

LARISSE MEIRELLES ANDRÉ

**NECESSIDADES DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS:
UMA ABORDAGEM DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Pólo Conselheiro Lafaiete
2011**

LARISSE MEIRELLES ANDRÉ

**NECESSIDADES DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS:
UMA ABORDAGEM DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador (a): Professora Eulita Maria Barcelos

LARISSE MEIRELLES ANDRÉ

**NECESSIDADES DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS:
UMA ABORDAGEM DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador (a): Professora Eulita Maria Barcelos

Banca Examinadora

Prof. Eulita Maria Barcelos (orientadora)

Prof. Maria Dolores Soares Madureira

Aprovada no Pólo de Conselheiro Lafaiete em 05 de fevereiro de 2011.

|

RESUMO

Este estudo faz uma reflexão sobre o cuidador informal de idosos a partir de uma revisão de literatura cujo objetivo foi compreender as necessidades do cuidador informal de idosos, que, em razão das dificuldades decorrentes do ato de cuidar, acaba sendo inserido em um quadro de vulnerabilidade às doenças. Como cuidador informal considerou-se aquela pessoa, da família ou não, que assume total responsabilidade em prestar assistência à pessoa idosa que apresenta dependência. Foram utilizadas as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line) e SCIELO (Scientific Eletronic Library On-line), a partir dos seguintes descritores: idosos, cuidador informal, assistência ao cuidador; sendo publicadas no idioma português, no período de 1993 a agosto de 2010. Os temas destacados para análise foram a escolha do cuidador, problemas mais comuns encontrados pelo cuidador e suporte ao cuidador informal de idosos. Constatou-se que os cuidadores informais de idosos não estão preparados para assumir tal função. Observa-se a urgência em se criar, no âmbito do sistema público de saúde, programas de atenção ao cuidador informal de idosos, mais especificamente no contexto da Estratégia de Saúde da Família, já que esta, reafirma e incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde, sendo possível, por meio da observância de suas diretrizes e preceitos, o estabelecimento de meios para que se possa oferecer um suporte adequado aos cuidadores, idosos e familiares, de modo a lhes garantir qualidade de vida e dignidade.

Palavras chaves: Cuidador informal. Idosos. Cuidado.

ABSTRACT

This study is a reflection on the informal caregivers of seniors from a literature review that aimed to understand the needs of informal caregivers of elderly who, because of difficulties arising from the act of caring, just being inserted into a situation of vulnerability disease. As informal caregivers considered that person, family or not, who takes full responsibility to assist the elderly person who has addiction. We used the databases LILACS (Latin American Health Sciences), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) and SciELO (Scientific Electronic Library Online), from the following keywords: elderly, caregivers informal assistance to the caregiver, being published in Portuguese, from 1993 to August 2009. The main topics for analysis were the choice of caregiver, most common problems encountered by the caregiver and support for informal caregivers of seniors. It was found that informal caregivers are not prepared to assume this role. There is an urgent need to create, within the public system of health care programs for informal caregivers of elderly, more specifically in the context of the Family Health Strategy, as this reaffirms and incorporates the principles of the Unified Health, if possible, through adherence to its guidelines and principles, the establishment media so that we can offer adequate support to caregivers, seniors and families in order to assure quality of life and dignity.

Keywords: Informal caregiver. Elderly. Care.

LISTA DE SIGLAS

OMS: Organização Mundial de Saúde

DANT: Doenças e Agravos Crônicos Não Transmissíveis

AVD: Atividades de Vida Diária

LILACS: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde

SCIELO: Scientific Electronic Library OnLine

MEDLINE: Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line

PNI: Política Nacional do Idoso

SUAS: Sistema Único da Assistência Social

NOB: Norma Operacional Básica

NASF: Núcleo de Atenção à Saúde da Família

CMV: Centro Mais Vida

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVO	10
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA	11
3.1 Metodologia	
3.2 Método	
3.2.1 Levantamento dos dados	
3.2.2 População e amostra	
3.2.3 Critérios de inclusão	
3.2.4 Análise dos dados	
4 REVISÃO DE LITERATURA	13
4.1 A escolha do cuidador	
4.2 Problemas mais comuns encontrados pelo cuidador	
4.3 Suporte ao cuidador informal de idosos	
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

A estrutura populacional tem sofrido transformações importantes, dentre elas, destaca-se o envelhecimento populacional. Este fenômeno deve-se a modificações do perfil epidemiológico, das características sociais e econômicas das populações que ocorreram nas últimas décadas, caracterizando-se por uma série de eventos que resultam em taxas de mortalidade e fecundidade baixas, o que resulta na elevação do número da população idosa. Tal fenômeno é conhecido como transição demográfica (CHAIMOWICZ, 2009).

O Brasil será considerado um país envelhecido entre 2011 e 2036, ou seja, somente quando os idosos representarem 14% da população. Um país é considerado jovem quando o número da população idosa não ultrapassa 7% de sua população total. Em 2050, 18% da população terá mais de 65 anos, o que equivale a 38 milhões de brasileiros. Atualmente, a população idosa corresponde a 17,6 milhões de pessoas (CHAIMOWICZ, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a população idosa é caracterizada por indivíduos com 60 anos ou mais de idade para países em desenvolvimento, e 65 anos ou mais para países desenvolvidos (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003).

Concomitantemente ao envelhecimento, que vem ocorrendo de forma acelerada nos países em desenvolvimento, como o Brasil, observa-se uma deficiência para a reorganização social, especialmente no que tange ao implemento de políticas públicas na área de saúde para atender à população idosa emergente (BRASIL, 2007).

Na medida em que a população envelhece, há um aumento progressivo de idosos acometidos por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT). Estas doenças e agravos crônicos manifestam-se com mais frequência e de forma mais expressiva na idade mais avançada. Tais condições crônicas podem afetar a funcionalidade dessa população, o que irá dificultar ou impedir a realização independente de suas tarefas e atividades, afetando significativamente a qualidade de vida dos idosos e também de toda sua família (BRASIL, 2007). As circunstâncias em questão acarretam a perda de autonomia e elevam o grau de dependência levando o idoso a necessitar de alguém para ajudá-lo na satisfação das necessidades humanas básicas e nas atividades de vida diária (AVD).

“A dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os indivíduos com 90 ou mais anos” (BRASIL, 2007, p. 9).

Em determinadas situações, o idoso atinge idade avançada com vários problemas de saúde, tais como a perda de funcionalidade de alguns sistemas, verificando-se a necessidade de auxílio nas atividades por eles desenvolvidas. As necessidades dos idosos podem ser parciais ou totais, exigindo, assim, a presença do cuidador – familiar ou não – para auxiliá-los em suas limitações para o desempenho do auto cuidado e das atividades cotidianas, já que aqueles se tornam mais fragilizados, necessitando de atenções especiais (COSTA, 2001 e BRASIL, 2007).

De acordo com o grau de dependência do idoso serão necessários cuidados de outra pessoa, que será denominada de cuidador. “Cuidador é a pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menor grau)” (BRASIL, 2007, p. 43).

Segundo Brêtas e Yoshitome (2000), cuidador formal é o profissional contratado para realizar os cuidados, e cuidador informal seria um familiar, um amigo ou pessoas próximas que assumem o cuidado.

