



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



Rachel de Jesus Pimentel Araújo

SOBRECARGA DO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSOS NA QUARTA IDADE
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

São Luís

2016

Rachel de Jesus Pimentel Araújo

**SOBRECARGA DO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSOS NA QUARTA IDADE
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão.

Orientadora: Prof. Dr^a. Ana Hélia de Lima Sardinha

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do cuidado.

São Luís

2016

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Araújo, Rachel.

Sobrecarga do cuidador familiar de idosos na quarta idade da Estratégia Saúde da Família / Rachel Araújo. - 2016.

76 f.

Orientador(a): Ana Hélia Sardinha.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís-MA, 2016.

1. Cuidador. 2. Idoso. 3. Saúde da Família. I. Sardinha, Ana Hélia. II. Título.

Rachel de Jesus Pimentel Araújo

**SOBRECARGA DO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSOS NA QUARTA IDADE
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do cuidado.

Banca Examinadora

Prof. Dr^a. Ana Hélia de Lima Sardinha
Presidente/Orientador
RENASF/Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Poliana Pereira Costa Rebelo
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Dorlene Maria Cardoso de Aquino
RENASF/Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Nair Portela da Silva Coutinho
RENASF/Universidade Federal do Maranhão

São Luís, 13 de julho 2016

AGRADECIMENTOS

A Deus, autor da vida, meu Senhor, por ser meu orientador supremo, minha proteção e companhia incondicional.

À Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e à nucleadora Universidade Federal do Maranhão, por serem grandes idealizadores desse projeto.

À minha família, à minha mãe Elizabeth Pimentel Araújo (linda idosa na Quarta idade) e ao meu pai José Moreira (in memoriam), por me proporcionarem oportunidade de crescimento profissional e pessoal, ensinando a acreditar em meus sonhos e ser perseverante mesmo nos momentos de dificuldades.

A meus oito irmãos, especialmente a meu irmão e padrinho José Araújo Filho, pela escuta e companheirismo nos momentos difíceis. O grande incentivador desta jornada.

Ao meu marido Paulo Roberto Sousa Lima, pelo carinho, incentivo, companheirismo, compreensão e por acreditar no meu potencial, ensinando-me a encarar todos os obstáculos como momento de aprendizado e crescimento.

À minha filha Rebeka Pimentel Araújo Lima, por ser a minha razão de lutar e enfrentar desafios, com o objetivo de proporcioná-la oportunidades para o seu sucesso pessoal e profissional.

À minha querida professora Dr^a Ana Hélia de Lima Sardinha, grande como pessoa e profissional, pelo suporte, confiança e estímulo ao meu crescimento pessoal e profissional.

Aos idosos e seus cuidadores que aceitaram participar como voluntários desta pesquisa, por me receberem de braços abertos em seus domicílios e compartilharem um pouco de suas vivências e realidades, apesar de inúmeros compromissos e tarefas cotidianas. A coleta não se restringiu apenas a dados científicos, mas a lindas histórias de vida, de doação de cuidado de alguns com carinho e dedicação.

Às equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de São Bernardo- MA, que foram imprescindíveis na busca desses cuidadores em suas áreas.

Aos meus colegas de mestrado, por compartilhar comigo perspectivas, sonhos, alguns momentos difíceis, mas outros muito divertidos e prazerosos.

“O que se supõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude.

Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação de responsabilização e de envolvimento com o outro”

Leonardo

RESUMO

O envelhecimento humano é um fato real e mundialmente a longevidade vem aumentando. No Brasil, a população crescente a partir de 80 anos é alvo de doenças crônicas não transmissíveis, podendo causar limitações. Surge nesse contexto a figura do cuidador familiar, que serve de apoio e ajuda a idosos. O cuidar geralmente é assumida por uma única pessoa da família, que experimenta um fardo considerável de atividades, ocasionando sobrecarga. Objetivo: Analisar a sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos na quarta idade, na Estratégia de Saúde da Família em São Bernardo - MA; Método: Estudo descritivo, analítico, transversal com abordagem quantitativa, no qual participaram 170 cuidadores familiares e idosos sob seus cuidados. Os dados foram coletados por meio de 02 questionários semiestruturados para identificar o perfil socioeconômico, demográfico e de saúde do idoso e cuidador e a escala de Zarit Burden Interview (ZBI) para avaliar a sobrecarga do cuidador. Resultado: Na caracterização dos idosos obteve-se a maioria mulheres (61,18%), entre 85 a 89 anos (37,65%), baixa escolaridade, viúvas (77,65%), com renda de 1 a 3 salários mínimos (96,47%), aposentados (100%), além da maioria possuir problemas de saúde (95,29%), com predomínio de doenças crônicas como hipertensão (38,24%) e diabetes (21,18%). Os cuidadores familiares (85,88%) eram do sexo feminino, (76,31%) com a faixa etária de 51 a 60 anos, (38,82%) com baixa escolaridade, casados (61,17%), com renda familiar mensal inferior a um salário mínimo (77,65%), do lar (75,29%), filhas (43,52%), prestavam cuidados ao idoso há mais de 10 anos (37,65%), residiam no mesmo domicílio do idoso (91,76%), com sobrecarga moderada à severa (90,59%). As variáveis anos de estudos, viver com o idoso e a percepção dos cuidadores com relação à sua saúde foram estatisticamente significativos para a existência de sobrecarga. Conclusão: Ao analisar a sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos na quarta idade, identificou-se os cuidadores com sobrecarga elevada, enfrentavam vários problemas de ordem física, emocional, financeira e social, sendo necessário que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias direcionadas à prevenção da sobrecarga dos cuidadores, elaborando intervenções que contribuam para a melhoria da qualidade de vida do cuidador e que possam refletir positivamente no cuidado prestado ao idoso.

Palavras chaves: Idoso. Cuidador. Saúde da família.

ABSTRACT

The human ageing is a real fact and wordly the long life has been increasing. In Brazil the increasing population from the 80 years old has been a target of chronic diseases not transmittable and can cause limitations. The figure of the family minder so anises in that context who becomes a helper for the ageing. The care is generally assumed by a sole person of the family who experiments a considerable burden of performances, so causing an overburden. Goal: To analyse the overburden of the family minders for the ageings in the forth age, in the Strategy of Family Health in São Bernardo / MA (Brazil); Method: descriptive study also analytical and transversal with a quantitative approach, in which 170 family minders took part and ageing ones under their care. The data were collected by means of 02 half structured questionnaires for the identification of the social- economical profile, also demographical, and the ageing's health and minder's and the scale of Zarit Burden Interview (ZBI), in order to avaiate the overburden to the minder. Result: In the characterization of the old age it was obtained that the most women (61,18%) were between 85 and 89 years old (37,65%), low schooling, windows (77,65%), with an income from 1 to 3 minimum wages, retired oves (100%), besides the majority possess health problems (95,29%) predominating chronic diseases like hypertension (38,24%) and diabetes (21,18%). The family minders (85,88%) were female (76,82%) with low schooling, married (61,17%) with family wage inferior to a minimum wage (77,65%), domestic (75,29%), daughters (43,52%) cared the ageing since more than 16 years (37,65%), those one abided in the same ageing's residence (91,76%), with a moderate to severe overburden (90,59%). The variables years of study, to live with the ageing and the minders perception as to their own health were statistically meanful for the existence of the overburden. Conclusion: When it was analysed the family minders overburden in the fourth age, it was identified the minders under high overburden who faced several physical problems, also emotional, financial and social, so being necessary that the health professionals develop strategies directed to the prevention of the minders overburden, elaborating interventions which contribute to the increasing of the minder's health quality and also can reflect itself in the care given to the ageing.

Keywords: Ageing. Minder. Family Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ZBI	Zarit Burden Interview

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas e de saúde dos idosos na quarta idade, Estratégia de Saúde da Família, São Bernardo - MA, 2016	35
Tabela 2 -	Características sociodemográficas dos cuidadores familiares de idosos na quarta idade, Estratégia de Saúde da Família, São Bernardo - MA, 2016	37
Tabela 3 -	Características de saúde dos cuidadores familiares de idosos na quarta idade, Estratégia de Saúde da Família, São Bernardo - MA, 2016	38
Tabela 4 -	Cuidadores familiares, segundo grau de parentesco com os idosos na quarta idade e tempo como cuidador, Estratégia Saúde da Família, São Bernardo- MA, 2016	39
Tabela 5 -	Condições de moradia dos cuidadores familiares dos idosos na quarta idade, Estratégia de Saúde da Família, São Bernardo-MA, 2016	39
Tabela 6 -	Descrição dos 22 itens da escala de Zarit Burden. Estratégia de Saúde da Família em São Bernardo-MA, 2016	40
Tabela 7 -	Classificação dos cuidadores familiares de idosos na quarta idade, de acordo com a sobrecarga, Estratégia de Saúde da Família, São Bernardo -MA, 2016	42
Tabela 8 -	Associação entre sobrecarga com dados sociodemográficas e de saúde, dos cuidadores familiares de idosos na quarta idade, na Estratégia de Saúde da Família em São Bernardo - MA, 2016	42

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	Geral	13
2.2	Específicos	13
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3.1	Envelhecimento populacional e a quarta idade	14
3.2	O cuidador familiar e seus desafios	15
3.3	A sobrecarga e a qualidade de vida dos cuidadores familiares	20
3.4	As políticas de atenção ao idoso e ao cuidador	24
3.5	Atenção primária à saúde e a Estratégia de Saúde da Família	27
4	METODOLOGIA	29
4.1	Tipo de estudo	29
4.2	Local do estudo	29
4.3	Participantes do estudo e período de coleta de dados	29
4.4	Instrumentos de coleta dos dados	30
4.5	Técnicas de coleta dos dados	31
4.6	Análise dos dados	32
4.7	Considerações éticas	33
5	RESULTADOS	34
6	DISCUSSÃO	44
7	CONCLUSÃO	51
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO 1	58
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO 2	59
	APÊNDICE C - CADASTRO DO CUIDADOR	61
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	62
	APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	66
	ANEXO A - ESCALA DE ZARIT BURDEN INTERVIEW (ZBI)	70
	ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	72

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fato real e mundial, em que a população está cada vez mais aumentando a longevidade com o transcorrer dos anos. Esses dados tornam-se mais evidentes quando se estima para o ano de 2025, 1,2 bilhões de pessoas serão idosas, a maioria vivendo em países em desenvolvimento (BOCCA, 2012).

Segundo projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015), estima-se que, no Brasil, a população de idosos representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas com mais de 60 anos (8,6 % da população brasileira), ocupando o 6º lugar em 2025, destes, 15% são idosos, com idade igual ou superior a 80 anos.

O Estado do Maranhão, é o 2º maior Estado em número de idosos no país (568.591), representado 7,8% da população, destes, 1,1% da população encontra-se com idade igual ou maior a 80 anos. Enquanto que a sua capital, São Luís, possui um contingente populacional de idosos de 32.260 (4,4%) da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Correlacionando esses dados ao município de São Bernardo- MA, de acordo com a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015), possui uma população de 27.817 habitantes, sendo que 2143 são idosos, correspondendo a 8% da população geral do município. Quanto aos idosos na faixa etária igual ou maior a 80 anos, 19% da população a partir de 60 anos encontram-se nessa faixa etária. Observa-se que, de acordo com esses dados descritos, o crescimento desse grupo populacional ocorre de forma homogênea em todos os municípios brasileiros.

Diante de todo o aumento do grupo populacional em questão, novas terminologias e novos conceitos vem surgindo para classificar os indivíduos em idade mais avançada. A distinção, por exemplo da 3ª idade (idosos com 60 anos a 79 anos) e 4ª idade (idosos com idade igual ou maior de 80 anos) é uma tentativa de ajustar algumas classificações a circunstâncias culturais, psicológicas e ideológicas das sociedades ocidentais de hoje (MESQUITA, 2013).

Observa-se que com o processo de envelhecimento, ocorrem alterações funcionais no organismo, que embora variem diferentemente de um indivíduo para outro, são encontrados em todos os idosos e são próprias de um processo biológico,

acarretando, muitas vezes, o surgimento de doenças crônicas de saúde e suas possíveis sequelas debilitantes (ROCHA JÚNIOR et al., 2011).

Gonçalves et al. (2013) aborda que viver mais anos é uma aspiração das pessoas em qualquer sociedade, para isso é importante que elas envelheçam com qualidade de vida, para atingir a quarta idade com autonomia e independência.

Ainda segundo Gonçalves et al. (2013), quando se trata de idosos mais longevos, o estrato, formado por indivíduos com 75 anos ou mais, apresentou maior crescimento relativo (49,3%), nos últimos dez anos, quando comparado ao total da população idosa.

O aumento da expectativa de vida no Brasil tem influência de vários fatores como: relativa melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, às campanhas de vacinação, aos avanços tecnológicos da medicina, ao aumento do nível de escolaridade da população e saneamento básico e a percepção do indivíduo com relação às enfermidades (MOTA et al., 2010).

Com toda mudança que vem acontecendo no panorama mundial relacionada ao aumento da expectativa de vida da população, o sistema de saúde não consegue atender toda demanda de cuidados de que os idosos necessitam, surgindo a figura do cuidador familiar como forma de suprir as necessidades de cuidados dessa população (FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011).

