



Artigos originais

Educação em saúde para cuidadores informais de idosos

Health education for informal caregiver elderly

Maria Angélica Andreotti Diniz¹
Diana Quirino Monteiro¹
Aline Cristina Martins Gratão¹

¹ Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Resumo: Este estudo buscou descrever e analisar o efeito da Educação em Saúde em cuidadores informais de idosos. Tratou-se de uma pesquisa com abordagem descritiva-qualitativa, onde três cuidadoras informais de idosos com Alzheimer participaram de grupos de educação em saúde, no qual, inicialmente, foram colhidas informações a respeito do perfil sócio-demográfico e perfil de saúde dos cuidadores, além da presença de sobrecarga e desconforto emocional por meio da Escala de Sobrecarga de Zarit e SRQ (Self Reporting Questionnaire). Foram realizados sete encontros que envolviam temas como: artesanato, habilidades sociais, relaxamento e atividades de caminhada e dança. Para a análise dos dados da pesquisa, foi utilizado o método de Análise Temática, que buscou compreender a fala dos cuidadores no momento dos encontros grupais. Dividiu-se a análise dos resultados, conforme as seguintes categorias: "Isolamento social no ato de cuidar"; "A presença de outras comorbidades nos idosos"; "A mudança de comportamento dos idosos"; "Sobrecarga". Após as intervenções, observou-se uma importante diminuição da sobrecarga e do estresse emocional, com exceção de uma cuidadora, a qual apresentou piora dos sintomas de sobrecarga atribuída à piora do quadro demencial do idoso e ao aumento de demandas de cuidado. Apesar de uma amostra reduzida, o estudo foi de extrema relevância para caracterizar o perfil desses cuidadores, avaliar formas de evitar a sobrecarga e o estresse emocional.

Palavras-chave: idoso; cuidadores; apoio social; família

Abstract: This study aimed to describe and analyze the effect of health education in informal caregivers of aged people. This was a descriptive and qualitative approach, where three informal caregivers of seniors with Alzheimer attended health education groups, which were initially collected information on the socio-demographic and health profile of caregivers, and the presence of burden and emotional discomfort by Zarit Overload Scale and SRQ (Self Reporting Questionnaire). Seven meetings involving subjects were performed as: crafts, social skills, relaxation and walk and dance activities. For the analysis of the survey data, it used the thematic analysis method, which sought to understand the speech of caregivers at the time of group meetings. We divided the analysis of results, as the following categories: "Social isolation in the act of caring"; "The presence of other comorbidities in the elderly"; "The change in behavior of the elderly"; "Overload". After the speeches, there was a significant reduction in overhead and emotional stress, except for one caregiver, which worsened the symptoms of overload attributed to worsening of dementia in the elderly and increasing care demands. Although a small sample, the study was extremely relevant to characterize the profile of these caregivers, evaluate ways to avoid overload and emotional stress.

Keywords: aged; caregivers; social support; family

Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso - Estudo Comparativo entre Cuidadores Formais e Informais de Idosos Usuários do Serviço Público de Saúde - apresentado ao Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos/UFSCar, 2015, financiado pelo CNPq, processo nº 484864/2012-2.

1. Introdução

Considerado um processo heterogêneo, o envelhecimento diferencia-se de indivíduo para indivíduo. Por apresentar características individuais, divide-se este processo em dois conceitos, o biológico, no qual envelhecer se relaciona à genética e o psíquico, e este associa-se a relações e dimensões sociais em que este indivíduo está inserido. Apontado como um dos fenômenos mais evidenciados na população, o saber sobre o processo de envelhecimento e o que ele ocasiona na vida torna-se necessário para discussão do tema no atual contexto da sociedade¹.

Os resultados do último censo revelaram que, no Brasil, o número de idosos com 60 anos ou mais de idade passou de 14,8 milhões, em 1999, para, aproximadamente 20,6 milhões (11% da população em 2009). Entre os mais velhos, o aumento é ainda maior. Em 1999, o Brasil registrava 6,4 milhões de pessoas com mais de 70 anos (3,9% da população total), enquanto, em 2009, a população dessa faixa etária atingiu um efetivo de 9,3 milhões de idosos, correspondendo a 5,1% dos brasileiros².

Comparada aos outros países da América Latina, a transição demográfica no Brasil tem ocorrido de forma muito acelerada, diferenciando-a dos níveis encontrados nos países desenvolvidos³. O crescimento acelerado da população brasileira na segunda metade do século XX ainda continuará na primeira metade do século XXI, o que demonstra com exatidão duas fases da transição demográfica. A primeira fase se caracteriza pelo acelerado crescimento demográfico, graças ao declínio da mortalidade e da preservação da taxa de fecundidade, até os anos sessenta. A segunda fase, logo após, quando ocorre o declínio da fecundidade e o ritmo de crescimento da população inicia a sua desaceleração³.

Desta forma, os idosos estão se tornando um grupo populacional expressivo, tendo uma crescente importância na sociedade brasileira. Por meio destas mudanças no contexto populacional e social, é necessário manter um olhar mais atento as novas demandas e exigências que esta população vem exigindo⁴.