Analisando a comunidade do bairro São Francisco, localizado no município de Ouro Branco, Minas Gerais, por um período de aproximadamente quatro anos, pude observar, no exercício da minha profissão enquanto enfermeira da Atenção Básica de Saúde alguns aspectos relativos à população idosa os quais foram relevantes na escolha do tema deste estudo. A média da população idosa no bairro, no ano de 2009, equivalia a 4,76% da população total, tratando-se, assim, de uma comunidade jovem, conforme o perfil demográfico brasileiro.

A experiência na Atenção Básica de Saúde, sobretudo em entrevistas realizadas durante visitas domiciliares a idosos com algum tipo de dependência, permitiu constatar o desgaste físico e emocional do cuidador em decorrência do exercício da atividade de cuidar.

As visitas realizadas são direcionadas especificamente para os idosos, ficando para o cuidador a responsabilidade na execução das orientações, com observância de regras e obrigações. O caráter restritivo das visitas domiciliares permitiu verificar que as pessoas incumbidas da função de cuidador apresentavam-se, freqüentemente, fragilizadas, angustiadas e fadigadas pela rotina do cuidar. O cuidador informal de idosos depara-se com situações que muitas vezes não está preparado para enfrentar, além de ter que lidar em alguns momentos, com sentimentos contraditórios em relação ao idoso, oscilando da compaixão a raiva.

A sobrecarga de atividades e responsabilidades que ocorrem na vida de quem cuida pode gerar problemas, os quais são muitas vezes agravados pela inexistência de um programa específico nos serviços públicos de saúde direcionados ao cuidador. Tal fato se

mostra grave e digno de preocupação, devendo, em virtude de sua relevância, ser objeto de estudo por parte dos profissionais da área de saúde.

A partir da compreensão de que a dependência do idoso exige assistência, e que essa assistência pode causar mudanças na vida de quem cuida, pretende-se com a presente pesquisa abordar a temática do cuidador informal de idosos, o qual se trata daquela pessoa da família ou de alguém bem próximo, responsável por prover o cuidado ao idoso com algum tipo de dependência, seja ela qual for.

Este estudo torna-se relevante, pois a situação de vulnerabilidade do cuidador reflete diretamente no cuidado prestado ao idoso, tratando-se, desta forma, de um problema de saúde pública, que, por sua natureza e complexidade, reclama a atenção dos profissionais da atenção básica.

2 OBJETIVO

Realizar uma revisão de literatura sobre as necessidades do cuidador informal de idosos.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1 Metodologia

Para Martins (2001), Gil (2004), Marconi & Lakatos (2007) a pesquisa bibliográfica procura explicar e discutir um tema com base em referências teóricas publicadas em livros, revistas, periódicos e outros. Busca conhecer e analisar conteúdos científicos sobre determinado tema, colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, sendo assim uma ação sobre o material já produzido.

“A pesquisa bibliográfica não é apenas uma mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre determinado assunto, mas sim, proporciona o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras” (TRENTINI e PAIM, 1999. p.68).

Neste mesmo sentido, Cervo e Bervian (1996, p.48) reforçam que:

A pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências técnicas publicadas em documentos e busca conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado existentes sobre um determinado assunto, tema ou problema.

Para a elaboração deste estudo foi realizada uma revisão bibliográfica - tipo narrativa. Optou-se por trabalhar com revisão narrativa, dada possibilidade de acesso a experiências de autores que já pesquisaram sobre o assunto, e ainda por permitir a escolha daquilo que se pretende narrar (SILVA e TRENTINI, 2002).

3.2 Método

3.2.1 Levantamento dos dados

Constituíram como fontes de pesquisa sites oficiais do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e o Sistema Público de Informações em Saúde (DATASUS). Foram utilizadas as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line) e SCIELO (Scientific Electronic Library On-line), a partir dos seguintes descritores: idosos, cuidador informal e assistência ao cuidador.

3.2.2 População e amostra

A população de estudo foi composta por toda a literatura relacionada ao tema de estudo, indexada nos bancos de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE e outros.

No que tange à população de estudo, foram utilizados 49 trabalhos, entre artigos e livros, e amostra foi constituída de 55 trabalhos.

3.2.3 Critérios de inclusão

Foram incluídas as publicações que tiveram como foco assistência ao cuidador de idosos:

- Período de publicação: de 1993 a agosto de 2009.
- Idioma: português
- Tipo de publicação: livros, teses, artigos e dissertações
- Palavras chave: idosos, cuidador informal, assistência ao cuidador
- Delineamentos: todos os delineamentos

3.2.4 Análise dos dados

Após a coleta dos dados, foi feita a leitura criteriosa de todo material, as principais informações foram compiladas. Posteriormente foi realizada uma análise descritiva das mesmas buscando estabelecer uma compreensão.

4. REVISÃO DA LITERATURA

Concomitante ao fenômeno cronológico, o envelhecimento, que, embora seja um processo natural, traz consigo alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Essas alterações determinam uma diminuição da capacidade de o indivíduo adaptar-se ao meio, ficando assim mais vulnerável e suscetível aos processos patológicos. Vários processos podem contribuir para acelerar o processo de envelhecimento, como os fatores intrínsecos, que são causados por fatores genéticos, radicais livres, imunidades celular e humoral; os fatores extrínsecos, causados pela radiação, amplitude, temperatura, poluição, alimentação e também fatores emocionais (FILHO e NETTO, 1994).

Muitos idosos tendem a desenvolver patologias, pois existem doenças específicas da terceira idade. Eles ficam impossibilitados de compartilhar de momentos, de usufruir do convívio social, ou até mesmo exercer alguma atividade. Diante disso, surgem limitações que acometem o idoso, advindas do processo de envelhecer e do estado de saúde, as quais exigem que o idoso seja acompanhado por uma pessoa, para ajudá-lo na execução de suas atividades de vida diária. Esta pessoa torna-se o seu cuidador.

Karsh (2003a) descreve o cuidador como a pessoa que toma a frente para realizar as tarefas que o idoso não tem mais possibilidade de executar.

Para Rodrigues e Diogo (1996, p.10), cuidadores são “as pessoas que assumem a responsabilidade de cuidar, dar suporte ou assistir idosos que têm alguma necessidade, visando a uma melhoria de saúde”.

Costenaro e Lacerda (2002, p.17) definem que “cuidador é todo aquele que vivencia o ato de cuidar e expressa esta experiência em diferentes momentos e situações, pode realizar-se com diferentes pessoas em ocasiões distintas de suas vidas”. A pessoa responsável por assumir os cuidados é considerada como cuidador significativo, sendo este encontrado na família, no amigo, vizinho, enfim, em pessoas próximas que fazem parte da vida social do indivíduo que está sendo cuidado.

Quem cuida deve ser intuitivo e sensitivo, deve ter o desejo de melhora para o indivíduo que está sendo cuidado, deve ser capaz de identificar e analisar os sentimentos e anseios do idoso. Deve estar sempre preparado para se adaptar a novas situações (SILVEIRA, 2000).

O cuidado encontra-se na essência do ser humano. Está presente em sua construção, em sua natureza. A vida de uma pessoa se mantém somente a partir do cuidado,

desde o momento de sua concepção. O cuidado não existe somente na doença, o cuidado está presente em todos os processos da vida, faz parte de todas as nossas relações (BOFF, 1999).