De acordo com Rondini et al. (2011), o cuidador familiar é aquela pessoa com algum grau de parentesco com o idoso, sem formação específica para exercer essa atividade, geralmente reside na mesma casa e se encarrega de prestar ajuda quando necessário nas atividades diárias do idoso.

Geralmente a função de cuidador é assumida por uma única pessoa, denominada cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade (FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011).

Esse cuidador, na maioria das vezes, experimenta um fardo considerável de atividades, ocasionando uma sobrecarga e influenciando no seu bem estar físico, mental e social, pois a partir do momento que o familiar assume o papel de cuidador, ele vivencia níveis diferentes de ansiedade, em função de algumas características como: a modificação de papéis sociais, a adaptação à condição de cuidador, que demanda dedicação, paciência e abnegação (RODRIGUES et al., 2014).

Existem várias definições para o termo “Sobrecarga”, em inglês, que significa (Burden), pode ser definida como uma situação de estresse, caracterizada

pelas situações em que as famílias são forçadas a ajustar ou desenvolver novas estratégias de lidar com pessoas doentes e sintomas (GRATÃO, 2010).

Gratão (2010) complementa ainda, a definição “sobrecarga”, como uma consequência negativa multidimensional do processo de cuidar, caracterizada por sentimentos de estresse, preocupação e culpa (sobrecarga subjetiva), por comprometimento das atividades de vida diária, efeitos negativos na interações sociais, familiares e redução na prática das atividades e lazer.

Existem vários instrumentos utilizados para avaliar a sobrecarga do cuidador, e neste estudo foi utilizado a escala de Zarit Burden Interview, desenvolvida por Zarit e colaboradores em 1985, sendo uma escala validada em vários países, em diferentes tipologias de doentes em internação ou domicílio. Em 2010 Portugal utilizou para avaliar a sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliar, no Brasil foi validada em 2002, Marcia Scazufa, que utilizou para avaliar em cuidadores informais de pessoas com doenças mentais (FERREIRA et al., 2010).

Todos esses estudos apontam que a escala de Zarit Burden Interview é uma escala válida e viável, para ser utilizada na avaliação do impacto de doenças físicas ou mentais nos cuidadores informais.

Diante do exposto, o problema de pesquisa ficou assim construído: qual a sobrecarga do cuidador familiar de idosos na quarta idade no município de São Bernardo- MA?

O problema da pesquisa surgiu a partir da minha vivência profissional no cenário da Estratégia Saúde da Família, onde observei um elevado número de idosos na quarta idade, acompanhados por cuidadores familiares.

A realização desta pesquisa poderá contribuir para a reflexão sobre a sobrecarga do cuidador familiar de idosos na quarta idade na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de São Bernardo - MA, além de fornecer informações relevantes que possam ser utilizadas para implementar ações que visem melhorar a saúde do cuidador familiar, assim como, do idoso.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos na quarta idade, na Estratégia de Saúde da Família em São Bernardo - MA.

2.2 Específicos

- a) Caracterizar as variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde dos idosos e cuidadores familiares;
- b) Identificar a sobrecarga do cuidador familiar de idosos na quarta idade;
- c) Correlacionar a sobrecarga do cuidador familiar com as suas características socioeconômicas, demográficas e de saúde.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Envelhecimento populacional e a quarta idade

A longevidade é hoje tema obrigatório em todos os países e transformou-se em um fenômeno demográfico mundial. Observa-se, ainda, que nas últimas seis décadas no Brasil, o número absoluto de pessoas com mais de 60 anos aumentou nove vezes – em 1940 era de 1,7 milhão e em 2000, de 14,5 milhões, sendo projetado para 2020 um contingente populacional idoso de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas com 60 anos ou mais destacando-se um outro fator importante: a proporção da população “mais idosa”, acima de 80 anos também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, ou seja, a população considerada idosa também está envelhecendo (LIMA, 2011).

Em 2025, de acordo com Lima (2011), o número de idosos no Brasil chegará a aproximadamente 30 milhões de pessoas, o que equivale a 15% da população. Estudos demográficos mostram que, devido às quedas das taxas de fecundidade, sobretudo a partir das décadas de 70 e 80 e à diminuição gradativa das taxas de mortalidade registradas nas últimas décadas, o envelhecimento da população brasileira é irreversível. O país de jovens mudou sua estrutura demográfica com o aumento e a presença notável de idosos. Vale lembrar que na Europa e América do Norte, esse fenômeno aconteceu de forma paulatina e teve início há quase cem anos.

Essa nova realidade demográfica, para Pasinato (2006) faz com que os estereótipos associados ao envelhecimento sejam revistos, que surjam novas terminologias e conceitos na tentativa de se classificar os indivíduos que na última fase da vida, até pouco tempo eram categorizados como pertencentes à terceira idade. O aumento da longevidade e da qualidade de vida levaram a que se considerasse, principalmente nos países desenvolvidos, mas já bem percebida no Brasil, a existência da quarta idade, composta por pessoas com mais de 80 anos.

A recente classificação da faixa longeva acima de 80 anos em quarta idade é uma tentativa de ajustar esquemas classificatórios a circunstâncias sociais, culturais, psicológicas e biológicas, particulares das sociedades ocidentais (MESQUITA, 2013).

Mesquita (2013) enfatiza que com todos os problemas advindos da pobreza de uma parcela considerável dessa população, sobretudo nos países do Terceiro Mundo, o envelhecimento saudável e participativo é uma conquista da sociedade moderna. Gradativamente, o potencial dos idosos vai sendo revelado e valorizado socialmente.

Segundo Lima (2011) o que se percebe é que a sociedade não está preparada para essa mudança no perfil populacional e, embora as pessoas estejam vivendo mais, a garantia de qualidade de vida não alcançou ainda toda a população e são os idosos que mais apresentam problemas crônicos de saúde e que com isso pode afetar a capacidade funcional destes idosos, impedindo-os de desempenhar suas atividades de forma independente, necessitando sempre do auxílio de alguém.

Estudo aponta que quanto maior a idade, maior é a probabilidade do aparecimento de problemas de saúde que pode levar o idoso a diminuição da capacidade de auto cuidado, pois a capacidade funcional pode ser entendida como a “capacidade de manter as habilidades físicas e mentais para uma vida independente e autônoma” (FURHMANN, 2014, p. 18).

A proporção de idosos brasileiros com alguma dificuldade para desempenhar as atividades básicas de vida diária é de aproximadamente 13,5, sendo mais frequente em mulheres e em pessoas acima de oitenta anos. Nesse sentido, a disponibilização do auxílio de um outra pessoa para tomar banho, vestir-se, alimentar-se e/ ou fazer a própria higiene, torna-se imprescindível, surgindo, assim, o cuidador familiar (WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013).

3.2 O cuidador familiar e seus desafios

Inicialmente, ao falarmos sobre cuidador, precisamos olhar inicialmente para a etimologia do termo “cuidado”; para alguns filósofos, esta palavra deriva do latim que significa cura, sendo utilizada num contexto de relações de amor e amizade, essa atitude de cuidar, envolve carinho, preocupação e inquietação pela pessoa amada ou até mesmo pelo um animal de estimação (GUEDES, 2012).

Guedes (2012) relata, ainda, que o cuidado somente surge quando a existência de alguém que tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida. Dessa forma o cuidado é a preocupação e

define a própria existência, ressaltando quando se faz de forma inadequada, ineficiente ou inexistente, fica evidente que não se tem interesse de cuidar do outro.

Collière (1999, p. 124), coloca que:

desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer. Os homens, como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem primeiro, e antes de tudo, com fim, permitir à vida continuar, desenvolver-se, e assim, lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, ‘morte da espécie’. Inevitavelmente ao envelhecer carece-se de cuidar.

Dessa forma, o cuidado está presente em tudo que o ser humano faz, seja através do cuidar ao fazer, ou do fazer com cuidado. Na saúde e na doença, o cuidado deve levar em conta o ser humano em sua totalidade, como um todo vivo e orgânico, e como pessoa em sua totalidade existencial. Devemos levar em conta que o cuidado deve ser adequado, pois temos a negação do cuidado (maus tratos), o cuidado em excesso (obsessão), e a carência do cuidado (descuido), cada um com suas consequências na vida das pessoas e em suas relações com outras pessoas e o ambiente (LOPES, 2011).

Na relação de cuidado é importante considerar a totalidade do ser humano, isto é, sua constituição física, emocional, social, cultural, ética, espiritual/religiosa; só assim será possível proporcionar um cuidado individualizado, promover o bem-estar físico e psicológico do ser ao qual estamos cuidando. O ser humano é constituído de uma estrutura complexa e pluridimensional, que se expressa de diferentes maneiras, porém é indivisível e deve ser considerado em sua totalidade. Partindo-se da premissa de que a pessoa humana é única, então, o ato de cuidar dessa pessoa também deve ser singular. Cada pessoa tem sua própria realidade e especificidade, que devem ser respeitadas (BRONDANI et al., 2010).

Cuidar é um ato de vida, que tem como finalidade assegurar a manutenção e continuidade da existência humana, pertencendo à esfera das responsabilidades familiar executá-lo (WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013).

Ao falarmos de cuidador, existe a definição de cuidador adotada pela Política Nacional do Idoso, coloca que:

O cuidador é a pessoa, membro ou não da família que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente e ou dependente no exercício de suas

atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano, excluindo as técnicas e os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, na área de enfermagem (GUEDES, 2012, p. 9).

Para entendermos melhor o termo “cuidador familiar”, acrescenta-se aqui a definição de família, que atualmente não abrange somente pessoas ligadas por laços consanguíneos, mas também aqueles com vínculos emocionais, Caro (2015, p. 50) define família como:

[...] a esfera íntima da existência que une por laços humanos. Como unidade básica de relacionamento é a fonte primária de suporte social, onde se almeja uma atmosfera afetiva comum, de aquisição de competência, de interação entre os seus membros.

Dessa forma, o cuidador é definido como aquele que desempenha a função de cuidar de pessoas dependentes numa relação de proximidade física e afetiva, podendo ser um parente, que assume esse papel a partir das relações familiares ou até um profissional, especialmente treinado para tal fim (FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011).

Na tentativa de conceituar cuidadores formais e informais ou cuidadores principais ou secundários, e os fatores que designam o tipo de cuidado requerido para cada idoso, a literatura aponta quatro fatores, geralmente utilizados para designar os cuidados da pessoa idosa incapacitada: parentesco(cônjuges); gênero (principalmente mulher); proximidade física (vive junto); e a proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos) (KARSCH, 2003).

O cuidador formal/profissional é aquele que deve ter sido aprovado em curso regular para cuidadores, promovido por instituição de ensino superior ou instituição da sociedade civil organizada, desde que seja supervisionado por uma instituição de ensino profissional que regularmente ofereça cursos na área da saúde e que este tipo de cuidador, recebe remuneração pelo seu trabalho e têm em geral formação de técnico ou auxiliar de enfermagem (GUEDES, 2012).

Os cuidadores informais são os familiares, amigos, vizinhos, membros de grupos religiosos e outras pessoas na comunidade. São voluntários, sem formação profissional específica, que dispõem a cuidar de idoso, de modo que a disponibilidade são fatores preponderantes (GUEDES, 2012).

Guedes (2012) afirma ainda que o cuidador informal de idosos é a pessoa não remunerada, na maioria das vezes, é um membro da família do idoso, e por isso o cuidador desenvolve o seu trabalho com mais intensidade. Geralmente, é um papel assumido pela mulher com predominância de esposa e filhas e a intensidade do cuidado depende do grau de incapacidade do idoso.

Com isso, a figura do cuidador familiar é daquela pessoa com algum grau de parentesco com o idoso, sem formação específica para exercer essa atividade, geralmente reside na mesma casa e se encarrega de prestar ajuda, quando necessário, nas atividades diárias do idoso, tais como higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde, religiosos, bancos e /ou farmácias (RONDINI et al., 2011).

Porém, não há um consenso na literatura científica em relação à uma terminologia para se referir a esse tipo de cuidador. Mendes, Miranda e Borges (2010) utilizam o termo cuidador domiciliar; Karsch (2003) cuidador informal; Souza, Wegner e Gorine (2007) cuidador leigo; Mazza e Lefèvre (2005) e Wong e Carvalho (2006) cuidador familiar.

Cuidador principal ou primário caracteriza-se por ser o único responsável pelos cuidados diretos ao idoso, assume a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e cuidar diretamente da pessoa, sob seus cuidados, podendo ser coadjuvado por outras pessoas que pertençam à rede informal de cuidados. É de competência desse tipo de cuidador a realização da maior parte das tarefas (MIGUEL; FIGUEIRA; NARDI, 2010).

Entende-se por cuidador secundário, geralmente os familiares que exercem funções ocasionais, como ajuda econômica, transportes esporádicos, substituição temporária do cuidador principal, participam quando são insistentemente solicitados (BAPTISTA et al., 2012).