A partir desse panorama, compreende-se a alteração do perfil epidemiológico da população, com alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, perdas cognitivas, declínio sensorial, acidentes e isolamento social. Fatores esses que causam perdas da capacidade funcional nos idosos tornando-os dependentes de outros para a prestação dos cuidados diários⁵.

A grande preocupação que se faz relacionada ao envelhecimento é em alcançá-lo sem que o indivíduo apresente uma ou mais doenças que limitem sua vida diária e o torne dependente de outras pessoas. Sabe-se que, no geral, mesmo enfrentando uma ou mais afecções no decorrer dos anos vividos, a maioria dos idosos brasileiros é capaz de se autodeterminar e organizar-se sozinhos, ou seja, manter sua independência e autonomia. A tarefa do cuidar, representada pelo papel do cuidador, inclui ações que visam auxiliar o idoso impedido físico ou mentalmente, a desempenhar essas tarefas práticas das atividades da vida diária e autocuidado⁶.

Define-se cuidador, aquele que é responsável por cuidar da pessoa doente ou dependente, facilitando o exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, oferecer a medicação de rotina e acompanhá-la junto aos serviços de saúde, ou outros requeridos no seu cotidiano⁷.

Ainda, para maior entendimento do termo cuidador, a classificação sugerida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS⁸ propõe o seguinte perfil: Cuidador Formal, pessoa maior de idade, com ensino fundamental e/ou médio completo, que fora submetido a treinamento específico em instituição oficialmente reconhecida, faz o elo entre o idoso, a família e os serviços de saúde ou da comunidade e que geralmente exerce atividade remunerada no domicílio ou em instituição de saúde; Cuidador Profissional, pessoa com diploma de 3º grau, conferido por instituição de ensino reconhecida e que presta assistência profissional ao idoso, à família e à comunidade; Cuidador Informal, pessoa com ou sem vínculo familiar, não remunerada e que presta cuidados à pessoa idosa no domicílio.

A literatura mostra que o cuidado ao idoso no contexto brasileiro é culturalmente realizado no âmbito familiar e prioritariamente por cuidadores familiares e informais, que ao assumir e

realizar a tarefa de cuidar do idoso, geralmente, de caráter ininterrupto, ou seja, sem descanso, trazendo ao cuidador horas seguidas de trabalho principalmente com atividades como cuidados corporais, alimentação, eliminações, ambiente, controle da saúde e outras situações, o cuidador pode experimentar situações desgastantes e de sobrecarga⁹.

Através das demandas e situações extressantes e desgastantes que os cuidadores e familiares passam com o cuidado e situação do idoso, é importante avaliar e evitar a sobrecarga do profissional responsável pelo cuidado. Sendo de extrema necessidade mais estudos e pesquisas nesse âmbito, devido aos problemas que a sobrecarga pode causar no profissional e indiretamente no paciente. Comprometendo a qualidade do cuidado, de vida e muitas vezes dos aspectos sociais e psicológicos dos indivíduos¹⁰.

Em relação aos cuidadores de idosos frágeis, é possível identificar a maioria dos sujeitos sendo do sexo feminino, casados e filhas dos idosos. Neste estudo, os resultados mostraram que quanto maior o grau de fragilidade, maior será o nível de dependência funcional do indivíduo, elevando assim, a sobrecarga do cuidador¹¹.

Em um estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto, interior de São Paulo, as características encontradas na população da cidade, relacionadas à sobrecarga dos cuidadores mostram que a média de idade dos cuidadores é maior em relação ao sexo feminino. Os cuidadores mais velhos apresentam uma sobrecarga maior que os mais jovens e apresentam menor envolvimento social do que estes, isso ocorre em consequência das maiores possibilidades e disposição que os jovens possuem. Além disso, a sobrecarga apresenta riscos aos cuidadores, como possíveis depressões, insônia, tristeza, ansiedade, desgaste físico, emocional e estresse¹².

Em estudo realizado em Maringá, no Paraná, a sobrecarga se mostra em maior nível nos cuidadores principais, caracterizados por estarem em contato direto com os pacientes, do que nos cuidadores secundários, responsáveis por atividades complementares e aspectos financeiros deste cuidado. O contato direto com a doença, e com idosos em idades mais avançadas, acarreta um maior desgaste emocional e físico do cuidador que passa o dia inteiro envolto aos zelos necessários que o idoso requer¹³.

A sobrecarga de atividades gerada sobre os cuidadores pode acarretar no desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, fadiga, uso de medicamentos psicotrópicos, além de ter sua própria saúde prejudicada o que leva à falta de condições para cuidar do idoso. A atividade de cuidar pode ter efeitos sociais e econômicos que comprometem todos os aspectos da vida¹⁴.

Independente do tipo de cuidado prestado, formal ou informal, esses cuidadores carecem de informações e suporte emocional. Eles necessitam de um espaço para amenizar suas dúvidas e anseios e ter um tempo só para si. Assim, é preciso oferecer a eles apoio, propiciar um ambiente que forneça orientações, informações e troca de experiências entre os sujeitos.