Pessoas idosas, com boa saúde, mesmo com mais dificuldades que uma pessoa jovem, possuem a autonomia e a experiência para orientar e ajudar os filhos e os netos a desenvolverem suas atividades com mais segurança e sabedoria diante das necessidades e problemas da vida (SILVA, 2007).

O melhor ambiente para uma pessoa idosa viver, é em contato com a sua família embora saibamos que existem famílias que enfrentam problemas financeiros e outros, dificultando assim a permanência do idoso no seio familiar. Mesmo quando há falta de dinheiro, mas existe amor e respeito, o idoso, certamente conviverá de uma forma mais saudável e feliz junto com seus filhos e netos (LADEIA, 1998).

A família ainda é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência, de desenvolvimento, da proteção e da segurança integral dos filhos e outros membros, independente do arranjo familiar ou da forma como vem se estruturando. A família, portanto, é uma organização complexa de relações de parentesco, que tem uma história, um passado, mas também cria uma história no presente através de um ciclo vital periodizado por eventos críticos que constituem etapas evolutivas (casamento, nascimento do primeiro filho, filhos na adolescência), que trazem consigo incumbências de desenvolvimento correspondente a objetivos psicossociais de cada uma dessas fases (GODOY; WAIDMAN; GARCIA, 2003).

O cuidador sofre uma série de mudanças e necessitam de inúmeras adaptações em sua vida, seja no âmbito familiar, profissional ou social. Nem sempre é possível oferecer o cuidado ideal, devido a vários fatores que serão descritos abaixo.

Gonçalves, Alvarez e Santos (2000) relatam que há uma sobrecarga, que ocasiona estresse e desgaste para o cuidador. Ocorrem mudanças na rotina familiar, encontrando o cuidador dificuldades em conciliar o trabalho com suas funções de cuidado. As famílias são compostas por um número cada vez menor de pessoas, gerando um aumento das responsabilidades que recaem sobre o cuidador.

O cuidador apresenta uma forte tendência à depressão e estresse visto que os cuidados se tornam mais complexos, ensejando sentimentos de insegurança, desespero, cansaço e ansiedade (BRÊTAS e YOSHITOME, 2000).

Dentre as dificuldades vivenciadas pelo cuidador, podem ser enumeradas a falta de conhecimento sobre o processo de envelhecimento e sobre os procedimentos de cuidados dos idosos, a falta de tempo disponível para cuidar, as dificuldades financeiras e a

elevação da complexidade dos cuidados demandados pelo idoso com o passar do tempo (PAVARINI et al, 2001).

Segundo Costenaro e Lacerda (2002, p. 33-34), “o cuidador é um ser que sofre, se machuca, perde, se entrega e, mesmo que seja profissional, tem o seu aspecto pessoal vinculado, trazendo, em muitas situações de cuidado, desgaste e desestruturação de seu self.” Ainda sustentam que podem surgir inseguranças, conflitos, insatisfação e desespero no cuidador devido a um despreparo psicológico e emocional.

Neste sentido infere-se que a rotina do cuidado e sobrecarga acarretam várias alterações depreciativas na saúde física e mental dos cuidadores.

Karsch (2003b), apoiando-se no mesmo estudo realizado pelo grupo multidisciplinar de pesquisa, Epidemiologia do Cuidador, na PUC-SP, relata que a capacidade funcional dos cuidadores está constantemente em risco podendo ser considerados com maior probabilidade de adoecerem, sendo tal conclusão reforçada pelos dados sobre a saúde dos cuidadores entrevistados: 40,7% tinham dores lombares; 39,0% sofriam depressão; 37,3% tinham artrite e reumatismo; 10,2% sofriam problemas cardíacos e 5,1% tinham diabetes.

Karsch (2003a) justifica que o estresse sofrido pelo cuidador pode ser devido às rotinas do trabalho físico exercido pelo cuidado, os comportamentos diferenciados e muitas vezes inesperados que os idosos podem vir a apresentar, o desgaste que ocorre na relação entre idoso, cuidador e família, e a perda da vida social que ocorre em função do tempo dedicado ao cuidado. Na maioria das vezes, o cuidador não tem conhecimento de seus limites e nem de suas potencialidades, e isso pode trazer prejuízos para ele e para quem é cuidado.

Para Teixeira (1998, p. 194), “os sentimentos são confusos e ambíguos [...] e essa mistura de emoções pode levar o familiar a comportamentos antagônicos, colocando-se ora como vítima, ora como herói, forte ou fraco, agressivo ou solícito, esperançoso ou descrente.”

Os autores acima mencionados expõem a realidade em que nossos cuidadores vivem. Pode-se inferir que essas pessoas precisam de um olhar diferenciado por parte dos profissionais de saúde, um olhar que os acolham, além de ações que ofereçam subsídios para a tarefa que realizam.

A Lei nº 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), em seu artigo 3º preceitua que “a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida” (BRASIL, 1994).

Silvestre e Neto (2003), baseando-se na referida Política, defendem que o idoso deve ser mantido na comunidade, com sua família, de modo a assegurar sua dignidade e conforto.

Reforçando a PNI, a Lei nº 10.741/03, que trata sobre o Estatuto do Idoso, dispõe, em seu artigo 1º, que ele é destinado a regular os direitos garantidos às pessoas idosas. O artigo 3º estabelece que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso condições básicas para a vida, como o direito à saúde, alimentação, cultura, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, entre outros. Ainda nesse mesmo artigo, em seu inciso V, determina que deve haver “priorização do atendimento ao idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência.” (BRASIL, 2003).

Conforme Menezes (1994), existem quatro possibilidades para que alguém assuma o papel de cuidador. Pode ser por instinto, o cuidador assumiria a função por mobilização inconsciente; por vontade, o cuidador assumiria a função para satisfazer suas necessidades emocionais em relação ao outro; por capacidade, que seria preparado tecnicamente para exercer tal função e por conjuntura, o cuidador não tem outra opção, se vê obrigado.

Já Karsch (2003a, p.107-108) considera as seguintes possibilidades de escolha: “o parentesco direto com o idoso, o gênero do cuidador, a distância entre idoso e cuidador e a proximidade afetiva”.

Não se pode olvidar a importância que a família representa na vida do idoso, conforme o destacado por vários autores.

De acordo com Brunner e Suddarth (2002), 95% dos idosos vivem nas comunidades e os cuidados devem ser prestados e planejados dentro do âmbito familiar. Há uma tendência em se manter o idoso no aconchego familiar, para que ele tenha seu próprio espaço. É importante que o idoso não perca sua identidade e papel social, já que isso pode contribuir para a melhora de seu estado de saúde. A institucionalização do idoso também requer o aporte elevado de recursos financeiros. A tentativa de se manter a privacidade e de se preservar a segurança contribui, sem dúvida, para uma melhor qualidade de vida do idoso.

Leme (2000, p.63) considera que o relacionamento do idoso com a família é de fundamental importância, e que “a família pode ser considerada o habitat natural da pessoa.”