Com relação ao cuidado do idoso, a longevidade aumentou o número de idosos portadores de uma ou mais doenças, motivo de preocupação para a família, devido à dependência, custos e conflitos. Mesmo que a família seja afetada pelo problema de cuidado ao idoso, na maioria dos casos, apenas um membro da família assume o papel de cuidador com responsabilidade de manter a assistência ao paciente em todos os níveis, surgindo neste cenário o cuidador familiar (NOVEMBRE, 2012).

De acordo com Mota et al. (2010) com as mudanças que vem ocorrendo na estrutura familiar, com o surgimento de tantos arranjos familiares, toda essa mudança traz consequências no cuidado do idoso, já que a família é colocada como responsável pelo atendimento das demandas sociais e de saúde do idoso.

A pessoa que assume a responsabilidade de cuidar do idoso não deve ser considerada apenas o elemento da família que cuida. O familiar que cuida deve ser entendido como parte integrante da família e não como elemento isolado, única e exclusivamente responsável pelo cuidar (MOREIRA, 2011).

Geralmente a função de cuidador é assumida por uma única pessoa, denominada cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade. Exercer a função de cuidador de idosos dependentes traz uma variedade de efeitos adversos que vão desde dificuldades físicas, sendo a saúde física essencial para o cuidador, até o impacto emocional que esta atividade gera tanto nos familiares cuidadores quanto nos cuidadores formais, não sendo uma tarefa fácil, principalmente quando a responsabilidade recai sobre um único membro da família (FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011).

Moreira (2011) enfatiza, ainda, que o cuidador na maioria das vezes experimenta um fardo considerável de atividades, ocasionando uma sobrecarga e influenciando no seu bem estar físico, mental e social, pois a partir do momento que o familiar assume o papel de cuidador, ele vivencia níveis diferentes de ansiedade, em função de algumas características, como a modificação de papéis sociais, a adaptação à condição de cuidador, que demanda dedicação, paciência e abnegação.

Em geral, de acordo com Cartaxo et al. (2012), o cotidiano vivenciado no curso de cuidar acarreta, dentre outros problemas familiares pela falta de divisão de trabalho e de reconhecimento por parte de outros membros da família, dificuldades de adaptação à nova situação, o despreparo e desconhecimento para a execução do cuidado.

Muitos tornam-se cuidadores por sentirem obrigatoriedade moral e social, muitos percebem o cuidado como algo que os dignifica como pessoa ao cumprirem um dever moral e religioso, também traz satisfação pelo reconhecimento do próprio doente e da comunidade em geral, apesar de terem a percepção de que a sua saúde piora ao longo do tempo de cuidados (NOGUEIRA; AZEREDO; SANTOS, 2012).

Um outro aspecto que deve ser considerado é que o familiar, na função de cuidar, encontra-se desassistido e desprotegido de apoio de programas governamentais efetivos, os quais deveriam fornecer subsídios e orientações para a prática do cuidado (MOTA et al., 2010).

Segundo Vieira et al. (2011), agrupam-se em cinco elementos as dificuldades percebidas pelos cuidadores informais de idosos dependentes: o ônus físico e financeiro, que tende a aumentar com a dependência do idoso, falta de preparo do cuidador e escassez de oferta de serviços especializados ou apoio formal, competição de papéis do cuidador, sentimentos pessoais e conflitos familiares de difícil manejo e concentração do cuidado somente em uma pessoa.

3.3 A sobrecarga e a qualidade de vida dos cuidadores familiares

Um dos primeiros registros sobre o termo “sobrecarga”, data de 1946, sendo este conceito relacionado às consequências do contato próximo com indivíduos com doenças psiquiátricas graves, tendo em vista que nesse contexto as famílias tornaram-se mais ativamente envolvidas no cuidado de seus parentes adoecidos (SHENE, 1990).

A literatura inglesa utiliza-se do termo Burden, para referir-se ao conceito de sobrecarga, que pode ser definida como uma situação de estresse, caracterizada pelas situações em que as famílias são forçadas a ajustar ou desenvolver novas estratégias de lidar com pessoas doentes e sintomas (GRATÃO, 2010).

Gratão (2010) complementa, ainda, a definição “sobrecarga”, como uma consequência negativa multidimensional do processo de cuidar, caracterizada por sentimentos de estresse, preocupação e culpa (sobrecarga subjetiva), por comprometimento das atividades de vida diária, efeitos negativos na interações sociais, familiares e redução na prática das atividades e lazer, ou seja, são as consequências psicológicas que o indivíduo possui. Quanto à sobrecarga objetiva é relativa aos sintomas e comportamentos do sujeito adoecido dentro de seus ambientes sociais.

De acordo com o nível de sobrecarga, aumenta o estresse, que de acordo com Lazarus e Folkman (1986), o estresse pode ser definido referindo-se às relações entre o indivíduo e o contexto em que está inserido, ocorre quando os

acontecimentos excedem os recursos dos sujeitos, colocando o bem-estar pessoal em perigo.

Caro (2015) complementa que quando as capacidades de adaptação do sujeito estão limitadas, este responde de forma inapropriada à situação de crise e o estresse se sobrepõe. Nesse processo, reconhece a importância de alguns recursos intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, que como mediadores, auxiliam na resolução da situação de crise de forma favorável.

O mesmo autor aponta, ainda, que cada indivíduo tem uma maneira particular de lidar com o estresse, sendo que os fatores que podem determinar o mecanismo de enfrentamento classificam-se como pessoais e situacionais, os primeiros referem-se ao estado de saúde, aspectos cognitivos, comportamento, hábitos, crenças, motivação, habilidade para resolução de problemas, habilidades sociais, suporte social, recursos materiais, entre outros. O segundo, são externos aos indivíduos, caracterizando a situação estressora: tipo de acontecimento, seu momento cronológico e tipo de situação.

Baptista et al. (2012) colocam que as mudanças ocorridas na vida dos cuidadores afetam seus sentimentos, seu dia a dia e suas atividades. Os familiares cuidadores tendem a distanciar-se da vida sócio familiar à medida que a doença do ser cuidado progride. Desse modo, geralmente há uma sobrecarga emocional e de atividades gerando uma transformação na vida daquele que se compromete a assumir o papel de cuidador que poderá adoecer em decorrência desta função.

Existe também como fator gerador de sobrecarga, a dependência do ser cuidado, pois quanto maior o nível de dependência, quanto mais comprometido a autonomia do idoso, maior são as demandas e a complexidade das atividades desenvolvidas pelo cuidador, sendo a sobrecarga diretamente proporcional ao grau de dependência do idoso (GRATÃO, 2010).

De acordo Baptista et al. (2012), os principais fatores geradores de sobrecarga são: a imposição do papel de cuidador, onde o familiar é obrigado assumir sozinho essa função, ou pelo fato da família o julgar mais apto ou disponível ou por não existir outra opção no núcleo familiar e nem fora dele, gerando alto nível de estresse, visto que ele não assume espontaneamente a função para a qual foi designado. Um outro fator gerador de sobrecarga é a falta de apoio de outros membros da família, onde o cuidador principal ou primário fica responsável pela quase totalidade de encargos com o idoso. Dessa forma, não são incomuns as

situações em que o cuidador sofre perdas financeiras, negligências, abandono por parte dos demais familiares, ficando sobrecarregado com a tarefa de cuidar.

Além de tudo isso, há o desgaste biopsicossocial do cuidador, onde os principais sinais e sintomas são: ansiedade, fadiga, isolamento social, instabilidade emocional, além do impacto causado pela diminuição da renda familiar. Essas alterações orgânicas, vivenciadas pelo cuidador, como o cansaço/fadiga representa uma resposta ao organismo ao esforço desempenhado na atividade do cuidado, enquanto a sobrecarga psicológica, representada por sintomas como tristeza, o estresse, a baixa autoestima são as que causam maior impacto na vida do cuidador (BAPTISTA et al., 2012).

Dependendo do grau de sobrecarga, ocorre alteração na qualidade de vida do cuidador e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida é definida como a percepção de um indivíduo em relação à sua posição na vida, no contexto de sua cultura e valores, em relação aos seus objetivos, expectativas e padrões, ainda podendo ser influenciado pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais, pelos fatores ambientais e pelas crenças pessoais do indivíduo. Por isso, o conceito de sobrecarga tem base subjetiva. Assim, sua descrição não deve refletir as opiniões dos profissionais de saúde ou de familiares do indivíduo, ou mesmo ser relacionada à mensuração das condições físicas ou bens materiais da pessoa. Enquanto que a avaliação da qualidade de vida deve indicar o grau de satisfação pessoal do indivíduo (RONDINI et al., 2011).

Segundo Conceição (2010), a sobrecarga aumenta de acordo com o grau de dependência do idoso e sua incapacidade de realizar atividades de vida diária.

A autonomia e a independência representam a forma como cada pessoa consegue conduzir sua vida, seja ela adulta ou idosa. A autonomia é a capacidade de tomar decisão e sua execução e a dependência relaciona-se com conformação física, mental e social para realizar as atividades diárias, podendo ser parcial ou total e possui relação inversamente proporcional com a incapacidade, comprometimento e deficiência (GRATÃO et al., 2013).

Enquanto que a incapacidade representa a restrição ou perda, transitória ou definitiva, da habilidade para realizar ao menos as atividades de vida diária e o comprometimento é qualquer distúrbio físico, fisiológico ou psicológico. E a deficiência constitui qualquer desvantagem que impede a pessoa de executar,

parcial ou totalmente, uma função normal, como consequência de comprometimento de uma incapacidade (GUEDES, 2012).

Nessa mesma linha de raciocínio, Baptista et al. (2012) coloca que diante das doenças incapacitantes, que levam o indivíduo à diminuição de sua capacidade de desempenhar as atividades da vida diária como o auto cuidado, faz-se necessário o auxílio de um cuidador, que geralmente é representado por algum membro da familiar que coabite no domicílio, já que que a dependência refere-se ao estado em que a pessoa é incapaz de existir ou viver, de maneira satisfatória, sem a ajuda de outrem.

Vieira et al. (2012) reafirmam que o idoso no domicílio, que é dependente, necessita muito da atenção em tempo integral, isso devido a várias fragilidades que ele possui, como a dificuldade em realizar determinadas atividades de vida diária, como cuidados com a sua higiene, alimentação, deambulação e administração de medicamentos. Dessa forma, o cuidador sente-se “obrigado” a estar disponível o dia todo para auxiliá-lo. Mesmo, nos casos em que o idoso não depende totalmente do auxílio de outras pessoas, o familiar precisa estimular verbalmente a realização de tarefas do seu cotidiano.

Esse mesmo autor enfatiza que a dependência do idoso mantém o cuidador a maior parte do tempo no domicílio, pois por medo e preocupação prefere não deixar seu familiar sozinho, o que resulta em isolamento social de ambos. Em outros casos, a dificuldade de deambulação, locomoção e as barreiras arquitetônicas que dificultam a acessibilidade a locais relacionados ao lazer acentuam esse isolamento.

Tais condições de saúde/doenças comprometem a independência dos idosos, aumentam os custos financeiros, implicam em necessidade de cuidados constantes onde, em sua maioria, esse cuidado é prestado pela família, que desempenha o papel principal de suporte ao idoso dependente em contexto familiar mesmo escassos recursos físicos, financeiros e humanos (ARAÚJO; PAUL; MARTINS, 2011).

Conviver todos os dias com as necessidades e demandas de uma pessoa portadora de limitações pode ser uma experiência angustiante, especialmente se essa pessoa for um parente próximo, idoso ou portador de alguma incapacidade física ou cognitiva, aumentando a sobrecarga no cuidador (WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013).

3.4 As políticas de atenção ao idoso e ao cuidador

As Políticas de Atenção ao Idoso defendem que o domicílio constitui-se o melhor local para o idoso envelhecer, sendo que permanecer junto à família representa a possibilidade de garantir a autonomia e preservar sua identidade e dignidade (NOVEMBRE, 2012).

Essas políticas surgiram após a Constituição Federal de 1988, com conquistas importantes, como: a Lei Orgânica da Saúde (LOAS), promulgada em dezembro de 1993, que trouxe o benefício de um salário mínimo mensal ao idoso (BRASIL, 2006a).

A lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 foi considerada o marco inicial nas formulações das estratégias e ações sociais, legais e saúde para amparo ao idoso, que dispõe a Política Nacional do Idoso, o decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996 primeiro passo para a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (BRASIL, 2006a).

Essa política tem como principal propósito a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e melhoria, da capacidade funcional, a prevenção de doenças, recuperação e a reabilitação, capacitação de recursos humanos especializados, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais que busca a promoção de parcerias entre os profissionais de saúde e as pessoas próximas aos idosos, responsáveis pelo cuidado direto e apoio a estudos e pesquisa (BRASIL, 2006b).