Em um estudo na cidade de Botucatu/SP foi realizado pelo Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP um programa de apoio aos seus cuidadores, proporcionando melhores condições no atendimento familiar aos pacientes, com a técnica de educação em saúde e discussões em grupo. O estudo teve como resultado, uma melhora na percepção dos sentimentos dos cuidadores, assim como uma possibilidade de compartilhá-los. Sendo constatada através disto, a demanda necessária para novas direções para pesquisa nessas áreas, onde houve a criação de um Centro-Dia em Botucatu após a observação das necessidades encontradas no estudo¹⁵.

No artigo de revisão de Lopes e Cachioni¹⁵, as autoras mostram os resultados e de intervenções através de abordagens psicoeducacionais em idosos com demência. Essa abordagem tem como intuito instruir o paciente e o familiar sobre a doença e o tratamento, como também instigar o paciente a ser um colaborador ativo. Os grupos observados e analisados na revisão se diferenciavam em relação aos métodos, apenas sendo igualitário na abordagem psicoeducacional.

Por fim, a atenção integral do cuidador deve ser baseada na habilidade em estabelecer as necessidades de saúde dessa população específica, segundo os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as

pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências. Nessa perspectiva o presente teve como objetivo identificar as necessidades de conhecimentos dos cuidadores informais responsáveis pela assistência aos idosos nos domicílios, e implementar intervenção de Educação em Saúde para essas pessoas.

2. Percorso metodológico

Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, utilizando o arco de Maguerez divulgado por Bordenave e Pereira (2005)¹⁶, considerado uma base para a aplicação da Metodologia da Problematização.

2.1. Local do estudo

Os participantes foram recrutados e identificados no atendimento médico na Unidade Saúde Escola (USE), considerada um ambulatório de média complexidade que atende a região, a unidade oferece serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e atendimento médico caminhando junto à instituição em atividades de ensino, pesquisa e extensão da Universidade Federal de São Carlos. Tem como importante foco o atendimento na linha de cuidado da Geriatria e Gerontologia.

2.2. Critérios de inclusão

Foi considerado cuidador informal pessoa da família ou próxima do idoso, como um vizinho ou amigo que presta os cuidados, sem que haja qualquer tipo de contrato e pagamento para o fim de cuidar¹⁷. O cuidador formal é considerado a pessoa maior de idade, com ensino fundamental e/ou médio completo, que fora submetido a treinamento específico em instituição oficialmente reconhecida para a atividade do cuidar e que seja remunerado para a atividade, com ou sem vínculo à instituição de saúde.

2.3. Procedimentos para Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2014 por meio de entrevistas com os cuidadores.

Para início de coleta de dados, abordamos o cuidador no local de pesquisa, após a apresentação dos pesquisadores e exposição dos aspectos da pesquisa aos possíveis participantes, os que aceitaram realizar o estudo por meio de entrevista individual, assinaram o TCLE e depois foi realizada a apresentação dos instrumentos de avaliação. As entrevistas ocorreram em local privado e com boa acústica para preservar a privacidade dos cuidadores.

Os examinadores desta pesquisa foram compostos pelo coordenador, colaboradores e estudantes dos cursos de graduação devidamente treinados pelo pesquisador para aplicação dos instrumentos de avaliação e a educação em saúde.

Foram colhidas informações a respeito do perfil sócio-demográfico e perfil de saúde dos cuidadores. O cuidador foi avaliado quanto aos aspectos demográficos e quanto a presença de sobrecarga, desconforto emocional por meio da Escala de Sobrecarga de Zarit e SRQ (Self Reporting Questionaire).

A Escala de Sobrecarga de Zarit, elaborada por Zarit e Zarit¹⁸, traduzida e validada para a cultura brasileira por Scazufca¹⁹, com 22 itens, tem por objetivo avaliar o impacto percebido do cuidar sobre a saúde física e emocional, atividades sociais e condição financeira. As respostas aos 22 itens devem ser dadas segundo uma escala de cinco pontos que descrevem como cada afirmação afeta a pessoa. Cada item da escala tem escores representados da seguinte forma:

nunca (0), raramente (1), algumas vezes (2), frequentemente (3), sempre (4). A pontuação indica a frequência de cada item. No último item, o escore varia de 0 a 4 também, mas representa o quanto o entrevistado está se sentindo cansado mediante a tarefa de prestar o cuidado, representado por: nem um pouco (0), um pouco (1), moderadamente (2), muito (3), extremamente (4). O total da escala é obtido somando todos os itens e pode variar de 0 a 88. Quanto maior a pontuação obtida, maior a sobrecarga percebida pelo cuidador.

O *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) foi desenvolvido por Harding; Arango; et al²⁰ e validado no Brasil por Mari e Willians²¹ e tem como objetivo a detecção de desconforto emocional na população geral. As 20 questões que compõem a escala têm duas possibilidades de resposta (sim/não) e foram desenhadas para abordar sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos (cefaleias frequentes, queixas de insônia e de alterações de apetite, piora da concentração, nervosismo, cansaço, queixas estomacais, diminuição do interesse pelas atividades rotineiras, pensamentos suicidas, sentimentos de tristeza e de desesperança). Quanto maior a frequência de respostas sim, maior o nível de estresse emocional.