O idoso pode reagir de forma positiva ou negativa frente às mudanças que ocorrem nessa fase. A sua realidade, sua visão e sua perspectiva de vida mudam. De acordo com Kawamoto (1995, p. 195), “a pessoa reorganiza a sua identidade a partir do momento em

que toma consciência das suas transformações físicas, da recusa coletiva ao seu envelhecimento, da falta de espaço na sociedade e de um futuro desconhecido.”

Nesse período da vida é normal o idoso apegar-se ao seu passado, pois ele sente-se inseguro, com medo do incerto. Por isso, neste momento o idoso necessita de uma relação direta com a família; estreitando-se os laços e as relações, o idoso sente-se mais seguro, contribuindo assim para o seu bem-estar.

Conforme a Norma Operacional Básica (NOB) do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), a família é o lugar de proteção e de socialização primárias, não dependendo dos formatos, modelos e feições que assuma, decorrentes das mudanças econômicas, sociais e culturais contemporâneas (BRASIL, 2005).

A Constituição Federal impede qualquer forma de discriminação por idade e atribui à família, à sociedade e ao Estado o dever de amparar o idoso, assegurar sua participação na comunidade, defender sua dignidade, bem-estar e garantir seu direito à vida (BRASIL, 1998).

O Estatuto do Idoso, além de reafirmar direitos básicos de cidadania, aborda a importância da criação de formas alternativas de participação, ocupação e convívio com as demais gerações e a priorização do atendimento na família, em detrimento do atendimento asilar, salvo situações de exceção. Reconhecendo o despreparo geral da sociedade no trato da velhice, propõe a realização de programas de capacitação de recursos humanos e a ampla divulgação de informações sobre aspectos do envelhecimento. Nos termos da Política, essas ações se traduzem na promoção de simpósios, seminários, encontros, estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso, que visam à capacitação de recursos humanos para o atendimento (BRASIL, 2003).

Uma vez delineado o contexto em que se encontram os cuidadores informais de idosos cumpre tratar de três aspectos de fundamental relevância para o desenvolvimento deste estudo, isto é, a escolha do cuidador, os problemas mais comuns encontrados pelo cuidador e o suporte ao cuidador informal de idosos.

4.1 A escolha do cuidador

Neste tópico, destaca-se como é feita a escolha do cuidador informal. Conhecer o perfil dos cuidadores favorece os profissionais de saúde, permitindo planejar e implantar programas voltados às realidades do idoso e de seus cuidadores (NAKATANI et al, 2003).

Verifica-se que a escolha do cuidador muitas vezes ocorre por uma imposição dos familiares ou até mesmo por falta de opção.

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 (ORSO, 2008).

Percebe-se através da análise dos artigos que o grau de parentesco tem grande influência na escolha do cuidador e que, na maioria das vezes, quem assume o cuidado são as mulheres, sejam elas filhas, esposas, netas ou noras. Isto vem reforçar o papel cultural que a mulher assume e que é esperado pela sociedade. A escolha na tarefa de cuidar está relacionada não só a um sentimento de obrigação moral, mas também a relações afetivas.

Alguns entrevistados de Cattani e Girardon-Perlini (2004, p.259-260),

referiram que assumiram o cuidado ao idoso doente porque entendem ser uma obrigação matrimonial [...] e quando o cônjuge não pode desempenhar este papel ou já é falecido, a responsabilidade pelos cuidados passa a ser uma obrigação filial [...]. Quando os idosos precisam de ajuda, os filhos adultos costumam assumir o papel de cuidadores, por terem um vínculo afetivo e uma responsabilidade culturalmente definida.

Explicitam também os referidos autores o sentimento de retribuição: “considerando as motivações que permeiam a tarefa de cuidar, evidencia-se no cuidado uma forma de agradecimento pelas experiências vividas e pelos cuidados e atenção recebidos no passado” (CATTANI E GIRARDON-PERLINI, 2004, p.262).

Garrido e Menezes (2004), Karsch (2003b) e Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005) encontraram como cuidadores, em sua maioria, mulheres, as quais foram designadas geralmente pelo grau de parentesco existente.

Nakatani et al (2003, p. 17), ainda acrescentam em seu estudo que “as mulheres solteiras parecem ser, além de mais disponíveis, mais pressionadas pelos familiares para essa função.”

Caldas (2003); Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005) reforçam o papel de cuidadoras “naturais” que as mulheres assumem e que é esperado pela sociedade.

As afirmações em apreço estão em concordância com Karsch (2003b), quando este assevera que a decisão da família em indicar a cuidadora segue algumas regras, que repetidamente se encontram na pessoa escolhida.

Tais regras, de acordo com Karsch (2003a), são: o parentesco direto com o idoso, o que justifica a escolha de esposas, filhas e mães como cuidadoras; o gênero do cuidador, sendo que 70% dos cuidadores são mulheres, por isso as filhas são mais escolhidas do que os filhos; a distância do idoso com o cuidador e a proximidade afetiva, ou seja, quanto maior a convivência e o afeto existente entre ambos, maior a chance de se tornar o cuidador.

Karsch (2003a) refere-se a uma pesquisa realizada pelo grupo de Epidemiologia do Cuidador, organizado pela PUC-SP, que revelou que, em 98% dos casos pesquisados, o cuidador era alguém da própria família, com predominância das mulheres, sendo a maior porcentagem referente às esposas, seguida pelas filhas. Relativamente a noras e irmãs, observou-se que a designação como cuidadoras não era freqüente.

Geralmente, as decisões para assumir os cuidados são mais ou menos conscientes, e estudos revelam que, embora a designação do cuidador seja informal e decorrente de uma dinâmica, o processo parece obedecer a certos padrões, refletidos em quatro fatores: parentesco, gênero, proximidade física e proximidade afetiva. Quanto ao parentesco, com maior freqüência, percebe-se a participação dos cônjuges, antecedendo sempre a presença de algum filho. Nas questões de gênero a presença da mulher predomina. Em relação à aproximação física, considera-se quem vive com a pessoa que requer os cuidados. No que tange à proximidade afetiva, destaca-se a relação conjugal e a relação entre pais e filhos (MENDES, 1995).

Neri (1993) reforça que existe uma expectativa generalizada de que os idosos sejam amparados pela família, principalmente por esposas e filhas, e depois por outros membros do grupo familiar e por indivíduos com quem apresentem afinidade. Afirma que mesmo hoje, com as mudanças dos valores sociais, o cuidado a idosos se dá principalmente no seio das famílias. Esta opção é influenciada pela tradição histórica, por questões culturais, sociais, religiosas e sentimentais, sendo ainda possível observar, em virtude de pressões sociais, certo desconforto por parte da família, ante a probabilidade de receber críticas e sanções, caso o idoso seja abandonado.

Observa-se, portanto, que a mulher prevalece como cuidadora em nossa sociedade, seja por opção ou por imposição, havendo, quase sempre, para que ela assuma esse papel, uma reestruturação em sua família, em seu trabalho e em sua vida, uma vez que a rotina se altera em função da sua nova tarefa.