Segundo Novembre (2012), a PNSI tem como finalidade garantir aos idosos a permanência no meio em que vivem exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Uma outra garantia dos direitos sociais foi a aposentadoria, concebida como uma instituição social, objetivando assegurar aos trabalhadores renda permanente até a morte, correspondendo à crescente necessidade de segurança individual que marca as sociedades da nossa época. Os estudos sobre a aposentadoria revelam, porém, que comumente é gerada uma crise existencial em quem se aposenta. Com a retirada da vida de competição no mercado de trabalho, a autoestima e a sensação de ser útil se reduzem. No início, a maioria dos idosos se sente satisfeita, pois lhe parece ser muito bom poder descansar. Aos poucos, descobrem que sua vida tornou-se tristemente inútil. Na ausência de papéis, reside o verdadeiro problema do aposentado, sua angústia, sua marginalização e, muitas

vezes, o seu isolamento do mundo. Aliado a esses fatores da aposentadoria, o idoso por vezes depara-se com uma queda do nível de renda, o que, por sua vez, afeta a qualidade de vida e a saúde (LIMA, 2011).

Toda essa política direcionada à população idosa, ainda encontram-se desafios a serem superados, como o número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso fragilizado previsto no Estatuto do Idoso, passam a interferir diretamente na qualidade de assistência prestada. A família é a pedra fundamental no papel de cuidador e o apoio familiar é proporcionado pela manifestação de afeto, sentimentos e até no âmbito do auxílio material. No entanto, o apoio técnico e social necessários para um cuidado de qualidade tem sido insuficiente (MIGUEL; FIGUEIRA; NARDI, 2010).

Gratão (2010) aborda que diante da Política Nacional de Saúde do Idoso, no item que se refere ao “apoio ao desenvolvimento de cuidados informais”, enfatizam-se o incentivo para a construção de modelos alternativos de cuidados e o oferecimento de suporte para os cuidadores informais de idosos, especialmente os familiares, no entanto, essa política recomenda que essas pessoas, que cuidam, devem receber cuidados especiais, considerando que a tarefa de cuidar de um idoso dependente é desgastante e implica em risco de tornar doente igualmente dependente do cuidado.

O que se observa nos dias atuais é que as famílias estão sozinhas no processo de cuidar de seus familiares idosos, ainda que diretrizes das políticas públicas sociais e de saúde referentes ao envelhecimento se destaquem quando afirmam que o cuidado ao idoso deve ser prioritariamente oferecido pela família no espaço doméstico. A família é apontada como indispensável para a garantia dos direitos sociais e de saúde dos idosos como pode ser observado em alguns artigos do Estatuto do Idoso e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (SILVA; SANTOS; SOUSA, 2014).

Segundo Vieira et al. (2011), apesar das mudanças ocorridas no cenário nacional em relação às políticas de proteção ao idoso, o Estado tem responsabilidades reduzidas atribuindo à família a responsabilidade maior dos cuidados envolvidos em casa a um idoso dependente. Constata-se, portanto, a inexistência de políticas mais veementes que propiciem apoio aos idosos e ao cuidador.

Estes mesmos autores, reforçam ainda, ocorre a falta de preparo dos cuidadores informais, que recebem escassas orientações dos profissionais de saúde a respeito dos cuidados. Contudo, os cuidadores, embora desprovidos de informações, cuidam de seus familiares doentes, mesmo de forma intuitiva e baseada em crenças, possíveis experiências anteriores e mediante a troca de informações com outras pessoas e ou grupo de apoio. Porém, cuidar de um idoso dependente envolve tarefas complexas, permeadas de dificuldades de diferentes ordens, que podem ser agravadas pela escassez de preparo e de informações do cuidador. A carência de informação/orientação pode gerar insegurança e temores, que se configuram prejuízo ao cuidado, além do mais desgaste físico e emocional.

Há uma inexistência de uma política mais sólida no que se refere aos papéis atribuídos às famílias e uma rede adequada de suporte a ser oferecida ao idoso e a sua família. A maior dificuldade em desenvolver habilidades que possibilitem a formação de cuidadores e reside no fato de que os cursos ainda são muito voltados para os conceitos e teorias vinculados à uma visão biologistas. Apesar das discussões acerca da importância de se alterar o paradigma no ensino na área da saúde, muitas estratégias precisam ser desenvolvidas na tentativa de se aprimorar as metodologias e também começar a incluir a saúde do cuidador nesse contexto (MOREIRA; CALDAS, 2007).

Karsch (2003) acrescenta que o cuidador familiar de idosos precisa receber em casa visitas periódicas de profissionais da área da saúde e outras modalidades de supervisão e capacitação, a fim de orientar como proceder em situações mais difíceis e também para promover reuniões de ajuda mútua. Dessa forma, com mais informações sobre o processo de envelhecimento e a oportunidade de discutir sobre o seu papel com outras pessoas que enfrentam circunstâncias parecidas, os cuidadores podem melhorar o seu relacionamento com o idoso.

Rocha Júnior et al. (2011) relatam, ainda, que as ações para impedir perdas e agravos à saúde deverão abranger igualmente o cuidador e o idoso com déficit de auto cuidado, por meio de programas destinados a prevenir a sobrecarga e o impacto emocional negativo, o que pode vir a proporcionar uma melhor qualidade de vida para ambos.

A possibilidade de realizar um serviço de intervenção, partindo da realidade e das dificuldades apresentadas pela população atendida, aumenta a probabilidade de atender às necessidades específicas desta clientela, porém é

necessário conhecer as características, necessidades e expectativas da família, para prestar uma assistência mais direcionada, adequando as condutas à realidade de cada uma e adaptando as orientações a cada tipo de cuidador e idoso (ROCHA JÚNIOR et al., 2011).

3.5 Atenção primária à saúde e a Estratégia de Saúde da Família

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Atenção Primária à Saúde é uma estratégia para organizar os sistemas de saúde, de maneira a possibilitar o acesso universal aos serviços e a atenção integral ao longo do tempo (CASTRO et al., 2012).

A ESF passa, então, a ser o eixo norteador dessa reorganização. A Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se a porta de entrada dos serviços de saúde, e também, a partir dela, é reorganizado todo o sistema de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Implantada em 1994, a ESF surgiu como objetivo para reorientar o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo os princípios e diretrizes estão pautados no atendimento integral, universalidade, descentralização, equidade e participação da comunidade (CASTRO et al., 2012).

Castro et al. (2012) também ressaltam que um dos principais papéis da ESF é o reconhecimento da população como sujeito participativo, identificar em sua área de abrangência os determinantes sociais do processo saúde doença, vê a família com direito à cidadania, de seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde, buscando a satisfação dos usuários, por meio do estreito relacionamento entre a equipe de saúde e a comunidade. A equipe é responsável por atuar em ações de promoção à saúde, à prevenção e ao tratamento e reabilitação a agravos.

Segundo Giovanella e Mendonça (2008, p. 23) “[...], um aspecto que deve ser destacado no modelo de atenção primária é o cuidado direcionado aos portadores de doenças crônicas, incluindo neste caso os idosos”.

Nessa perspectiva, Gonçalves et al. (2013) sustentam que o envelhecimento populacional é um desafio para toda sociedade, principalmente para o setor de saúde, e a ESF, funciona como um elo entre o idoso e serviço de saúde,

servindo também de apoio à família nos cuidados diários dos idosos, com o objetivo para obter-se qualidade de vida e evitar a instalação de doenças.

No contexto da atenção básica, o cuidador passa a ser o elo para a atuação da equipe de saúde ou equipe multiprofissional, sendo também foco de atenção para a promoção à sua saúde, visto que a condição de saúde dos cuidadores reflete na qualidade de assistência prestada ao idoso (MIGUEL; FIGUEIRA; NARDI, 2010).

No entanto, é importante ressaltar a necessidade de um maior suporte dos profissionais de saúde no sentido de estar disponíveis nas intercorrências das atividades do cuidado no domicílio. Um outro aspecto diz respeito aos profissionais de saúde, que devem promover a corresponsabilidade de todos os membros da família para a divisão harmônicas das tarefas do cuidado (BAPTISTA et al., 2012).

Oliveira et al. (2011) dizem que infelizmente as estruturas de suporte social e de saúde existentes as estas famílias e ao idoso ainda se mostram frágeis no Brasil e não constituem uma forma de apoio organizada. Desse modo, o idoso conta com uma rede precária de saúde preventiva e de reabilitação das doenças crônicas já instaladas, e o cuidador familiar exerce seu papel de modo solitário, sem ajuda ou orientação suficientes e adequadas para o desempenho dessa atribuição, o que pode levar a sobrecarga de trabalho e do comprometimento na sua qualidade de vida, especialmente relacionada à saúde.

Vieira et al. (2012) complementam que na maioria das vezes, os programas de saúde voltam mais a sua atenção para os procedimentos a serem realizados em benefício do “ser doente”, não contemplando as necessidades e particularidades desses familiares que são extremamente importantes para o sucesso das abordagens das equipes de saúde.

Dessa forma, os profissionais de saúde necessitam incorporar o cuidador como foco da produção do cuidado, ou seja, que haja o estabelecimento do binômio indissolúvel entre o idoso e seu cuidador (OLIVEIRA et al., 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo, analítico, transversal com abordagem quantitativa.

4.2 Local do estudo

São Bernardo do Maranhão, pertence a região do Baixo Parnaíba, localiza-se a 360km da capital maranhense, possui como municípios limítrofes Santa Quitéria, Magalhães de Almeida e Santana. Atualmente pela estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015), possui 27.817 habitantes com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,57. A população vive praticamente de cultura de subsistência e outros serviços vinculados à prefeitura municipal.

Com relação aos serviços de saúde existentes, o município de São Bernardo do Maranhão possui: 01 hospital municipal que oferece o serviço de média complexidade, 01 laboratório público, 02 laboratórios particulares e serviço de vigilância em saúde. Quanto à contra referência dos pacientes para atendimento de alta complexidade, estes são encaminhados para a capital São Luís e os serviços de atenção básica funcionam por meio das 08 equipes da ESF. Percebe-se que o município possui uma boa cobertura dos serviços de atenção básica, sendo que 88,74% da população do município são cobertos pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2014).

O estudo foi realizado nas 08 Unidades de Saúde cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, sendo 03 unidades de Saúde da Família localizadas na zona urbana e 05 unidades na zona rural.

4.3 Participantes do estudo e período de coleta de dados

Neste estudo, foi definido como população alvo, cuidadores familiares de idosos a partir de 80 anos, que se assumem como cuidadores principais no ato de cuidar.

Da população de 208 cuidadores selecionados para o estudo, participaram 170 cuidadores, obtendo-se a perda de 33 cuidadores, os quais não

participaram pelos seguintes motivos: 05 cuidadores fizeram parte do teste piloto, vinte e um cuidadores familiares principais não encontravam no domicílio no momento da entrevista, 06 não foi possível identificar o cuidador como principal e 01 foi excluído, pois o idoso, do qual ele cuidava, havia falecido.

A amostra foi não probabilística, não intencional, compreendendo 170 cuidadores que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade superior ou igual a 18 anos, de ambos os sexos, prestando cuidado há pelo menos seis meses ao idoso, caso o idoso tenha mais de um cuidador, foi considerado como objeto de estudo, aquele que se assumia como cuidador principal desses idosos e que sejam acompanhados e cadastrados em umas das 08 Estratégias de Saúde da Família do município de São Bernardo - MA.

Como critério de exclusão: quando não foi possível identificar o cuidador principal e com dificuldade de comunicação impossibilitando a entrevista.

A referida pesquisa foi realizada no período de dezembro 2014 a Julho de 2016 e a coleta de dados no período de janeiro a abril de 2016.

4.4 Instrumentos de coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada no domicílio dos idosos, utilizando-se dois questionários estruturados elaborados com perguntas fechadas e a escala que avalia a sobrecarga do cuidador (Escala de Sobrecarga Zarit Burden Interview).

O questionário 1 e 2 (APÊNDICES A e B) foram utilizados para coletar informações relacionados às condições socioeconômicas, demográficas e de saúde do idoso (idade, gênero, escolaridade, estado civil, renda mensal e estado de saúde) e do cuidador (idade, gênero, escolaridade, estado civil, se mora ou não com o idoso, se trabalha e /ou estuda e o grau de parentesco e a percepção do cuidador em relação à sua saúde).

Para avaliar a sobrecarga do cuidador familiar foi utilizada a Escala de Zarit Burden Interview (ZBI) (ANEXO A), desenvolvida em 1985 por Zarit e colaboradores, sendo utilizada em vários países. No Brasil, em 2002 foi traduzida para português e validada por Scazufa em seu estudo com cuidadores informais com doentes mentais, obtendo o coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 (MARTIN, 1996).

Composta por 22 itens, A ZBI contempla as questões que se referem à relação cuidador-idoso, avaliação da condição de saúde, bem-estar psicológico, finanças e vida social. A escala possui respostas que variam de 0 a 4, de acordo com a presença ou a intensidade da resposta afirmativa (0=nunca, 1=raramente, 2=algumas vezes, 3=frequentemente e 4=sempre). A exceção do último item da escala, no qual o entrevistado é questionado se está se sentindo sobrecarregado no papel de cuidador e as possíveis respostas são: 0=nem um pouco, 1=um pouco, 2=moderadamente 3=muito e 4=extremamente. Todos os escores devem ser pontuados. O escore total da escala é obtido, adicionando todos os itens e devem variar de 0 a 88. Quanto maior o escore, maior a sobrecarga (AMENDOLA, 2010).