2.4. Intervenção baseada na educação em saúde

Os cuidadores identificados foram convidados a participar de uma oficina, que problematizou situações da prática desses cuidadores, por meio de círculos de discussão. As discussões foram gravadas e a seguir foram transcritas para a definição do problema estudado. Posteriormente à discussão dos dados produzidos ocorreu uma reflexão em conjunto, pesquisadores, cuidadores e idosos, sobre os possíveis determinantes da situação que culminou com a definição dos pontos-chave e a teorização, o que revelou os valores significativos presentes nos discursos. Dessa forma, o grupo construiu as respostas mais elaboradas para atender às necessidades para o cuidador, definindo os temas das atividades educativas que foram apresentadas.

No decorrer dos encontros grupais (semanalmente), foram implementadas as intervenções por meio da educação em saúde (palestras, círculo de discussão, entre outros) respeitando as necessidades previamente identificadas. Os encontros também foram gravados para facilitar e embasar a análise dos dados.

2.5. Aspectos Éticos

Tomando por base os critérios da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, e foi aprovado sob número de parecer 416.459 na data de 15/10/2013. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para o idoso e para o cuidador foram assinados em duas vias, conforme as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos.

2.6. Análise dos dados

Para a análise dos dados da pesquisa, foi utilizado o método de Análise Temática, que corresponde a uma subdivisão da Análise de Conteúdo, buscando compreender a fala dos cuidadores no momento dos encontros grupais de educação em saúde. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens²².

Os seguintes passos foram respeitados: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final, de maneira intercomplementar e dinâmica. Segundo Minayo²³, fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.

3. Resultados e discussão

Foram analisados sete encontros ocorridos no período de 21/05 a 13/06 de 2014, com três participantes cuidadores familiares de idosos com Alzheimer, em que foram discutidos e apresentados temas tais como: Habilidades Sociais, Confecção de Artesanatos, Relaxamento e atividades de interação junto a fisioterapia com os idosos, como caminhadas e dança.

As participantes possuíam uma média de idade de 69,3 anos, onde as idades variavam de 61 a 84 anos. Todas as participantes eram do sexo feminino, sendo que duas delas eram filhas dos idosos e uma delas era esposa, e prestavam o cuidado sem receber remuneração para isso, sendo identificadas como cuidadoras informais. Duas participantes eram aposentadas e uma trabalhava como profissional do lar, e dividia o cuidado do idoso com seu filho. Das cuidadoras, duas eram pardas e uma delas, branca; duas eram casadas e uma separada, e todas viviam com o idoso. Entre as doenças prevalentes relatadas estavam a Hipertensão Arterial Sistêmica e Problemas na coluna.

Nas primeiras reuniões, fez-se um momento de conversa sobre o cotidiano vivido naquele mês; em seguida discutiu-se o tema proposto, sempre realizando levantamento de como aquele tema é percebido pelos familiares, realizando intervenções a partir do que emergiu do grupo; e finalizou-se com o fechamento das orientações e a escolha do tema posterior.

Com relação a sobrecarga, as cuidadoras passaram por três avaliações durante o período do grupo. A primeira, realizada no início, onde os resultados foram: 30; 29; 26, sendo consideradas sobrecarga moderada. Após as avaliações, foram preparadas 7 intervenções, entre elas: aula de artesanato, dança com os idosos, observação da capacidade dos idosos e aulas de educação em saúde. Ao final das atividades foi realizada uma nova avaliação com o intuito de verificar se houve diminuição da sobrecarga, sendo encontrados os seguintes resultados: 28; 22; 35. A terceira cuidadora apresentou um aumento de sobrecarga, podemos relacionar isso a fase de transição da doença que o idoso estava passando (Fase 1 para a Fase 2 da D.A), onde a cuidadora passou por um período de adaptação com os novos comportamentos do idoso, e a crises ocasionadas devido a remédios.

Após um mês sem intervenções, foi realizada outra avaliação nas cuidadoras, sendo que a primeira cuidadora não compareceu devido à depressão, como já citado anteriormente, sendo encontrados os seguintes resultados: 0; 36; 30. Pode-se perceber que a segunda cuidadora apresentou um aumento na sobrecarga.

Com relação ao desconforto emocional, na primeira avaliação foram encontrados os seguintes resultados: 8; 5; 3. Na segunda avaliação, após as intervenções: 7; 4; 3. Evidenciando-se uma melhora nas duas primeiras cuidadoras. Após um mês sem as intervenções, os resultados foram: 0; 5; 2; onde a segunda cuidadora apresentou um aumento nos sintomas de desconforto e a terceira, uma diminuição, fato que relacionamos a melhora nos sintomas comportamentais do idoso.

Para análise das intervenções, os encontros ficaram registrados em um gravador de áudio, sendo autorizado pelas cuidadoras a gravação dos encontros. Utilizando o método de análise de conteúdo, foram ouvidas as gravações e transcritas para uma melhor interpretação dos resultados. Desta forma, dividiu-se a análise dos resultados, conforme as categorias encontradas:

3.1 O isolamento social no ato do cuidar

Ao assumir a responsabilidade de cuidar, o cuidador informal limita-se a exercer funções que costumavam ser diárias em seu cotidiano e passa a voltar-se apenas as necessidades dos idosos, deixando de viver sua vida e interesses. Isso aumenta o nível de sobrecarga e estresse emocional, ocasionando sentimentos negativos como solidão e isolamento social^{24;15}.