4.2 Problemas mais comuns encontrados pelo cuidador

Verificam-se alterações na dinâmica familiar quando um membro da família inicia um processo de dependência. As mudanças de papéis que ocorrem entre os membros familiares, como a inversão pai-filho, revela-se problemática e prejudicial, uma vez que a criança, que um dia foi dependente do pai, muitas vezes de forma inesperada, pode vê-lo sob sua dependência, tendo de assumir um novo e diferente papel, pois a fonte principal de seu apoio se perdeu devido à doença (SALDANHA, 2004).

Geralmente, os problemas no universo familiar têm origem ou se acentuam com a perda do cônjuge, fato que atinge mais frequentemente as mulheres, em razão da maior longevidade feminina. Assim, compete a elas, a tarefa de cuidar do cônjuge, uma vez que os homens, teoricamente, adoecem e morrem mais cedo (KARSCH, 2003b).

A fragilização decorrente da perda, a dificuldade de lidar com a falta, a baixa possibilidade de reconstruir a vida afetiva, a diminuição dos contatos sociais, a agravação de debilidades físicas e emocionais, ao reforçarem no sujeito sua condição de confronto com a morte, fazem surgir a necessidade de ser cuidado pelo familiar. Nota-se, também, que o cuidado leigo, além de ser realizado, principalmente, por pessoas com vínculo de parentesco com o indivíduo que recebe o cuidado, é centrado em um único cuidador familiar, o qual se sobrecarrega, em muitos casos, com tal responsabilidade (GONÇALVES; ALVAREZ e SANTOS, 2000; CERQUEIRA e OLIVEIRA, 2002; GARCIA et al, 2005).

A exigência principal da atividade de cuidador é zelar pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal e recreação da pessoa atendida. Além destas funções, é exigido que o cuidador atue como interlocutor entre o idoso e a família, auxiliando-o nas situações em que é necessária a compreensão da fala (reuniões, telefonemas e consultas médicas). Sendo assim, acredita-se que há mudanças na qualidade de vida¹ dos cuidadores, pois além da sobrecarga de atividades, ocorrem alterações nos relacionamentos familiares e no círculo de amizades (TEIXEIRA et al, 2006).

O cuidador acompanha o idoso de modo árduo e penoso, com o intuito de lhe proporcionar dignas condições de vida, mas, sofre também com desilusões e importante carga

¹ A qualidade de vida tornou-se um conceito amplamente difundido em diversas áreas, sendo composta por aspectos objetivos e subjetivos, positivos e negativos. As avaliações objetivas referem-se às conseqüências observáveis, enquanto as subjetivas dizem respeito à percepção ou avaliação pessoal sobre determinado aspecto abordado (FLECK *et al*, 1999).

de trabalho, vivências que tendem a se intensificar com a evolução das doenças (MENDES, 2001).

Várias alterações ocorrem na vida de quem cuida, envolvendo desde os sentimentos até a saúde física dos mesmos. Lidar com os sentimentos que se tornam ambíguos e/ou com tarefas desconhecidas pode gerar um estresse, ocasionando até mesmo um problema físico.

Observam-se no dia a dia as dificuldades e estresse vivenciados pelo cuidador informal de idosos. Esta situação vai se agravando com o passar do tempo, na medida em que ocorre o aumento da dependência do idoso para desenvolver suas atividades de vida diária, a perda de autonomia e a diminuição da auto-estima. Tais fatores, ao exigirem que mais cuidados sejam dispensados ao idoso, acarretam a fragilização do cuidador, predispondo-o a vários agravos, os quais acabam por gerar irritabilidade e impaciência.

Dentre os problemas mais freqüentes vivenciados pelos cuidadores, destacam-se: os cuidados diretos, contínuos, intensos, e a necessidade de vigilância constante, o desconhecimento ou a falta de informações para o desempenho do cuidado, a sobrecarga de trabalho para um único cuidador, especialmente os problemas de saúde desencadeados pela idade avançada da cuidadora, a exacerbação ou o afloramento de conflitos familiares, vinculados ao trabalho solitário do cuidador (sem ajuda) e ao não reconhecimento por parte dos demais familiares, a dificuldade para adaptar as demandas da situação de cuidado aos recursos disponíveis, incluindo os recursos financeiros, a redução das atividades sociais e profissionais e o abandono das atividades de lazer, dentre outros (GARRIDO e ALMEIDA, 1999; GONÇALVES, ALVAREZ e SANTOS, 2000; NERI e CARVALHO, 2002)

Os problemas apontados prejudicam a existência do cuidador, podendo ensejar o surgimento de doenças, que nem sempre apresentam nexos de causalidade com o cuidado que prestam, o desenvolvimento de sentimentos contraditórios e o despertar da sensação de desamparo.

Os cuidadores encontram-se limitados, havendo uma oscilação de sentimentos, os quais variam do desespero, da raiva e da frustração para a culpa de não estarem fazendo o bastante por seu familiar. A necessidade de prestar cuidados ao idoso gera a mudança de toda prática familiar, que se desdobra na alteração da rotina doméstica, na perda de atividades sociais, e no significativo aumento de despesas (CALDAS, 2002).

Segundo Cattani e Girardon-Perlini (2004), os colaboradores de sua pesquisa relatam que o processo de cuidar é cansativo e repetitivo, devido à rotina que se estabelece. Há um acúmulo de tarefas que gera desgaste e sobrecarga, as quais tendem a aumentar com a

evolução da doença e com a elevação da complexidade dos cuidados. Afirmam os nominados autores, que as dificuldades decorrentes do ato de cuidar provocam uma ambigüidade de sentimentos, que se alternam entre a compaixão pela dependência do idoso e o desagrado pelas limitações que sua tarefa lhe impõe.

As conseqüências mais comuns causadas pela tarefa de cuidar de um idoso são: a perda da vida social, agravos na saúde física, sintomas psiquiátricos, destacando-se a depressão, os quais são coadjuvados pelo processo natural de envelhecimento (GARRIDO e MENEZES, 2004; NAKATANI et al, 2003).

De acordo com a pesquisa de Karsch (2003b, p. 863) “os cuidadores são doentes em potencial, onde sua capacidade funcional está constantemente em risco”, sendo reforçada por Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005), quando afirmam que os cuidadores estão em maior risco de morbidade psiquiátrica do que quando comparados a outros grupos, e que têm dificuldade de assumir que o cuidado seja um fardo em suas vidas. Há também uma negligência em cuidar de sua saúde para cuidar do idoso, e isso acaba agravando a situação.

Garrido e Almeida (1999) abordam que os cuidadores apresentam taxas mais altas de depressão e outros sintomas psiquiátricos, e mais problemas de saúde do que pessoas com a mesma idade, que não são cuidadores. Além disso, participam menos de atividades sociais, têm mais problemas no trabalho e apresentam maior freqüência de conflitos familiares, geralmente tendo como foco a forma como eles cuidam do parente comum.

Nos estudos de Garrido e Menezes (2004) e Caldas (2003), os entrevistados referiram que a questão financeira é problema agravante, devido ao fato de não poderem dispensar um cuidado melhor aos idosos.

Em consonância com os demais autores mencionados neste estudo, Pavarini et al (2001) dizem que o estresse sofrido pelas famílias ocorre devido às responsabilidades, ao despreparo familiar, falta de conhecimento, dificuldades financeiras e às complexidades das necessidades envolvidas nesse papel.