O escore menor ou igual a 21 (ausência de sobrecarga); 21 a 40 (sobrecarga moderada); 41 a 60 (sobrecarga moderada a severa) e maior ou igual a 61 (sobrecarga severa) (FERREIRA et al., 2010).

Amendola (2010) aborda também que a referida escala foi construída para ser auto aplicada, contudo pode ser administrada por um entrevistador.

Para se utilizar os instrumentos de coleta, foi realizado um teste piloto em 05 cuidadores, selecionados de forma não aleatória, com a finalidade de observar se as informações contidas nos instrumentos de coletas estavam condizentes com o objetivo da pesquisa.

Neste estudo, o entrevistador lê cada item e pede ao entrevistado para escolher a resposta que considerar correta, ressaltando que as instruções para o uso da escala foram lidas antes da sua aplicação.

4.5 Técnicas de coleta dos dados

Para selecionar os cuidadores familiares de idosos na quarta idade, cadastrados nas 08 Unidades da Estratégia de Saúde da Família, do município de São Bernardo - MA, foi realizada primeiramente a identificação dos idosos, por meio do prontuário de atendimento nas Unidades selecionadas para o estudo, a partir das informações colhidas junto aos enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde da equipe, uma vez que o município não dispõe da informação sobre o número de cuidadores familiares que prestam cuidado no domicílio a idosos. Posteriormente, foi realizada visita domiciliar juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde

responsáveis pela área, com o objetivo de facilitar a aproximação dos cuidadores com a pesquisadora.

A entrevista foi realizada em duas etapas: a primeira, para o preenchimento de uma ficha de identificação dos cuidadores (APÊNDICE C) e posteriormente, os questionários estruturados que identificam o perfil socioeconômico e de saúde do idoso e do cuidador (APÊNDICES A e B respectivamente) e a Escala de Sobrecarga de ZBI (ANEXO A). Esses instrumentos foram preenchidos em uma única visita domiciliar em cada residência.

Ressaltando que em todas as visitas que foram realizadas, os participantes da pesquisa (cuidadores) foram informados e esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, assim como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES D e E) garantindo ao cuidador e idoso o direito à privacidade quanto às informações coletadas, o acesso às mesmas, assim como desistir do estudo quando achar necessário.

Um outro ponto importante que deve ser mencionado é que a entrevista para o preenchimento da escala de Zarit Burden Interview foi realizada sem a presença da pessoa cuidada, em local reservado, para se evitar interferências nas respostas.

4.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram organizados e analisados no programa Microsoft Excel® 2013 e importados para a análise no software de tratamento estatístico (BioEstat - Versão 5.3), no qual foram geradas as tabelas e analisados através de uma estatística descritiva e inferencial.

As variáveis categóricas foram expressas em frequências (absolutas e relativas). O Teste Mann-Whitney foi utilizado para verificar a associação entre a sobrecarga e o sexo dos cuidadores.

Para correlacionar a sobrecarga e a faixa etária dos cuidadores, foi aplicado o teste de teste de Kruskal Wallis, para associação a saúde do cuidador com sobrecarga foi aplicado o teste Qui-quadrado. Para verificar as médias de sobrecarga em relação aos anos de escolaridade, estado civil e tempo como cuidador foi aplicado teste de Kruskal Wallis, em virtude da não existência de normalidade dos dados, foram utilizados testes não paramétricos.

O diagnóstico de normalidade foi feito a partir do Teste Shapiro-Wilk. Para a interpretação estatística dos resultados, em todas as tabelas e testes foi adotado nível de significância alfa inferior a 0.05.

A confiabilidade do instrumento da escala de ZBI foi avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, $\alpha = 0,7501$, obteve uma boa consistência interna.

4.7 Considerações éticas

Neste estudo, os aspectos éticos foram delineados e respeitados, para cumprimento aos requisitos exigidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que assinalam os direitos e deveres da comunidade científica e da população.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, parecer nº 1.382.604/2015 (ANEXO B). Sendo observados os princípios éticos da beneficência (isenção de dano e exploração), não maledicência, respeito à dignidade humana (consentimento autorizado) e justiça (direito a tratamento justo e à privacidade). Os resultados dos mesmos foram utilizados apenas para fins científicos. Esclarecidos aos participantes todos os aspectos éticos do estudo, as informações somente foram coletadas após o consentimento dos entrevistados por meio do TCLE.

Os participantes do estudo tiveram garantia de sua privacidade, protegida a sua integridade física e moral, além de sua assinatura no TCLE.

5 RESULTADOS

Com relação ao perfil dos idosos, a maioria eram composta por mulheres (61,18%), entre 85 a 89 anos (37,65%), baixa escolaridade, viúvas (77,65%), com renda de 1 a 3 salários mínimos, (100%) recebiam algum benefício da previdência social, além da maioria com problemas de saúde (95,29%), com predomínio de doenças crônicas, como hipertensão (38,24%) e diabetes (21,18%).

Dos 170 cuidadores entrevistados, 54 possuíam 51 a 60 anos (76,31%), 146 eram do sexo feminino (85,88%), 66 apresentavam baixa escolaridade (38,82%), maioria casados (61,17%) e 132 com renda inferior a um salário mínimo (77,65%), 128 (75,29%) eram do lar, 74 filhas (43,52%), 64 (37,65%) prestavam cuidados ao idoso há mais de 10 anos e 156 (91,76%) residiam no mesmo domicílio.

Na tabela 1, em relação ao perfil socioeconômico, demográfico e de saúde do idoso na quarta idade, o que se observa foi o predomínio do sexo feminino na população estudada (61,18%), seguido de (38,82%) do sexo masculino. Um outro dado que merece destaque é relacionado ao aumento da longevidade, havendo um aumento de idosos acima de 80 anos (37,65%) encontravam-se na faixa etária de 85 a 90 anos e com aumento gradativo dos idosos centenários. Quanto à escolaridade, (89,41%) possuíam entre 0 a 3 anos de estudo. Todos os idosos eram aposentados e (95,29%) recebiam o benefício como lavrador, (96,47%) com renda mensal de 1 a 3 salários mínimos. Neste estudo, identificou-se também que (92,94%) dos idosos possuíam problemas de saúde, com prevalência para as doenças crônicas, como hipertensão (38,24%) e diabetes (21,18%), seguidos de idosos com sequela de Acidente Vascular Cerebral (10%), decorrente das complicações dessas morbidades.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e de saúde dos idosos na quarta idade, Estratégia de Saúde da Família, São Bernardo - MA, 2016

VARIÁVEIS	n	%
Sexo		
Feminino	104	61,18
Masculino	66	38,82
Idade (anos)		
De 80 a 84 anos	54	31,76
De 85 a 89 anos	64	37,65
De 90 a 94 anos	38	22,35
De 95 a 100 anos	14	8,24
Escolaridade (anos de estudo)		
0 a 3 anos de estudo	152	89,41
4 a 7 anos de estudo	14	8,24
8 a 11 anos de estudo	0	0
Acima de 12 anos de estudo	4	2,35
Estado civil		
Casado/União estável	36	21,17
Viúvo	132	77,65
Divorciado/separado	2	1,18
Renda mensal		
1 a 3 salários mínimos	164	96,47
4 a 5 salários mínimos	2	1,18
5 a 6 salários mínimos	2	1,18
> 6 salários mínimos	2	1,18
Nº de Filhos		
0 a 2 filhos	40	23,53
3 a 5 filhos	36	21,18
6 a 8 filhos	42	24,71
9 a 11 filhos	20	11,76
Mais de 12 filhos	32	18,82
Aposentadoria		
Sim	170	100,0
Não	0	0
Formação profissional		
Lavrador	162	95,29
Outras	8	4,71

Tabela 1 - Características sociodemográficas e de saúde dos idosos na quarta idade, Estratégia de Saúde da Família, São Bernardo - MA, 2016 (cont.)

VARIÁVEIS	n	%
Problema de saúde		
Sim	158	92,94
Não	12	7,06
Doenças		
Hipertensão	65	38,24
Diabetes	36	21,18
Hipertensão e Diabetes	40	23,52
Parkinson	4	2,35
Alzheimer	8	4,71
Sequela de AVC	17	10,00
Total	170	100,00

Quanto às características sociodemográficas dos cuidadores familiares, observa-se em relação ao sexo, a maioria dos cuidadores eram do sexo feminino (85,88%), somente (14,12%) do sexo masculino. Um outro aspecto observado foi com relação à idade do cuidador familiar (31,76%) possuíam em média 51 a 60 anos e (18,82%) com idade acima de 60 anos, evidenciando que muitos cuidadores já eram idosos. Em relação aos anos de estudo, esses cuidadores apresentavam baixo nível de escolaridade, (38,82%) com 0 a 3 anos de estudos, porém observou-se um expressivo aumento da escolaridade onde (24,7%) já possuíam 4 a 7 anos de estudos. Com relação ao estado conjugal, a maioria eram casadas (61,17%), seguidos de (30,59 %) de solteiros. Um outro dado importante é com relação à renda mensal desses cuidadores, (77,65%) com uma renda menor que 1 salário mínimo, visto que a maioria não trabalhava fora de casa, não possuíam renda fixa, com ocupação da maioria eram do lar (75,29%), seguidos de lavrador (10,58%) e outras ocupações como professor (5,88%), funcionário público (2,94%), autônomos (4,11%) e vigilantes (1,17%). Destes, (41,17%) sem atividade remunerada e (37,64%) eram aposentados (tabela 2).

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos cuidadores familiares de idosos na quarta idade, Estratégia de Saúde da Família, São Bernardo - MA, 2016

VARIÁVEIS	n	%
Sexo		
Feminino	146	85,88
Masculino	24	14,12
Idade (anos)		
De 20 a 30 anos	10	5,88
De 31 a 40 anos	26	15,29
De 41 a 50 anos	38	22,35
De 51 a 60 anos	54	31,76
De 61 a 70 anos	32	18,82
De 71 a 80 anos	10	5,88
Escolaridade (anos de estudo)		
0 a 3 anos de estudo	66	38,82
4 a 7 anos de estudo	42	24,70
8 a 11 anos de estudo	20	11,76
Acima de 12 anos de estudo	42	24,70
Estado civil		
Solteiro (a)	52	30,59
Casado/união estável	104	61,17
Viúvo(a)	6	3,53
Separado/divorciado	8	4,71
Renda mensal		
< 1salário mínimo	132	77,65
1 a 3 salários mínimos	28	16,47
4 a 5 salários mínimos	8	4,71
5 a 6 salários mínimos	0	0,00
> 6 salários mínimos	2	1,18
Ocupação		
Dona do lar	128	75,29
Lavrador	18	10,58
Professor.	10	5,88
Funcionário público	5	2,94
Autônoma	7	4,11
Vigilante	2	1,17
Atividade de remunerada		
Sim	36	21,18
Não	70	41,17
Aposentado/pensionista	64	37,64
Total	170	100,00

Os dados da **tabela 3** mostram a percepção que os cuidadores têm em relação à sua saúde. A saúde foi percebida como regular pela maioria dos

cuidadores (47,06%), permanecendo no mesmo nível, comparada ao período anterior aos cuidados com o idoso (44,41%), porém quando eles comparavam a sua saúde com a de outras pessoas da mesma idade do cuidador, (50,59 %) referiram ter uma saúde melhor em relação a outras pessoas com a mesma faixa etária. Observa-se que o estado de saúde desses cuidadores não piorou, manteve-se como regular ao longo do período.

Tabela 3 - Características de saúde dos cuidadores familiares de idosos na quarta idade, Estratégia de Saúde da Família, São Bernardo - MA, 2016

Características de saúde	n	%
Em geral você, como cuidador (a) diria que a sua saúde está		
Ótima	12	7,06
Boa	56	32,94
Regular	80	47,06
Ruim	14	8,24
Péssima	8	4,71
Em comparação com os 5 últimos anos, diria que a sua saúde está		
Melhor	56	32,94
Regular	76	44,41
Pior	38	22,35
Em comparação com as outras pessoas de sua idade, diria que a sua saúde está		
Melhor	86	50,59
Regular	56	32,94
Pior	28	16,47
Total	170	100,00

Nota-se que com relação ao grau de parentesco, a maioria das cuidadoras eram filhas (43,52%), seguidas de cônjuges (15,29%), filho (11,16%), nora (7,05%), neto(a), (9,41%) irmã (7,64%) e sobrinho(a) (5,29%). Um outro dado observado foi em relação ao tempo de cuidado, sendo que (37,65%) dos cuidadores prestavam há mais de 10 anos cuidados ao idoso (tabela 4).

Tabela 4 - Cuidadores familiares, segundo grau de parentesco com os idosos na quarta idade e tempo como cuidador, Estratégia Saúde da Família, São Bernardo- MA, 2016

Grau de parentesco	N	%
Cônjuge	26	15,29
Filho	20	11,76
Filha	74	43,52
Nora	12	7,05
Neto (a)	16	9,41
Irmã	13	7,64
Sobrinho(a)	9	5,29
Tempo como cuidador		
Menos de 1 ano	8	4,71
De 1 a 2 anos	18	10,59
De 3 a 4 anos	28	16,47
De 5 a 6 anos	28	16,47
De 7 a 8 anos	14	8,24
De 9 a 10 anos	10	5,88
Mais de 10 anos	64	37,65
Total	170	100,00

Em relação às condições de moradia dos cuidadores, foi observado que a maioria dos cuidadores dos 170, 156 residiam com o idoso (91,76%), somente (8,24%) não moravam com o idoso e que a maior parte das residências era de propriedade do idoso (54,12%) e do cuidador (38,82%), somente 4 alugadas e 8 emprestadas (tabela 5).