Com a perspectiva da falta de tempo para realizações pessoais e para um maior contato com a família e amigos, a falta de tempo para lazer e descanso é constantemente relatada²⁵.

“Eu ia antigamente em baile... Agora não dá mais, tem meu pai... Ai que sono, cansei... Cheguei em casa depois de buscar um papel pra consulta do meu pai, morrendo de sono, ainda bem que meu filho é um anjo e mandou eu descansar enquanto arrumava a sala. Mas não consegui dormir, meu pai ia toda hora perguntar se era horário do médico... É tão gostoso dormir né? Quando a gente pode...”

A sobrecarga somada aos desgastes físicos e emocionais causa implicações na vida social do cuidador, afetando muitas vezes seu relacionamento com o idoso²⁶.

“É... Eu gosto de sair, mas ele nesse jeito... Não tem como sair comigo, até quando é pra gente ir almoçar com as filhas, não dá... Ele cansa, aí desse jeito ninguém quer sair, aí a gente fica em casa...”

Proot; et al¹⁷ ao analisar 13 cuidadores, identificou um tipo de vulnerabilidade nos cuidadores avaliados. Usaram o termo vulnerabilidade para os cuidadores que demonstravam risco de adoecerem devido ao comportamento demonstrado durante a entrevista. O autor identificou que essa vulnerabilidade era associada à solidão, isolamento e principalmente a sentimentos negativos como o medo.

“Às vezes eu saio um pouquinho fora de casa, pra trançar o portão... É só carro, você não vê mais gente... eu mesmo se for pra sair andar na rua uns dois quarteirões, eu não saio... tenho medo. Tem uma vizinha que sai, chega 22hrs. Eu não, credo, perigoso.”

Neste caso, encontra-se a necessidade de suporte aos cuidadores quanto a sua saúde pessoal, visto que eles normalmente passam por situações cotidianas desgastantes que oferecem risco a sua saúde. Outra forma de prevenir estes sentimentos e a atual sobrecarga é dividir o cuidado prestado ao idoso, quando possível, procurando outra pessoa para o manejo do cuidado e atentando-se a sua saúde e desejos pessoais²⁶.

3.2 A presença de outras comorbidades nos idosos

A presença de doenças associadas aos pacientes com doença de Alzheimer foi um relato presente na fala de todos os cuidadores, durante a aplicação de instrumentos. A hipertensão, diabetes e a hiperplasia protostática benigna foram as doenças citadas.

“Eu acho que o que acaba mais com ele, é esse bendito Alzheimer, meu pai não tem nada... o único problema dele é agora na próstata...”

De acordo com Pinheiro; et al²⁸, o envelhecimento tornou-se um importante fator de vulnerabilidade a doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por um longo período de tempo. A presença das DCNTs tende a aumentar nos indivíduos entre os 50-59 anos e acima de 60 anos e além disso as co-morbidades, ou seja, duas ou mais doenças existentes em um mesmo indivíduo, podem intensificar ainda mais a vulnerabilidade para a incapacidade funcional no idoso²⁹.

Incapacidade funcional que pode ser definida como a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade³⁰.

As principais doenças desse grupo são: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas¹⁰. Além disso, é importante ressaltar que hiperplasia protostática benigna é ligada ao envelhecimento e bastante incidente nesta população e que aumenta com a idade, atingindo o pico de incidência, por volta dos 80-90 anos^{31;32}. Tal acometimento foi relatado na presente pesquisa como sendo um fator importante, porém não relacionado com a debilidade do idoso.

Na pesquisa realizada por Prado³³, foi possível observar que a HAS foi a mais referida ente os idosos, com 38,1%, seguida por osteoporose (27,7%) e diabetes (22%), o que se assemelha com este estudo.

Resultados do banco de dados do Sistema Único de Saúde, no ano de 2010, confirmam os dados da pesquisa, mostrando a liderança das doenças do aparelho circulatório como principal causa de internações no SUS, seguidas pelas doenças respiratórias e digestivas³.

Dessa forma, é de extrema importância destacar que a existência das (co) morbidades entre os idosos, têm representado um fator significativo para o cuidador, e pode se relacionar com maior incidência de sobrecarga para o mesmo, uma vez que quanto mais coexistência de doenças, maiores as chances de incapacidades para o idosos e conseqüentemente maior a intensidade de trabalho do cuidador

3.3 A mudança de comportamento dos idosos

Um dos tópicos mais comentados nas gravações foi o comportamento dos idosos. Alguns se tornaram mais agressivos, outros apáticos, causando frustração nos cuidadores. A doença de Alzheimer é caracterizada por um declínio na cognição, função e conseqüentemente no comportamento do paciente. Essas alterações causam uma maior demanda ao cuidador, o que interfere na sobrecarga do mesmo³¹.

