \_\_\_\_\_

**6. Relação de parentesco com o idoso dependente:**

1 (  ) Cuidador Familiar

2 (  ) Cuidador não Familiar

**7. Em geral diria que o seu estado de saúde é:**

1 (  ) Boa

2 (  ) Fraca/Muito Fraca

**8. Tempo que está cuidando do idoso?** \_\_\_\_\_

**9. Horas diárias de cuidado dispensado ao idoso?** \_\_\_\_\_



Universidade Federal  
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

**APÊNDICE B**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido \_\_\_\_\_ -  
\_\_\_\_\_, pleno exercício dos meus direitos autorizo a  
minha participação na Pesquisa: “Sobrecarga do Cuidador Informal de Idosos Dependentes da  
Capacidade Funcional” declaro ainda que recebi todo esclarecimento sobre a pesquisa que  
será desenvolvida pela pesquisadora Kaliane Noberto de Lacerda , aluna do curso de  
Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da Enfermeira  
Ms. Eliane de Sousa Leite. A pesquisa tem como Objetivo Geral: avaliar a sobrecarga  
apresentada pelo cuidador informal de idosos dependentes da capacidade funcional. Objetivos  
Específicos: Caracterizar os cuidadores informais segundo as condições sociais demográficas;  
Conhecer os níveis de sobrecarga dos cuidadores informal avaliados pela Escala de Zarit.

Serão assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento  
sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tenho assegurado  
também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar  
do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das  
informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só  
serão utilizados para fins científicos

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, sobre a pesquisa o participante poderá  
contatar a pesquisadora KALIANE NOBERTO DE LACERDA no número (83) 99865109.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimento e, por estar de pleno acordo  
com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

# ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

**ANEXO A**  
**ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR**  
**(ESCALA DE ZARIT)**

A Escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modos se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Nº	Item	Nunca	Quase Nunca	As Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
01	O (a) Sr(a) sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
02	O (a) Sr(a) considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
03	O (a) Sr(a) sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
04	O (a) Sr(a) sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
05	O (a) Sr(a) sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
06	O (a) Sr(a) considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
07	O (a) Sr(a) tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
08	O (a) Sr(a) considera que o seu familiar está dependente de si?					
09	O (a) Sr(a) sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	O (a) Sr(a) vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	O (a) Sr(a) considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	O (a) Sr(a) pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	O (a) Sr(a) sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	O (a) Sr(a) acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	O (a) Sr(a) considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do					

	seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	O (a) Sr(a) sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	O (a) Sr(a) considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	O (a) Sr(a) desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	O (a) Sr(a) sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	O (a) Sr(a) sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	O (a) Sr(a) considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	O (a) Sr(a) Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					



**ESTADO DA PARAÍBA  
MUNICÍPIO DE BONITO DE SANTA FÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.494.0001/70**

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “**Envelhecimento com dependência: sobrecarga do cuidador informal**” a ser desenvolvido pelo(a) aluno(a) Kaliane Noberto de Lacerda, sob orientação da professora Ms. Eliane de Sousa Leite está autorizada para ser realizada junto a estes serviços.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Bonito de Santa Fé, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Bonito de Santa Fé, 08 de março de 2013

  
Prefeitura Municipal Bonito de Santa Fé-PB  
Anne Caroline Almeida Duarte da Cruz  
Secretaria Municipal de Saúde  
Portaria 015/2013

---

**Drª Anne Caroline Almeida Duarte da Cruz  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PORTARIA DE NOMEAÇÃO Nº 015/2013**