Tabela 5 - Condições de moradia dos cuidadores familiares dos idosos na quarta idade, Estratégia de Saúde da Família, São Bernardo-MA, 2016

Condições de moradia	N	%
Mora com idoso		
Sim	156	91,76
Não	14	8,24
Proprietário da moradia		
Cuidador	66	38,82
Idoso	92	54,12
Alugada	4	2,35
Emprestada	8	4,71
Doada	0	0
Total	170	100,00

Na tabela 6, estão descritos os 22 itens da escala de Zarit, que correspondem à relação cuidador-idoso, avaliação da condição de saúde, bem-estar

psicológico, finanças e vida social. Observa-se que (60%) dos cuidadores sentiam que o idoso, algumas vezes, pedia mais ajuda do que realmente necessitava, (65,88%) relataram que o tempo gasto para cuidar do idoso interfere no tempo para cuidar de si e (50,59%) afirmaram que idoso depende sempre dele para realizar alguma atividade. Um outro dado relevante é relacionado à situação de estresse do cuidador, sendo que (56,47%) dos cuidadores referiram que frequentemente se sentem estressados por ter que cuidar do idoso e (87,06%) responderam que a sua saúde, algumas vezes, foi afetada por causa do idoso.

Observa-se também, que (54,12%) dos cuidadores referiram-se à preocupação com o futuro do idoso e (50,59%) colocaram que sempre o idoso depende deles (tabela 6).

Quanto à questão da privacidade do cuidador, (78,82%) responderam não ter privacidade tanto quanto gostaria e (77,65%) consideraram que frequentemente a sua vida social tem sido prejudicada por causa do idoso, assim em relação ao aspecto financeiro, (58,82%) frequentemente não terem dinheiro suficiente para cuidar do idoso por muito mais tempo, considerando também as outras despesas no domicílio, (87,06%) colocaram que frequentemente perderam o controle de sua vida a partir da doença do idoso e (89,41%) gostariam que, algumas vezes, outra pessoa passasse a cuidar do idoso. Finalmente, quando foi perguntado em relação à sobrecarga, dos 170 cuidadores entrevistados, 152 (89,41%) responderam que sentiam muito sobrecarregados por cuidar do idoso (tabela 6).

Tabela 6 - Descrição dos 22 itens da escala de Zarit Burden. Estratégia de Saúde da Família em São Bernardo-MA, 2016

Questão	Nunca n%	Raram ente n%	Algum as vezes n%	Freque ntemen te n%	Sempr e n%	Total n%
1. O Sr./Sra. sente que o idoso (a) pede mais ajuda do que realmente necessita?	0 (0,00)	0 (0,00)	102 (60,00)	26 (15,29)	42 (24,71)	170 (100)
2. O Sr./Sra. sente que por causa do tempo que gasta com o idoso (a) não tem tempo suficiente para si mesmo?	0 (0,00)	0 (0,00)	112 (65,88)	24 (14,12)	34 (20,00)	170 (100)
3. O Sr./Sra. se sente estressado por ter que cuidar do idoso (a), além de ter suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	0 (0,00)	0 (0,00)	54 (31,76)	96 (56,47)	20 (11,76)	170 (100)
4. O Sr./Sra. se sente envergonhado com o comportamento do idoso (a)?	0 (0,00)	154 (90,59)	8 (4,71)	6 (3,53)	2 (1,18)	170 (100)
5. O Sr./Sra. se sente irritado (a) quando o idoso (a) está por perto?	0 (0,00)	152 (89,41)	4 (2,35)	8 (4,71)	6 (3,53)	170 (100)
6. O Sr./Sra. sente que o idoso (a) afeta negativamente seus relacionamentos com amigos e outros membros da família?	148 (87,06)	4 (2,35)	4 (2,35)	10 (5,88)	4 (2,35)	170 (100)

Tabela 6 - Descrição dos 22 itens da escala de Zarit Burden. Estratégia de Saúde da Família em São Bernardo-MA, 2016 (cont.)

Questão	Nunca n%	Raramente n%	Algumas vezes n%	Frequentemente n%	Sempre n%	Total n%
7. O Sr./Sra. teme pelo futuro do idoso (a)?	0 (0,00)	10 (5,88)	0 (0,00)	68 (40,00)	92 (54,12)	170 (100)
8. O Sr./Sra. sente que o idoso (a) depende do Sr./Sra.?	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (4,71)	76 (44,71)	86 (50,59)	170 (100)
9. O Sr./Sra. se sente tenso (a) quando o idoso (a) está por perto?	0 (0,00)	154 (90,59)	4 (2,35)	6 (3,53)	6 (3,53)	170 (100)
10. O Sr./Sra. sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com o idoso (a)?	0 (0,00)	0 (0,00)	148 (87,06)	16 (9,41)	6 (3,53)	170 (100)
11. O Sr./Sra. sente que não tem tanta privacidade quanto gostaria?	0 (0,00)	0 (0,00)	26 (15,29)	134 (78,82)	10 (5,88)	170 (100)
12. O Sr./Sra. sente que sua vida social tem sido prejudicada por causa do idoso (a)?	0 (0,00)	8 (4,71)	0 (0,00)	132 (77,65)	30 (17,65)	170 (100)
13. O Sr./Sra. não se sente à vontade para receber visitas em casa por causa de do idoso (a)?	0 (0,00)	158 (92,94)	6 (3,53)	0 (0,00)	6 (3,53)	170 (100)
14. O Sr./Sra. sente que Nome do idoso (a) espera que o (a) Sr./Sra. cuide dele (a), como se fosse a única pessoa de quem ele (a) possa depender?	0 (0,00)	0 (0,00)	50 (29,41)	38 (22,35)	82 (48,24)	170 (100)
15. Sente que o Sr./Sra. não tem dinheiro suficiente para cuidar do idoso (a), levando-se em conta suas outras despesas?	0 (0,00)	0 (0,00)	42 (24,71)	100 (58,82)	28 (16,47)	170 (100)
16. O Sr./Sra. se sente incapaz de cuidar do idoso (a) por muito mais tempo?	0 (0,00)	0 (0,00)	140 (82,35)	18 (10,59)	12 (7,06)	170 (100)
17. O Sr./Sra. sente que perdeu o controle de sua vida, a partir da doença do idoso (a)?	0 (0,00)	0 (0,00)	14 (8,24)	148 (87,06)	8 (4,71)	170 (100)
18. O Sr./Sra. gostaria que outra pessoa passasse a cuidar do idoso (a)?	0 (0,00)	0 (0,00)	154 (90,59)	12 (7,06)	4 (2,35)	170 (100)
19. O Sr./Sra. sente dúvida em relação ao que fazer com o idoso (a)?	0 (0,00)	0 (0,00)	152 (89,41)	14 (8,24)	4 (2,35)	170 (100)
20. O Sr./Sra. sente que deveria fazer pelo idoso (a) mais do que faz?	0 (0,00)	4 (2,35)	90 (52,94)	50 (29,41)	26 (15,29)	170 (100)
21. O Sr./Sra. acha poderia cuidar melhor do idoso (a)?	0 (0,00)	18 (10,59)	76 (44,71)	48 (28,24)	28 (16,47)	170 (100)
22. O Sr./Sra. finalmente sente-se muito sobrecarregado por cuidar de do idoso (a)?	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	152 (89,41)	18 (10,59)	170 (100)

Burden Interview (ZARIT; ZARIT, 1987). Tradução e validação para português (SCAZUFCA, 2002). Respostas correspondem: nunca (0), raramente (1), algumas vezes (2), frequentemente (3), sempre (4)*. Neste item as respostas são: nem um pouco (0), um pouco (1), moderadamente (2), muito (3), extremamente (4).

Para Identificar o nível de sobrecarga do cuidador, foi aplicada a escala de Zarit. Foi utilizado, para avaliar a confiabilidade do instrumento ZBI, o coeficiente de alfa Cronbach, que teve como resultado, $\alpha = 0,7501$, resultando uma boa consistência interna.

Observa-se dos 170 cuidadores entrevistados, 154 (90,59%) apresentaram sobrecarga moderada a severa, esse resultado foi obtido pela soma dos 22 itens da escala de Zarit, cujo escore de 41 a 60 é considerado como sobrecarga moderada a severa (tabela 7).

Tabela 7 - Classificação dos cuidadores familiares de idosos na quarta idade, de acordo com a sobrecarga, Estratégia de Saúde da Família, São Bernardo - MA, 2016.

Classificação	n	%
Pequena ou nenhuma sobrecarga (0 a menor 21)	0	0,00
Sobrecarga moderada (21 a 40)	0	0,00
Sobrecarga moderada a severa (41 a 60)	154	90,59
Sobrecarga severa (maior ou igual a 61)	16	9,41
Total	170	100,00

Escala de Zarit Burden Interview (ZARIT; ZARIT, 1987). Validada para português (SCAZUFCA, 2002).

Tabela 8, referente à associação da sobrecarga com as características socioeconômicas, demográficas e de saúde do cuidador. Pode-se perceber, que foram estatisticamente significativos para a existência da sobrecarga, anos de estudo, viver com o idoso e percepção dos cuidadores em relação à sua saúde.

Visualiza-se que, em relação a anos de estudo, houve uma sobrecarga maior em cuidadores familiar que possuem 4 a 7 anos de estudo, com uma média de sobrecarga de ($\pm 53,28$; $\pm 4,94$) em comparação aos cuidadores acima de 12 anos de estudo ($\pm 50,47$; $\pm 5,11$), valor de ($p \leq 0,04$). Um outro item está relacionado a viver com o idoso aumenta a sobrecarga. Tem-se, como resultado ($\pm 51,91$; $\pm 5,66$), valor de ($p \leq 0,0001$). Com relação ao estado de saúde do cuidador (a percepção com relação à sua saúde), evidenciou-se aumento da sobrecarga, nos cuidadores que relataram como péssimo estado de saúde resultado ($\pm 58,00$; $\pm 3,46$), valor de ($p \leq 0,018$), em relação aos com de ótima, bom e regular.

Observa-se também que não houve aumento significativo, quando se correlacionou a sobrecarga com o sexo do cuidador ($p= 0,8299$), idade ($p=0,3593$) estado conjugal ($p= 0,2842$) e tempo de cuidados ($p= 0,9718$). Tais resultados, com parâmetros diferente de $p \leq 0,05$.

Tabela 8 - Associação entre sobrecarga com dados sociodemográficas e de saúde, dos cuidadores familiares de idosos na quarta idade, na Estratégia de Saúde da Família em São Bernardo - MA, 2016

Variáveis	Sobrecarga ¹	Teste**	Valor de p*
Sexo		1704,00	0,8299
Feminino	51,83±5,77		
Masculino	51,83±5,63		
Escolaridade (anos de estudo)		8,1106	0,0448
0 a 3 anos de estudo	51,57±5,60	38,82	
4 a 7 anos de estudo	53,28±4,94	24,70	
8 a 11 anos de estudo	52,40±8,06	11,76	
Acima de 12 anos de estudo	50,47±5,11	24,70	
Idade (anos)		5,4874	0,3593
De 20 a 30 anos	52,20±10,00		
De 31 a 40 anos	50,30±4,16		
De 41 a 50 anos	51,73±5,55		
De 51 a 60 anos	52,03±5,39		
De 61 a 70 anos	53,25±6,17		
De 71 a 80 anos	50,20±4,82		
Estado Civil		5,0301	0,2842
Solteiro	52,28±5,76		
Casado	51,92±5,91		
Viúvo	54,99±3,22		
União estável	50,27±5,55		
Divorciado	50,75±6,06		
Cuidador vive com idoso		-4054,08	<0,0001
Sim	51,91±5,66		
Não	50,00±6,70		
Estado de saúde do cuidador		11,8914	0,0182
Ótimo	52,50±9,58		
Bom	50,82±4,56		
Regular	51,96±5,82		
Ruim	51,92±4,82		
Péssimo	58,00±3,46		
Tempo como cuidador		1,2978	0,9718
Menos de 1 ano	52,50±5,47		
De 1 a 2 anos	53,11±7,18		
De 3 a 4 anos	51,28±4,34		
De 5 a 6 anos	51,42±5,21		
De 7 a 8 anos	52,28±4,69		
De 9 a 10 anos	53,00±8,66		
Mais de 10 anos	51,53±5,91		

¹Média ± desvio padrão.

*Significância estatística se $p \leq 0,05$.

** Mann-Whitney; Kruskal- Wallis; Qui-quadrado.

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se, em relação ao perfil socioeconômico, demográfico e de saúde dos idosos na quarta idade em São Bernardo - MA, que a maioria eram do sexo feminino (61,18%) de acordo com a tendência da feminização da velhice, que cresce na razão direta com o avanço da idade e é homogêneo em todas as populações estudadas (KARSCH, 2003).