Observa-se nos diversos estudos que determinadas doenças como demência, depressão, e mesmo a dependência física dos idosos causam maiores graus de sobrecarga, se comparadas a uma população de idosos que vivem na comunidade sem diagnóstico de tais patologias. Compreende-se que, quanto maiores a dependência e a perda da autonomia do idoso maior se torna a demanda dos cuidados, sobrecarregando, dessa forma, os cuidadores que prestam os cuidados diariamente. Da mesma forma, os estudos sobre cuidadores de idosos demenciados revelam que o distúrbio do comportamento do idoso provocado pela doença é um dos fatores mais importantes no agravo da sobrecarga^{35:31}

“O problema dele são as crises. Ai cheguei em casa e ele teve as crises, não dormi sexta, sábado e domingo. Fui dormir de segunda pra terça... Ele tem duas vezes por semanas (as crises)... Ele vê coisa que não é, vê gente, coisa que não existe... Então ele não fica agressivo, assim... só se a gente começa a teimar com ele, que não é aquilo que ele tá vendo, ai ele fica bravo.”

Em seu estudo, Arakaki; et al³⁶, nos trás que na fase moderada da Doença de Alzheimer o comportamento que mais se relacionou com o desgaste foram as alucinações. Em um dos relatos das cuidadoras, o idoso em questão estava entrando na fase 2 do Alzheimer, causando um aumento em sua sobrecarga, como foi possível identificar nas avaliações realizadas.

“Então, levei meu pai no médico, meu pai começou a falar tanta bobrinha pro Dr. Falou que eu queria enforcar ele, eu tentava repreender, mas o Dr. mandou eu deixar ele falar, você precisava ver o tanto de besteira que ele falou. No final, o Dr. Receitou outro remédio.”

A apatia é outro comportamento que causa desgaste no cuidador, na D. A na fase moderada da doença, a apatia o segundo comportamento que mais se relacionou com o desgaste. A falta de iniciativa, indiferença e interesse, acarreta sentimentos diversos nos cuidadores³⁶. Durante os encontros trazemos dois tipos diferentes de aceitação diante a apatia, em um deles a cuidadora (cônjuge) mesmo sabendo que o idoso é capaz de fazer determinadas tarefas, acaba realizando-as, contribuindo assim para a sua sobrecarga.

“É, ele quer ficar só dormindo. Ele não tem como me ajudar, eu mando ele lavar as mãos, ele nem quer lavar as mãos, e pra mexer nas coisas tem que estar com a mão limpa né. É ele toma banho, ele tira a

roupa e toma banho sozinho, mas eu que separo a roupa, mostro aonde tá as coisas. Se o tempo tá bom ele sai pra fora, mas se não... Eu falo pra ele, sai e faz um exercício. Ele pega a toalha que se enxugou e coloca no varal."

Já em outro caso, a cuidadora (filha) sabe que a mãe consegue fazer determinadas tarefas e mesmo com a negação, insiste para a realização das mesmas.

"Não, mas tem que fazer ela se esforçar porque ela consegue fazer. Lá em casa eu faço ela me ajudar."

Cruz e Hamdan³⁵, trazem em seu estudo que os cônjuges sofrem mais impacto com relação ao grau de parentesco dos cuidadores. Das três cuidadoras avaliadas, apenas uma tinha este grau de parentesco com o idoso, e na reta final do grupo deixou de participar das reuniões por estar em um quadro inicial de depressão, caso relatado pelas filhas do casal.

3.4 Sobrecarga

A sobrecarga apresenta-se como principal tópico a ser discorrido, o qual se correlaciona com os demais apresentados acima, motivo pelo qual foi proposta as ações educativas e reuniões de grupos na presente pesquisa, a fim de diminuí-la ou mesmo preveni-la.

De acordo com Lopes e Cachioni¹⁵, as demências são consideradas doenças familiares, pois trazem sobrecarga emocional a todo o núcleo. Esse fato ocorre devido as demências terem grande impacto na estrutura familiar. Com isso, há a necessidade de que haja programas e medidas de apoio, tanto para a pessoa demenciada quanto para os seus cuidadores. Grupos psicoeducacionais, a medida que transmitem conhecimentos para os cuidadores, podem auxiliar no manejo do cuidado e o aumento do bem-estar melhorando na regulação das emoções¹⁵.

O termo sobrecarga deriva do inglês "burden" e refere-se ao conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconômicos que ocorrem devido às exigências da atividade de prestar o cuidado. Estes problemas podem influenciar negativamente a vida do cuidador de diversas formas: prejudicar as rotinas domésticas, as relações familiares e sociais, a produtividade no trabalho, as atividades de lazer, a vida afetiva e a sexualidade. Também é verdade, que a sobrecarga está associada a uma deterioração da qualidade de vida e a uma maior morbidade do prestador de cuidados³⁷.

"Antes eu me sentia mais cansada, mas vocês passam tanta informação pra gente que parece que deixa a gente mais aliviada, é bom ter esse tempo pra gente, antes eu ficava aqui esperando sem fazer nada..."