Ao analisar o cuidado familiar, deve-se observar o respeito ao ser humano, a capacidade de atender as limitações do outro e a disposição de cuidar. Apesar do cuidar ser um ato de amor, não se deve ter a visão romântica ou ingênua de que o cuidador é responsável por tudo sozinho, o cuidar deve ser um ato compartilhado (NERI, 1993).

Os autores citados acima expõem a realidade em que nossos cuidadores vivem. Pode-se inferir que essas pessoas precisam de um olhar diferenciado pelos profissionais de saúde, um olhar que os acolha, além de ações que ofereçam subsídios para a tarefa que realizam.

4.3 Suporte ao cuidador informal de idosos

A Política Nacional de Saúde do Idoso prevê parceria entre os profissionais da saúde e as pessoas próximas aos idosos, responsáveis pelos cuidados diretos necessários. Essa parceria configura uma estratégia para manter e promover a melhoria da capacidade funcional dos idosos dependentes (BRASIL, 1999).

O cuidar é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano, no momento que ele está fragilizado. É o compromisso de cuidar do outro que envolve também o auto cuidado, a auto estima, a auto valorização e a cidadania de quem cuida. Por outro lado, quem cuida tem a possibilidade de um crescimento pessoal por meio desta prática (SALDANHA, 2004).

Caldas (2002) defende que se forme uma rede de apoio ao idoso e a sua família que contemple desde o acompanhamento ambulatorial do doente até o amparo estratégico, emocional e institucional para quem cuida.

A família deve ser preparada também para lidar com os sentimentos de culpa, frustração, raiva, depressão e outros sentimentos que acompanham essa responsabilidade, devendo os profissionais de saúde estar preparados para lidar com essa situação de modo a oferecer o suporte terapêutico necessário (GIRARDON-PERLINI, 2005).

Silva e Néri (1993) mostram que os cuidadores informais de idosos formam a mais importante fonte de suporte de tal grupo populacional. Sendo assim, a qualidade e a manutenção dos cuidados com os idosos, e a conseqüente prevenção da institucionalização destes cuidados, está diretamente relacionada com a necessidade de se oferecer suporte a estes cuidadores, por meio de programas de treinamento, supervisão e acessoria.

O Programa Mais Vida é um projeto do Governo do Estado de Minas Gerais que visa a uma melhor qualidade de vida da pessoa idosa, atentando para a longevidade da população, com independência e autonomia. Tem por objetivo implantar a rede de atenção à saúde da população idosa no Estado, por meio de um sistema articulado e integrado, baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde. Suas ações incluem a descentralização da assistência, a organização da rede e a capacitação dos profissionais da Atenção Primária a Saúde para a assistência à saúde do idoso. A rede de atenção aos idosos compreende o nível primário, secundário e terciário, sendo elas: unidade de atenção primária à saúde, núcleo de atenção à saúde da família (NASF), centro de especialidades, Centro Mais Vida (CMV), reabilitação física, atenção domiciliar, cuidados paliativos, instituição de longa permanência para idosos (ILPI), atenção hospitalar, hospital dia. Os Centros Mais Vida tem como missão a

assistência especializada, por equipe multidisciplinar de saúde, à população idosa frágil, encaminhada pelos profissionais da rede de atenção, e a formação de recursos humanos em sua área de abrangência. Serão disponibilizados exames de média e alta complexidade, conforme necessidades individuais. Os idosos frágeis residentes em municípios distantes contarão com a Casa de Apoio, um serviço de hotelaria para acolhê-los quando de sua estada para atendimento no Centro Mais Vida (BRASIL, 2008).

Tal programa tem uma missão bem grandiosa, e, quando estiver bem articulado e estruturado, será um apoio fundamental para a continuidade da assistência à saúde do idoso. Este programa, sem dúvida, tem muito a contribuir também para os cuidadores, pois se tiverem mais orientação e suporte, irão desempenhar seu papel de cuidador com mais segurança e confiança.

A sobrecarga física, emocional e socioeconômica do cuidado a um familiar é imensa, principalmente quando se trata de idoso portador de enfermidades psiquiátricas. O enfermeiro precisa treinar o cuidador e supervisionar a execução das técnicas básicas de enfermagem, incluindo o posicionamento no leito, banho, alimentação, troca de roupa de cama e outros. A família deve ser preparada para sentimentos de culpa, frustração, raiva, depressão e outros sentimentos que acompanham esta responsabilidade (CALDAS, 1995). Tal estratégia pode ser viabilizada pela equipe de Saúde da Família, que realiza a cobertura de um número significativo de famílias, tendo um maior contato e vínculo com a comunidade, o que facilita o processo de reconhecimento das necessidades de cada grupo familiar.

Segundo Cattani e Girardon-Perlini (2004), a enfermeira e sua equipe de saúde, inseridas no campo de saúde coletiva ou hospitalar, podem proporcionar suporte às famílias que têm em seus domicílios idosos doentes, pois, por intermédio do trabalho de visitas domiciliares, podem ser evidenciadas as necessidades que os cuidadores enfrentam durante o processo de cuidar e, assim, colaborar na assistência tanto ao cuidador, que muitas vezes, desconhece o cuidado no domicílio, bem como ao idoso que necessita de atenção.

Karsch (2003b), Nakatani et al (2003) e Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005), posicionam-se no sentido de que o envelhecimento com dependência e a figura do cuidador vêm a exigir novas estratégias por parte das políticas públicas de saúde, as quais devem ser inseridas na Estratégia de Saúde da Família, já que esse é o programa mais próximo da população e mais atuante em nosso sistema de saúde. A Estratégia de Saúde da Família possibilita que os serviços de saúde criem um vínculo maior com a população.

Garrido e Menezes (2004, p. 840) concluem que:

a grande maioria da população de cuidadores informais no Brasil ainda se encontra sem as informações e o suporte necessário de assistência à demência. Se o suporte formal não é provido há o risco de também o cuidador se tornar um paciente dentro do sistema. Dessa forma, são necessários estudos sobre cuidadores no Brasil, boa formação de profissionais de saúde especializados nessa área e implantação de programas de orientação e apoio ao cuidador que envolvam a família, a comunidade e o Estado.

Caldas (2003) afirma que a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1999), ao salientar a relevância do diálogo entre profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos sinaliza no sentido de que a parceria em questão permitirá a sistematização das ações realizadas no domicílio, preferindo-se aquelas atinentes a promoção da saúde, a prevenção de incapacidades e a manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, de sorte a se evitar, ao máximo, hospitalizações, asilamento e outras formas de segregação e distanciamento familiar.

Giacomin, Uchoa e Lima-Costa (2005), por seu turno, sustentam que, em virtude do fato do cuidado ao idoso dependente ser entendido como uma tarefa cometida à mulher impõe-se a constituição de políticas públicas de assistência domiciliar, que reduzam o ônus do cuidado, que prevejam perspectivas de reabilitação funcional e que contemplem maior orientação para as atividades rotineiras.

Em consonância com os demais autores, encontram-se as idéias de Silvestre e Neto (2003), que afirmam que o modelo de assistência domiciliar aos idosos dependentes exige programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados, sendo a família e o suporte informal imprescindíveis na atenção à saúde dessas pessoas. Tais autores sustentam ainda que o cuidado ao idoso deva se basear na família e na atenção primária à saúde por meio das Unidades Básicas de Saúde, em especial aquelas sob a estratégia de saúde da família, formando um elo com o sistema de saúde.