Lima (2011) coloca em seu estudo “Políticas públicas para idosos: uma realidade em Instituições de Longa Permanência no Distrito Federal”, que um dado que merece destaque é com relação ao grupo etário considerado mais idoso (acima dos 80 anos) que continua crescendo, inclusive, uma elevação no número de centenários (idosos acima de 100 anos).

Quanto à escolaridade, (89,41%) tiveram de 0 a 3 anos de estudo, percebe-se que é reduzido o número de anos de ensino formal frequentado pelos idosos. Isso pode ter relação com a realidade pregressa de quem hoje conta com 80 ou mais anos de idade, em que o acesso a educação era restrito para esse contingente (LIMA; BUENO, 2009). Estes dados são semelhantes ao estudo realizado por Gonçalves et al. (2013), em cuidadores de idosos na quarta idade em um município do Rio Grande do Sul, sobre o “Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores.”

Em relação à aposentadoria, (100%) dos idosos eram aposentados, (95,29%), como lavrador, (96,47%), com uma renda mensal de 1 a 3 salários mínimos. Identificam-se, também, que (92,94%) dos idosos possuíam problemas de saúde, com prevalência para as doenças crônicas como hipertensão e diabetes, que é um panorama comum às populações longevas. Destaca-se que o aumento da longevidade expõe a pessoa idosa a viver com enfermidades crônicas por um longo período que pode comprometer a sua qualidade de vida (VERAS; CALDAS, 2009).

Quanto ao perfil socioeconômico, demográfico e de saúde do cuidador familiar, obteve-se que a maioria dos cuidadores eram do sexo feminino (85,88%). Esse resultado reforça o papel social, culturalmente atribuído à mulher com a feminização do cuidado. Com relação a questão de gênero, as mulheres são as “grandes cuidadoras,”as cuidadoras tradicionais”, já que o papel da mulher como responsável pelo cuidado, é visto como natural, uma vez que está inserido socialmente no papel de mãe (GRATÃO, 2010).

Esses indicativos corroboram outros estudos como de Nardi, Swada e Santos (2013), que enfatizam em sua pesquisa “Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador”, realizado em 178 cuidadores de idosos dependentes no município no norte do Paraná, onde o perfil do cuidador: ser do sexo feminino, casadas, filhas ou esposas, com média de idade de 56,7 anos.

Muitas cuidadoras já eram idosas (24,7%). Esse resultado sugere que cada vez mais pessoas, com idade mais próxima à velhice, estão cuidando de idosos, ou seja, idosos cuidando de mais idosos e muitos destes já necessitam também serem cuidados, dados semelhantes ao estudo “Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade” realizado por Gratão (2010) em cuidadores familiares de idosos acima 65 anos em Ribeirão Preto-SP.

Observa-se também que a maioria eram casados (61,17%), semelhante ao encontrado no estudo de (MORAES et al., 2012), sobre a “Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com Acidente Vascular Cerebral”.

E quanto aos anos de estudo, foi evidenciado que (38,82%) apresentavam de 0 a 3 anos de estudos, esses cuidadores apresentaram baixo nível de escolaridade.

Os dados acerca da escolaridade possuem estreita relação com o baixo nível de renda do cuidador, observa-se que (77,65%) desses cuidadores possuíam uma renda menor que 01 salário mínimo, visto que a maioria não trabalhava fora de casa, não possuía renda fixa, era do lar (75,29%) e sobreviviam com o salário da aposentadoria do idoso, incluindo a renda do idoso para o auxílio das despesas.

A maioria da cuidadoras eram filhas (43,52%), reforçando mais uma vez o papel da mulher como cuidadora, resultado também encontrado em outros estudos com idosos e cuidador familiar (NARDI; SWADA; SANTOS, 2013; GRATÃO et al., 2013). Esse achado pode ser atribuído ao fato de muitos idosos serem viúvos, não possuírem mais seus cônjuges, como também em alguns casos, os cônjuges já serem idosos e não terem condições de realizar esta tarefa de cuidar à medida que eles também possam ter alguma incapacidade, tendo que um outro membro da família que assuma essa atividade. O fato dos filhos se responsabilizarem pelo cuidado de seus pais pode ser atribuído, também, à questão cultural, social e de gênero repassado ao longo das gerações (MORAES et al., 2012).

É uma tarefa majoritariamente exercida por mulher (esposas/filhas/irmãs), visto que cuidar de outrem, ainda mais que o outro é familiar e sendo uma tarefa realizada no ambiente doméstico, transforma-se em um acontecimento bastante complexo, sujeito a muitas variáveis intervenientes, dentre as quais as atribuições social e culturalmente construídas para os sexos e que são vividas como atributos naturais de cada um, quando, na verdade, são construções sociais cunhadas por regularem as relações de poder entre os gêneros (RONDINI et al., 2011; MENDES; MIRANDA; BORGES, 2010).

Um outro dado observado foi com relação ao tempo de cuidado, sendo que (37,65%) dos cuidadores prestavam há mais de 10 anos cuidados ao idoso, isso evidencia que o tempo de cuidados gasto com o idoso é extremamente alto. Estudos americanos estimam que pessoas com demência severa necessitam de 41,5 horas por semana de cuidados informais adicionais; 17,4 nos quadros demências moderados e 8,5 em quadros leves, contrastando com 4,6 horas por semana nos idosos com cognição normal (WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013).

Nota-se, com isso, que o tempo dedicado ao cuidar do idoso era significativo, sendo também revelado no estudo de Souza e Menezes (2009), intitulado: “Estrutura da representação social do cuidado familiar de idosos hipertensos”, entrevista realizada em 100 cuidadores no município de Jequié (BA), no qual boa parte (42%) referiu estar na função por dez anos, ou mais, e, ainda, no estudo de Paulo et al. (2008), “Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de idosos portadores de deficiência auditiva: influência no uso de próteses auditivas”, em que o tempo de cuidado variou de 2 a 13 anos. Esses dados são representativos, visto que, quanto maior o tempo na função, maiores os riscos de apresentar problemas de ordem física, social e emocional, tais como fadiga, depressão, baixos níveis de satisfação com a vida, estresse, dificuldades econômicas, solidão, dentre outros (CARTAXO et al, 2012).

Observou-se que (91,76%) dos cuidadores residiam com o idoso, cenário igual ao encontrado em outros estudos de idosos e cuidadores familiares (VIEIRA et al., 2012; GRATÃO et al., 2013). Para o idoso, a situação pode ser benéfica, visto que as suas demandas podem ser facilmente atendidas, pois o cuidador está sempre próximo do idoso (FERNANDES; GARCIA, 2009).

Identificou-se que a maior parte das residências era de propriedade do idoso (54,12%). Assim sendo, a coabitação do cuidador com o idoso parece ser uma

estratégia utilizada para beneficiar tanto os filhos quanto os idosos, em função das demandas de cuidado por parte destes e pelas necessidades financeiras dos familiares cuidadores (LIMA; BUENO, 2009). Esses dados corroboram o estudo realizado por Gonçalves et al. (2013) sobre “O convívio e cuidado familiar na quarta idade”.

Os cuidadores perceberam sua saúde como regular (47,06%). Estudo realizado por Rodrigues et al. (2014) sobre “Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores familiares de idosos dependentes” realizados na cidade de Picos-PI, (44%) dos cuidadores percebiam a sua saúde como regular e, quando comparado aos últimos cinco anos anteriores, consideravam que tinha havido uma piora na qualidade de vida. O mesmo dado corrobora um outro estudo, “Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária” de (FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011), quando se investiga a percepção do cuidador em relação à sua saúde, muitos relataram que no decorrer do tempo houve também uma piora em relação ao seu estado de saúde.

Quando se avaliou os itens da escala de Zarit, existem dados bastante significativos em relação ao cuidador/idoso, como: (60%) dos cuidadores referiram que o idoso, algumas vezes, pedia mais ajuda do que realmente necessita. Estudo realizado por Vieira et al. (2012), “Cuidar de familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais de saúde”, coloca que o idoso, no domicílio, que é dependente necessita muito da atenção em tempo integral, isso devido a várias fragilidades que ele possui, a dependência do idoso mantém o cuidador a maior parte do tempo no domicílio, por medo e preocupação prefere não deixar seu familiar sozinho, o que resulta em isolamento social de ambos.

Um outro dado importante, que deve ser destacado, é em relação ao estresse do cuidador, percebe-se neste estudo que (56,47%) dos cuidadores frequentemente se sentiam estressados. De acordo com Caro (2015), cada indivíduo tem uma maneira particular de lidar com o estresse e que existem situações estressoras como o tipo de acontecimento, o momento cronológico e o tipo de situação. Baptista et al. (2012) colocam ainda que esses fatores estressantes podem aumentar a sobrecarga emocional do cuidador e nesse contexto familiar o cuidador poderá adoecer em decorrência do cuidar.

Exercer a função de cuidador de idosos dependentes traz uma variedade de efeitos adversos que vão desde dificuldades físicas, sendo a saúde física

essencial para o cuidador, até o impacto emocional que esta atividade gera, não sendo uma tarefa fácil, principalmente quando a responsabilidade recai sobre um único membro da família (FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011).

Quando se perguntou sobre se a sua saúde foi afetada por causa do idoso, (87,06%) dos cuidadores responderam que, algumas vezes, é evidente que é uma função desgastante do ponto de vista físico, emocional social e financeiro, podendo repercutir negativamente na vida do cuidador, com surgimento de estresse, dos sentimentos de culpa, raiva, tristeza, cansaço, ansiedade e desespero (BAPTISTA et al., 2012).

Todas essas informações são relevantes para o aumento da sobrecarga, onde (89,41%) dos cuidadores afirmaram que se sentiam muito sobrecarregados por cuidar do idoso. Diante desses dados, percebe-se que, quando o cuidador assumia sozinho essa atividade sem dividir responsabilidades, mantendo a assistência ao idoso em todos os níveis há um aumento da sobrecarga, influenciando no seu bem estar físico, mental e social (MOREIRA, 2011; NOVENBRE, 2012).

Ao se comparar a sobrecarga com as características sociodemográficas do cuidador, houve uma correlação estatisticamente significativa para a existência da sobrecarga no cuidador, em relação a anos de estudo, viver com o idoso e percepção dos cuidadores em relação à sua saúde.

No presente estudo, evidenciou-se que o aumento da sobrecarga é maior nos cuidadores com menor escolaridade, onde os cuidadores de 4 a 7 anos possuem uma sobrecarga maior em relação aos cuidadores acima de 12 anos de estudo. Esse dado nos permite inferir quanto menor a escolaridade do cuidador, mais significativas as alterações emocionais que ela pode evidenciar como resultado de papel de cuidador e mais ineficaz ou comprometido o modo de enfrentamento individual da situação do cuidar, pois ele se depara com situações às vezes difíceis de lidar, principalmente quando requer maior conhecimento, já que cuidar de um idoso envolve tarefas complexas, permeadas por dificuldades que podem ser agravadas pela falta de preparo e de informações do cuidador, podendo gerar insegurança e temores, desgaste físico e emocional, ocasionando uma maior sobrecarga no cuidador (VIEIRA et al., 2012).

Um outro item está relacionado em viver com o idoso aumentou a sobrecarga. Tem-se, como resultado ($\pm 51,91$), valor de ($p \leq 0,0001$). Dessa forma, é um fator relevante para o aumento da sobrecarga, já que viver todos os dias com o

idoso, coabitando no mesmo domicílio, são maiores a demanda de cuidados e dedicação ao idoso (GRATÃO et al., 2013). Um outro ponto importante, segundo Vieira et al. (2012), é que a dependência do idoso, faz com que o cuidador, por medo ou preocupação, permaneça na maior parte do tempo no domicílio, ocasionado isolamento social de ambos.

Santos (2010) complementa que conviver todos os dias com as necessidades e demandas de uma pessoa portadora de limitações pode ser uma experiência angustiante, especialmente se essa pessoa for um parente próximo, idoso ou portador de alguma incapacidade física ou cognitiva.

Quanto ao estado de saúde do cuidador, ou seja, a percepção com relação à sua saúde, houve um significativo aumento da sobrecarga, nos cuidadores que relataram como péssimo estado de saúde em relação os com de ótima, bom e regular. Obteve-se um resultado de resultado ($\pm 58,00$), valor de ($p \leq 0,018$), o que evidencia a correlação da sobrecarga com o sentimento do cuidador com relação à sua saúde.

Segundo Ferreira, Alexandre e Lemos (2011), cuidar de alguém, principalmente quando é um idoso que possui alguma dependência, é uma função desgastante do ponto de vista físico, emocional social e financeiro, podendo repercutir negativamente na vida do cuidador, com surgimento de estresse, dos sentimentos de culpa, raiva, tristeza, cansaço, ansiedade e desespero.

O que se observa é que os cuidadores exercem esta tarefa por longo período do dia e durante muitos anos, o que lhes gera maior sobrecarga. Estudos apontam que a assistência em tempo integral e por longos períodos podem favorecer maior desgaste, perda na qualidade de vida, e podem desencadear problemas de saúde, com estresse e depressão no cuidador (OLIVEIRA et al., 2011).