A sobrecarga de atividades gerada sobre os cuidadores pode acarretar no desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, fadiga, uso de medicamentos psicotrópicos, além de ter sua própria saúde prejudicada o que leva à falta de condições para cuidar do idoso¹¹. A atividade de cuidar pode ter efeitos sociais e econômicos que comprometem todos os aspectos da vida¹¹. Em alguns casos, a sobrecarga se dá pelo fato do cuidador se sentir responsável e assumir todas as tarefas, mesmo que não lhe caiba fazê-las, daí sobrecarga é ocasionada por falta de apoio. São recorrentes os sinais de sobrecarga nas faces de cansaço e desânimo, principalmente naquelas também responsáveis pelas tarefas do lar³⁸.

O conflito familiar, proveniente da sobrecarga dos cuidadores, muitas vezes, é algo esperado diante da complexidade do processo³⁹. A sobrecarga gerada no cotidiano da família provoca estresse e diminuição da tolerância do cuidador que, ao sentir-se limitado em suas atividades sociais e outras, pode trazer a tona tudo que estava a tempo guardado⁴⁰.

Uma revisão integrativa da produção científica brasileira sobre o cuidador familiar do idoso com o objetivo de evidenciar o perfil dos trabalhos publicados no período de janeiro de 2005 a setembro de 2010, indexados nas bases de dados Medline, Cinahal e Lilacs, verificou que a maioria das publicações versava sobre o alto índice de sobrecarga do cuidador, piora significativa da qualidade de vida do cuidador, falta de apoio, informação e preparo para o cuidado³⁸.

A ausência de lazer, aliada ao confinamento no ambiente do cuidar constante, leva o cuidador, muitas vezes, a sentir-se sobrecarregado emocionalmente. As doenças que levam a incapacidade impõem limitações ao doente e cuidador, resultando sentimentos de isolamento, alterações no estilo de vida e insatisfações na vida social, proporcionando um cotidiano restrito apenas às atividades domésticas⁴⁰.

Gratão et al⁴⁰, trazem a importância fundamental do cuidador na assistência, pois este representa o elo entre o idoso, sua família e a equipe interprofissional. Cuidar de uma pessoa dependente vem sendo associado com a deterioração da saúde física e mental, isolamento social, depressão, sobrecarga e baixa qualidade de vida.

“Não vejo a hora de entrar de férias. Nem começou e eu já to querendo férias. Nossa meu pai me deu um trabalho ontem...”

As intervenções educacionais oferecidas aos cuidadores ajudam a reduzir a sobrecarga física e emocional do cuidador. As intervenções com cuidadores, melhoram a saúde mental e física, além disso, reduzem a sobrecarga e os sintomas depressivos do cuidador¹⁵.

Tais iniciativas valorizam o trabalho dos cuidadores e visam a qualidade de vida dos mesmos, porém muito ainda precisa ser feito, principalmente envolvendo os profissionais da gerontologia no apoio aos cuidadores.

“Esse grupo é muito bom, assim a gente fica com um tempo pra gente, né?”

“É bom que a gente percebe que não é só a gente que sofre com isso, a gente vê mais gente na nossa situação.”

“A gente aprende e tira nossas dúvidas, das doenças... de como cuidar deles de um jeito melhor, eu gostei... Nossa, já é quase 17 horas, passa rápido, você não vê a hora passar...”

A sociedade, composta pelos atores sociais, organizações governamentais e não-governamentais precisam se unir para um efetivo engajamento social, com vistas a melhorar a condição de vida dos cuidadores de idosos, na intenção de prevenir, ou mesmo diminuir a sobrecarga vivenciada pelos mesmos¹¹. As políticas públicas nacionais dão as diretrizes da atenção, porém, serviços de saúde estaduais, municipais, universidades, ONGs e outras redes devem se organizar para elaborarem propostas de intervenção formal e informal aos cuidadores familiares de idosos.

4. Limitações do estudo

A grande limitação encontrada neste estudo foi à dificuldade de adesão dos cuidadores ao grupo de orientação. Mesmo após a explicação da finalidade do grupo de educação em saúde, apenas três cuidadoras aceitaram participar da atividade pelo horário ser simultâneo às atividades realizadas com os idosos pela fisioterapia da Unidade de Saúde Escola. Ao contatar outras cuidadoras foi explícito a vontade de participação, porém a diferença de horários e a necessidade de administrar o cuidado do idoso com as suas vontades, dificultou a atividade.

5. Considerações finais

O processo de como lidar com o idoso dementado deve ser visto de forma ampla, visando o atendimento às necessidades práticas que o cuidado exige como também os sentimentos que este cuidado desencadeia em todos os envolvidos no processo de cuidar de um idoso com demência.

O cuidador informal por prestar o serviço do cuidar a uma pessoa próxima e querida em sua realidade, apresenta maiores sinais de sobrecarga, desgaste físico e emocional. É necessário voltar o olhar não apenas ao idoso que precisa de cuidado, mas também a pessoa que oferece este tipo de suporte, relacionando o manejo do cuidado como um todo e não apenas ao idoso demenciado ou com alguma comorbidade.