Pavarini et al (2001) também acreditam que, se os cuidadores tiverem mais informações acerca do processo de envelhecimento e um momento para reflexão com outras pessoas com problemas semelhantes, os mesmos tendem a aumentar os aspectos positivos da sua relação com o idoso, podendo tal acontecer mediante os serviços criados dentro da própria comunidade.

Cumprindo ao enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família acolher, fornecer informações sobre o processo de envelhecimento, fazer uma escuta terapêutica e monitorar o estado de saúde física e mental do cuidador de sua área de abrangência, devendo tais ações ser compartilhadas com os demais membros da equipe.

Para Teixeira (1998), além de cuidador de idoso, o indivíduo é, em primeiro lugar, uma pessoa, que também é filho, filha, esposo, marido e que trabalha. Não é raro que o familiar-cuidador se depare com uma situação que nunca imaginou que pudesse acontecer. Ele não está preparado para superar as dificuldades desta nova realidade que é o cuidar. Precisa obter conhecimentos sobre a doença, sobre as estratégias que devem ser usadas nos cuidados, compreender seus sentimentos em relação ao doente e ainda conhecer mais a respeito de si mesmo. Cada família vai enfrentar a situação de acordo com a sua estrutura e a relação estabelecida com o idoso durante os anos de convivência.

Na visão dos autores mencionados, o cuidador informal necessita de um suporte especializado, já que é crescente a expectativa de vida e conseqüentemente o número de idosos dependentes. A Estratégia de Saúde da Família vem a ser o meio mais propício para que se possa implantar uma medida eficaz, já que é uma política de aproximação às famílias. A atenção voltada para a família permite que os profissionais tenham uma maior percepção do contexto social em que o usuário vive, favorecendo uma melhor integração e compreensão do processo saúde-doença.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise dos referenciais teóricos que permearam a presente pesquisa, pôde-se evidenciar que os cuidadores são peças fundamentais para a continuidade digna da vida de nossos idosos, sendo, portanto, necessário que se tenha uma visão mais ampla da função que exercem e dos problemas que vivenciam, a fim de que se possa lhes proporcionar maior conforto e segurança.

É mister a criação de vínculos mais profundos entre os profissionais de saúde e os cuidadores informais de idosos e suas famílias, já que estes cuidadores têm, em sua maioria, uma necessidade muito grande de suporte, orientação e apoio.

Constata-se que, em regra, os cuidadores informais não estão preparados para assumir tal função, dada a complexidade e abrangência de suas responsabilidades. Encontram-se os cuidadores, em nossa atual sociedade, inseridos em uma realidade bem difícil, que os torna mais vulneráveis aos desgastes e aos problemas ocasionados por esta tarefa, correndo o risco de tornar-se, no contexto do sistema, um paciente em curto espaço de tempo.

É perceptível que os cuidadores, nas situações mais problemáticas, nem sempre estão cientes de que podem recorrer a uma equipe de saúde para buscar auxílio e se orientar, sendo comum acabarem procurando a colaboração de vizinhos e de pessoas conhecidas, que, geralmente, se encontram mais despreparadas do que próprios, o que pode traduzir-se no agravamento do quadro experimentado.

O universo de nossos cuidadores é composto, em sua maioria, por mulheres, quase sempre bem próximas ao idoso, as quais, em virtude das expectativas da sociedade, vêm assumindo este papel desde os primórdios. As mulheres acabam assumindo a tarefa de cuidar em decorrência da imposição dos familiares, por falta de outras pessoas que possam arcar com tal ônus, ou mesmo por escolha própria, derivada das relações afetivas existentes, redundando em um gravoso acúmulo de funções.

A atenção dispensada a estas mulheres deve ser redobrada, uma vez que não se tratam somente de cuidadoras de idosos, incumbindo-se, ainda, dos encargos de donas de casa, de mães, de esposas, além da necessidade de, até mesmo, conciliarem tais afazeres com outro trabalho fora de suas residências, de modo a contribuírem com a subsistência familiar.

As estimativas do aumento da população idosa no Brasil apresentam-se como um ótimo incentivo para se impulsionar o planejamento de políticas, estratégias e ações de

saúde, proporcionando meios que minimizem os impactos na vida dos idosos e conseqüentemente na de seus cuidadores.

Considerando o inequívoco incremento da expectativa de vida dos brasileiros, deve-se pensar, também, antes de tudo, em medidas que permitam que a população possa envelhecer com saúde, proporcionando-se qualidade de vida para todos os indivíduos.

Não basta a existência de normas destinadas a regularem os direitos da pessoa idosa, prevendo apenas formalmente a prioridade de seu cuidado por sua família. É imperioso que o sistema de saúde ofereça subsídios para que este cuidado seja concretizado da melhor maneira possível, tanto para o idoso, quanto para o próprio cuidador.

Há a premente necessidade de se atuar de forma integral, desde a prevenção dos fatores associados à dependência e ao próprio processo de envelhecimento, até as formas de atenção ao idoso cuidado, sua família e seu cuidador.

Acredita-se que este estudo possa contribuir para subsidiar a prática educativa dos profissionais de saúde e servir como objeto de reflexão, de sorte a permitir um melhor conhecimento acerca da realidade dos cuidadores, a fim de que se possa capacitar-lhes e preservar-lhes, ao máximo, a qualidade de vida, proporcionando, ainda, aos membros da família o necessário apoio no enfrentamento do processo de cuidar.

Verifica-se que sobre o tema versado neste estudo reside na urgência em se criar, no âmbito do sistema público de saúde, programas de atenção ao cuidador informal de idosos, mais especificamente no contexto da Estratégia de Saúde da Família, já que esta, além de possibilitar a integração, promove a organização dos serviços na assistência do processo saúde-doença.

Ressalte-se que a Estratégia de Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde, sendo possível, por meio da observância de suas diretrizes e preceitos, o estabelecimento de meios para que se possa oferecer um suporte adequado aos nossos cuidadores, idosos e familiares, de modo a lhes garantir qualidade de vida e dignidade.

REFERÊNCIAS

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Constituição (1998). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1998.

BRASIL, Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Angher, A. J. (ORG). Vade Mecum. Acadêmico de Direito. São Paulo: Ed. Rideel, 2005. 2º ed. p.1152-1159.

BRASIL, Resolução nº 130, de 15 de julho de 2005. Sistema Único de Assistência Social-SUAS- Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Disponível em: <http://www.mds.gov/assitenciasocial>. Acesso em: 30 Out. 2010.

BRASIL, Lei nº 8.842, de 04 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/brasil/leisbr/lexdh10htm> - 43K

BRASIL, Resolução SES nº 1583, de 19 de setembro de 2008. Institui e estabelece as normas gerais do Programa Mais Vida – Rede de Atenção à Saúde do Idoso de Minas Gerais, e dá outras providências. Minas Gerais, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2007. (Caderno de Atenção Básica).

BRASIL, Portaria nº 1395 de 13 de Dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso. Seção 1, p. 20-4.