Dessa forma, ressalta-se a importância de profissionais mais capacitados a atender os idosos e os cuidadores. Outro ponto importante é a falta de políticas públicas voltadas a essa população, que poderiam abordar diversos contextos, como planejamento de intervenções visando à melhoria nas condições de saúde e de trabalho destes indivíduos.

Apesar de uma amostra reduzida, o estudo foi de extrema relevância para caracterizar o perfil desses cuidadores, avaliar formas de evitar a sobrecarga e o estresse emocional. Acompanhando a atual situação populacional do Brasil, o país deve ficar atento às novas demandas relacionadas ao envelhecimento e evitá-las de modo que este processo natural não se torne um peso para profissionais e familiares.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fachine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Rev Cient Int.* 2012; 1(20): 106-94.
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2010: resultado do universo. <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2006/default.shtm>>. Acesso em: 19 nov. 2014.
3. Brito FA. Transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. 2007. <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20318.pdf>. Acesso em 01.09. 2014
4. Closs VE, Schwanke CH A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012; 15(3); 443-58.
5. Gratão ACM, et al. Family caregivers demands from elderly individuals with dementia. *Rev esc enferm USP* 2010; 44(4): 873-80.
6. Caldas CP. O idoso em processo de demência: o impacto na família. Minayo MCS, Coimbra JCEA (orgs.) *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p. 51-71.
7. Mendes PBMT. (Dissertação). Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. Programa em Serviço Social/PUC, São Paulo. 2004.
8. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Publicação do papel do cuidador domiciliar*. São Paulo: Secretaria de Assistência Social; 1998.
9. Luzardo AR. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enferm* 2004; 15(4): 587-94.
10. Stackfleth R, et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. *Acta Paul Enferm* 2012; 25(3): 768-74.
11. Gratao ACM, et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto contexto – enferm* 2012; 21 (2): 304–12.

12. Borghi AC, et al. Sobrecarga de familiares cuidadores de ancianos con la enfermedad de Alzheimer: un estudio comparativo. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013; 21(4): 8.
13. Marques S, Rodrigues RAP, Kusumota L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2006; 14(3): 364-71.
14. Cerqueira ATAR, Oliveira NIL. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicol USP* 2002; 13(1): 133-50.
15. Lopes LO, Cachioni M. Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. *Journal Bras Psiquiatr* 2012; 61(4): 252-61.
16. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 26ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
17. Laham CF. (Dissertação). Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 2003.
18. Zarit SH, Zarit JM. The memory and behavior problems checklist – 1987R and the burden interview (technical report). University Park (PA): Pennsylvania State University; 1987.
19. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview Scale for the assessment of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(1): 12-7.
20. Harding TW, Arango MV, Baltazar J. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine* 1980; 10: 231-41.
21. Mari JJ; Willians P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ 20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry* 1986; 148: 23-6.
22. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições Setenta; 2004.
23. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco; 2000.
24. Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APSS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto e Contexto de Enferm* 2006; 15(4): 587-94.
25. Fonseca NR, Penna AFG, Soares MPG. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as consequências de assumir este papel. *Physis* 2008; 18(4): 727-43.
26. Proot IM, et al. Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home: balancing between burden and capacity. *Scand J Caring Sci* 2003; 17: 113-2.
27. Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev Nutr* 2004; 17(4): 523-33.
28. Barros MBA, et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Cien Saúde Colet* 2006; 11(4): 911-26.
29. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Cien Saúde Colet* 2004; 9(4): 833-40.
30. Edwards JL, Barbeton MD. Diagnosis and Management of Benign Prostatic Hyperplasia. Hospital, Barberton, Ohio. *Am Fam Physician* 2008; 77(10):1403-10.
31. Kaplan SA, Neutel J. Vasodilatory factors in treatment of older men with symptomatic benign prostatic hyperplasia. *European Urology* 2006; 67: 225-31.
32. Prado, CP. (Dissertação). Perfil de idosos internados na Unidade de Clínica Médica de um Hospital Geral Terciário. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2011.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. 2011-2022. 2011.
34. Cruz MN, Hamdan AC. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. *Psicol estud* 2008; 13(2): 223-29.

35. Arakaki BK, et al. Análise do desgaste e da sobrecarga. Rev Ter Ocup Univ São Paulo 2012; 23(2): 113-21.
36. Cordeiro L, Albuquerque C. (Dissertação). Cuidador informal de idosos dependentes: dificuldades e sobrecarga. Instituto Politécnico de Viseu. 2011.
37. Oliveira DC, D'Elboux MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. Rev bras enferm 2012; 65(5): 829-38.
38. Pedreira LC, Oliveira AMS. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. Rev bras enferm., Brasília. Oct. 2012, 65 (5): 730-36.
39. Bicalho CS, Lacerda MR, Catafesta F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. Cogitare Enferm 2008; 13(1): 118-23.
40. Gratão A. Dependência funcional de idosos ea sobrecarga do cuidador. Rev esc enferm USP 2013; 47(1): 137-44.

Artigo Recebido: 05.08.2015
Aprovado para publicação: 25.05.2016

Maria Angélica Andreotti Diniz
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar
Rua Rio Claro, 670.
CEP: 13800-260 Catanduva, SP – Brasil
Email: maah-diniz@hotmail.com