BRÊTAS, A.C.P. & YOSHITOME, A.Y. Conversando com quem gosta de cuidar de idosos no domicílio. In: DUARTE, Y.A.O. & DIOGO, M.J.E. et al. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap.9, p.111-113.

BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Suzane C. Smeltzer; Brenda G. Bare. 9º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v.1, cap.11, p.141-163.

CALDAS, C.P. A abordagem do enfermeiro na assistência ao cliente portador de demência. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p.209-16, 1995. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?...sci...> Acesso em: 08 Ago. 2010.

CALDAS, C.P. Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. Textos sobre Envelhecimento. Rio de Janeiro, v.4, n.8, 2002. Disponível em: http://www.revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000200005&1... Acesso em: 09 Jun 2010.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 773-781, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf> Acesso em: 08 Ago. 2010.

CATTANI, R.B. & GIRARDON-PERLINI, N.M.O. O Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia, v.6, n.2, p.254-271, 2004. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig11_idoso.pdf. Acesso em: 09 Jun. 2010.

CERQUEIRA, A.T.A.R.; OLIVEIRA, N.I.L. Programa de apoio a cuidadores: uma noção terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. Psicol USP Janeiro; v.13, n.1, p. 133-50, 2002.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. Metodologia Científica. 4 ed. São Paulo: MAKRON Books do Brasil Editora Ltda, 1996. 209p.

CHAIMOWICZ, F. e Cols. Módulo Saúde do Idoso. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopemed, 2009. 140p.

COSTA, L.V.A. Política nacional do idoso – perspectiva governamental. Anais do I Seminário Internacional envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século. Brasília: MPAS, SAS; 2001.

COSTENARO, R.G.S. & LACERDA, M.R. Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador? Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2002. 96p.

FILHO, E.T.C. & NETTO, M.P. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 1994. 447p.

FLECK, M.P.A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr 1999; v.2, n.1, p. 19-28.

GARCIA, M.A.M. et al. Idosos e cuidadores fragilizados? O Mundo da Saúde, dez./out. v.29, n.4, p. 645-52, 2005.

GARRIDO, R.; ALMEIDA, O. P. Distúrbios do comportamento em pacientes com demência: Impacto sobre a vida do cuidador. Arquivos Neuropsiquiatria, v.57, n.2-B, p. 427-434, 1999.

GARRIDO, R. & MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v.38, n.6, p.835-841, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/12.pdf>. Acesso em: 08 Ago. 2010.

GIACOMIN, K.C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F.F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.21, n.5, p. 1509-1518, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/24.pdf>. Acesso em: 08 Ago. 2010.

GIL, A.C.. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: atlas, 2004.

GIRARDON-PERLINI, N.M.O. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev. Esc. Enferm.* 2005 jun; v.39, n.2, p. 154-163.

GODOY, M.B.; WAIDMAN, M.A.P.; GARCIA, C.S.G.. Violência familiar: a realidade dos moradores de um bairro de Maringá. *Revista Família, Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, v.5, n.2, p.114-124, mai./ago. 2003.

GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M.; SANTOS, S.M.A.. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: DUARTE, Y. A. O. & DIOGO, M.J.E. et al. *Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 9, p.102-110.

KARSH, U.M. Cuidadores familiares de idosos: parceiros da equipe de saúde. In: *Serviço Social e Sociedade – Velhice e Envelhecimento*. São Paulo: Cortez, 2003a. Nº 75, Ano XXIV. P. 103-113.

_____. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.861-866 2003b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15890.pdf>. Acesso em: 07 Set. 2005.

KAWAMOTO, E.E. et al. *Enfermagem Comunitária*. São Paulo: EPU, 1995.

LADEIA, E.M.B. *Experiência existencial do envelhecer*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte. 1998.181p.

LEME, L.E.G. *O envelhecimento*. 3º ed. São Paulo: Contexto, 2000.70p.

MARCONI, M.A. & LAKATOS, E.M. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados*. 6ª edição, São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, G.A. & PINTO, R.L. *Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos*. São Paulo: Atlas, 2001.

MENDES, P.B.M.T. *Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano* (Dissertação). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1995.

MENDES, W. *Home Care: uma modalidade de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MENEZES, A.K. *Cuidados à pessoa idosa: reflexões teóricas gerais*. In: *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Caminhos do Envelhecer*. Rio de Janeiro: Revinter LTDA, 1994. Cap.10, p.45-56.

NAKATANI, A.Y.K. et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.5, n. 1, p.15-20, 2003. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista5_1/perfilhtml. Acesso em: 09 Jun. 2010.

NERI, A.L. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papyrus, 1993.

NERI, A.L. & CARVALHO, V.A.M.L. O bem-estar do Cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ORSO, Z.R.A. Perfil do cuidador informal de idosos dependentes do município de Veranópolis-RS. (Dissertação). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008.

PAVARINI, S.C.I. et al. Das necessidades à intervenção: etapas na organização de um serviço de orientação para cuidadores de idosos. Anais do IV SEMPE- Seminário de Metodologia para Projetos de Extensão. São Carlos, 2001. Disponível em: <http://www.itoi.ufrj.br/sempe/t1p27.htm> - 101K

PEREIRA, R.S.; CURIONI, C.C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. Textos sobre envelhecimento. Rio de Janeiro, v.6, n.1, 2003. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51517-59282000100004&Ing=pt&nrm=iso - 51K.

RODRIGUES, R.A.P. & DIOGO, M.J.D.E. (Org). Como cuidar dos idosos. Campinas: Papyrus, 1996. 125p.

SALDANHA, A.L. (Org.). Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso. Saúde do idoso: a arte de cuidar. In: CALDAS, C.P.; 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004.

SILVA, M.R.. A relação familiar no atendimento às necessidades do idoso em situação de dependência. Caçador. 2007. 68p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade do Contestado UnC. 2007.

SILVA, E.P.N.; NERI, A.L. Questões geradas pela convivência com idosos: indicações para programas de suporte familiar. In: NERI, A. L. (Org). Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Ed. Papyrus, 1993, p. 213-236.

SILVA, D. G. V. ; TRENTINI, M.. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. Rev. Latino-Am. de Enfermagem. Ribeirão Preto, v.10, n.3, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org>> Acesso em: 19 mai. 2010.

SILVEIRA, T.M.O sistema familiar e os cuidados com pacientes idosos portadores de distúrbios cognitivos. Textos sobre envelhecimento. Rio de Janeiro, v.3, n.4, 2000. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br>

SILVESTRE, J.A. & NETO, M.M.C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. In: Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.19, n.3, 2003. Disponível em: http://scielo.br/scielo.php/script_sci_serial/pid_0034-8910/Ing_em/nrm_iso - 5K

TEIXEIRA, A.R. et al. Qualidade de vida: uma visão geral. In: BECKER JR., B.; GONÇALVES, C.J.S. Fronteiras em ciências da atividade física e do esporte. Porto Alegre: Nova Prova, 2006.

TEIXEIRA, M. H. Relação Interpessoal: Cuidador-Idoso Dependente / Cuidador-Família. In: CALDAS, C. P (Org) A Saúde do Idoso: A arte de cuidar. Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Rio de Janeiro, 1998. unid. V, cap.3, p.191-196.

TRENTINI, M.; PAIM, L. Pesquisa em Enfermagem. Uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.