Por um outro lado, neste estudo não foi encontrado diferença significativa entre o escore de sobrecarga com: sexo, idade, estado civil e tempo de cuidados. Esses dados divergem do estudo realizado por Gratão (2010) sobre a sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade de Ribeirão Preto-SP, em que somente o sexo e idade apontou correlação significativa com a sobrecarga do cuidador, porém escolaridade e o fato de viver ou não com o idoso apresentaram resultado marginalmente significativo ($p=0,005$ e $p=0,062$ respectivamente).

Ao se classificar a sobrecarga nestes cuidadores, dos 170 estudados, 154 (90,59%) apresentaram sobrecarga moderada à severa. Este dado é relevante para se discutir a sobrecarga de cuidador familiar de idosos a partir de 80 anos, com relação a essa população estudada, sabe-se que o idoso na quarta idade é alvo de doenças crônicas não transmissíveis, que pode gerar um processo incapacitante, afetando a sua funcionalidade, levando a uma situação de dependência, o cuidador familiar é inserido nesse meio (BOCCA, 2012). Um outro aspecto a ser observado é que, por mais que a família seja numerosa, geralmente um membro da família que assume a responsabilidade no ato de cuidar (cuidador principal). É ele quem fica prestando o cuidado em tempo integral ao idoso. Dessa forma, quanto maior a dependência e o acúmulo de atividades, há maior probabilidade do aumento dessa sobrecarga.

Diante o exposto, os cuidadores familiares de idosos na quarta idade, no município de São Bernardo–MA, possuíram sobrecarga elevada, porém esses resultados divergem de outros estudos como de (GRATÃO et al., 2013; NARDI; SWADA; SANTOS, 2013; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013), todos com sobrecarga moderada. É importante ressaltar que todos estes estudos tiveram como objetivo a análise de sobrecarga dos cuidadores familiares e utilizaram como instrumento de avaliação a Escala de Zarit Burden. Porém, ainda é escasso estudos direcionados para a população de idosos na quarta idade.

7 CONCLUSÃO

Ao analisar a sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos na quarta idade, no município de São Bernardo- MA, identificou-se uma sobrecarga elevada, muitos são idosos e enfrentam vários problemas de ordem física, emocional, financeira e social, além de sentirem-se estressados e perceberem a sua saúde como ruim.

Outro aspecto relevante é o aumento da sobrecarga que tem, como principal fator, a demanda de responsabilidades que estes cuidadores possuem por serem cuidadores principais, pois apesar dos idosos possuírem muitos filhos, mas a tarefa de cuidar sobrecarrega somente um membro familiar, geralmente filha e cônjuge, e por ser mulher há aumento da sobrecarga devido a demanda de responsabilidades que as mesmas possui no ambiente doméstico.

Com isso, observa-se, nesse contexto, que esses cuidadores necessitam também de cuidados e que devem tornar-se alvos de preocupação para as equipes de saúde.

É necessário que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias direcionadas à prevenção da sobrecarga dos cuidadores, que sejam realizadas de acordo com a realidade em que o cuidador esteja inserido, e que não seja direcionado não somente ao cuidado do idoso, mas que eles tenham um olhar diferenciado para o cuidador, ou seja, oferecendo suporte adequado à estas famílias de idosos, que possuem cuidadores familiares

Diante disso, avaliar as condições de saúde do cuidador deve fazer parte das ações desenvolvidas pelos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família, com o intuito de diagnosticar precocemente a carga de problemas de ordem emocional e física que o cuidador enfrenta, elaborando intervenções que contribua para a melhoria da qualidade de vida do cuidador e que possam refletir positivamente no cuidado prestado ao idoso.

REFERÊNCIAS

AMENDOLA, F. **Qualidade de vida de cuidadores familiares de pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo**. 2010. 142 f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ARAÚJO, I.; PAUL, C. MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 869-875, ago. 2011.

BAPTISTA, B. O. et al. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 147-156, mar. 2012.

BOCCA, A. W. **Perfil sociodemográfico e demandas dos idosos em uma Unidade de Saúde, partir de um olhar dos idosos e profissionais da rede pública de saúde**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 23 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006b. (Normas e Manuais Técnicos: Caderno de Atenção Básica, A).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 10 out. 2015.

BRONDANI, C. M. et al. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 504-510, 2010.

CARO, C. C. Independência, cognição pós AVC e sua relação com a sobrecarga, dor e qualidade de vida dos cuidadores familiares. 2015. 173 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Carlos, São Paulo, 2015.

CARTAXO, H. G. O. et al. Vivência dos cuidadores familiares de idosos dependentes: revelando estratégias para o enfrentamento do cotidiano. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 59-74, 2012.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre os diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 9, p. 1772-1784, set. 2012.

COLLIÈRRE, M. F. **Promover a vida**: da prática da mulher de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1999.

CONCEIÇÃO, L. F. S. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 81-91, 2010.

FERNANDES, M. G.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 1, p. 57-63, jan./fev. 2009.

FERREIRA, C. G.; ALEXANDRE, T. S.; LEMOS, N. D. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, 398-409, 2011.

FERREIRA, F. et al. Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. **Cadernos de Saúde**, Lisboa, v. 3, n. 2, p. 13-19, 2010.

FURHMANN, A. C. **Capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar**. 2014. 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S7-S27, 2008. Suplemento 1.

GONÇALVES, L. T. H. et al. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.315-325, 2013.

GONÇALVES, R. L. **Família de idosos na quarta idade**: dinâmicas familiares. 2010. 207 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Porto, Porto, 2010.

GRATÃO, A. C. M. **Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade**. 2010. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

GRATÃO, M. A. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 137-144, set. 2013.

GUEDES, L. C. **Perfil dos cuidadores informais de idosos atendidos por um NRAD do Distrito Federal**. 2012. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2015. Disponível em: <www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>. Acesso em: 22 maio 2016.

KARSCH, V. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3. p. 861-866, maio/jun. 2003.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Estrés y proceso cognitivos**. Barcelona: Educionaos Matínez: Roca, 1986.

LIMA, C. R. V. **Políticas públicas para idosos**: a realidade das Instituições de Longa Permanência para idosos no DF. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Legislativo e Políticas Públicas) - Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento Programa de Pós-Graduação, Brasília, DF, 2011.

LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosos no Brasil. **Saúde Pesquisa**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 273-280, 2009.

LOPES, J. M. C. A. **A pessoa como centro do cuidado**: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em serviço de Atenção Primária à Saúde. 2011. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MARTIN, M. Adaptacion para nuestro médio de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. **Revista Multidisciplinar de Gerantologia**, v. 6, n. 4, p. 338-346, 1996.

MAZZA, M. M. P. R.; LEFÈVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.15, n. 1, p. 1-10, 2005.

MENDES, G. D.; MIRANDA, S. M.; BORGES, M. M. M. C. Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 3, n. 1, p. 408-421, 2010.

MESQUITA, Z. R. V. V. **Institucionalização, satisfação e qualidade de vida do idoso**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Algarve, Algarve, 2013.

MIGUEL, M. E. G. B.; FIGUEIRA, M. O.; NARDI, E. F. R. Perfil dos cuidadores familiar idosos dependentes de uma Unidade Básica de Saúde. **Revista F@paciência**, Apucarana, v. 6, n. 14, p.118-127, 2010.

MORAES, H. C. C. et al. Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 1-10, sept./oct. 2012.

MOREIRA, I. **O doente terminal em contexto familiar**: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. 2. ed. Coimbra: Formasau, 2011.

MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 520-525, set. 2007.

MOTA, F. R. N. et al. Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 833-838, 2010.

NARDI, E. F. R.; SAWADA, N. O.; SANTOS, J. L. F. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1-8, set./out. 2013.

NOGUEIRA, M. A. A.; AZEREDO, Z. A.; SANTOS, A. S. Competências do cuidador informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: um estudo *Delphi*. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 749-759, out./dez. 2012.

NOVEMBRE, R. C. Cuidados familiar do idoso dependente: estudo do perfil socioeconômico e de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, set./out. 2012.

OLIVEIRA, D. C. et al. Qualidade de vida de sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 234-240, abr./jun. 2011.

PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2006. p. 253-292.

PAULO, M. G. et al. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de idosos portadores de deficiência auditiva: influência do uso de próteses auditivas. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 28-36, 2008.

ROCHA JÚNIOR, P. R. et al. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3131-3138, 2011.

RODRIGUES, J. E. G. R. et al. Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Ciência e Enfermagem**, Concepcion, v. 20, n. 3, p. 119-129, 2014.

RONDINI, C. A. et al. Análise das relações entre qualidade de vida e sobrecarga de cuidados de idosos de Assis, SP. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 796-820, 2011.

SANTOS, S. S. C. Concepções teóricas e filosóficas sobre o envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 1035-1039, nov./dez. 2010.

SCAZUFCA, M. Versão brasileira da escala Burden interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 12-17, 2002.

SHENE, A. H. Objective and subjective dimensions of family burden. **Social Psychiatry and Psychiatric and Epidemiology**, Berlin, v. 25, n. 6, p. 289-297, 1990.

SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A.; SOUZA, A. I. J. Reflexões sobre a necessidade do cuidado humanizado ao Idoso e família. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 20-24, 2014.

SOUZA, A. S.; MENEZES, M. R. Estrutura da representação social do cuidado familiar com idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 87-102. jan./maio 2009.

SOUZA, L. M.; WEGNER W.; GORINI, M. I. P. C. W. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 1-8, 2007.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. A promoção da saúde de uma população que envelhece: In: DALLEPIANE, L. B. (Org.). **Envelhecimento humano**: campo de saberes e práticas em saúde coletiva. Ijuí: Unijuí, 2009. p. 58-80.

VIEIRA, C. P. B. et al. Prática educativa para autonomia do cuidador informal de idosos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 135-140, jan./mar. 2011.

VIEIRA, L. et al. Cuidar de familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 255-263, 2012.

WACHHOLZ, P. A.; SANTOS, R. C. C.; WOLF, L. S. P. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 513-526, jul./set. 2013.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p.5-26, 2006.

ZARIT, S.; ZARIT, J. **Instructions for the Burden Interview**. University Park: Pennsylvania State University, 1987.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO 1

Pesquisador responsável Prof^ª. Dr^ª. Ana Hélia de Lima Sardinha

Data do preenchimento: ____/____/____ Unidade de Saúde _____

Questionário (1): variáveis socioeconômicas, demográficas e de Saúde do Idoso (A)

1. Sexo:1.(Masculino); 2.(Feminino)	1. Sexo()
2. Idade (anos): 1(80+85) - 2(85+90) - 3(90+95) - 4(95+100) 5(acima de 100)	2 .Idade ()
3. Estado conjugal: 1.(Solteiro); 2.(Casado); 3(Viúvo); 4(União estável); 5.(Divorciado)	3. estado conjugal ()
4. Escolaridade (anos de estudo) 1. (0 a 3); 2(4 a 7); 3(8 a 11); 4.(acima 12)	4.Anos de estudo ()
5. Se o idoso(a) estiver vivendo com conjuge e companheiro (a) qual a sua idade?	5.Idade ()
6. Quantos filho(a)/os(as) você tem e suas respectivas idades: 1.-----(filhos). Idades -----, -----, -----, -----, -----, 2-----(filhas). Idades -----, -----, -----, -----, -----,	6.N ^o de filho Filho / os () Filha / as ()
7. Recebe aposentadoria: 1 (Sim); e 2(Não)	7.Aposentado ()
8. Renda mensal / Salário Mínimo: 1.(Menor que1); 2.(de 1a3); 3.(de 4a5); 4.(de 5a6) 5.(Maior de 6).	8. Renda mensal ()
9. Formação profissional -----	9.Formação profissional()
10. Você possui algum problema de saúde? 1.(Sim); 2.(Não).	10.Problema de saúde ()
11. Se SIM, qual? 1.(Hipertensão); 2.(Diabetes); 3.(Hipertensão e Diabetes); 4.Parkinson; 5.(Alzahmier) 6.(Sequela de AVC) 7.Outros-----	11.Se SIM, qual? ()

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO 2

Pesquisador responsável Prof^{fa}. Dr^a. Ana Hélia de Lima Sardinha

Data do preenchimento: ____/____/____ Unidade de Saúde _____

Questionário (2): variáveis socioeconômicas, demográficas e de Saúde do Cuidador (A)

1. Qual o seu sexo?: 1. (masculino); 2.(feminino)	1.Sexo ()
2. Qual a sua idade ? (anos)	2. Idade ()
3. Qual a sua escolaridade (anos de estudo) 1.(0 a 3); 2.(4 a 7); 3.(8 a 11); 4.(acima 12)	3. Anos de estudos ()
4. Qual o seu estado conjugal? 1.(solteiro); 2.(casado); 3.(viúvo); 4.(união estável); 5.(divorciado).	4. Estado conjugal ()
5. Atualmente você trabalha fora como ocupação remunerada () 1.(sim) 2.(não, passe para a questão 11); 3.(aposentado/pensionista, passe para a questão 11).	5. Ocupação remunerada ()
6. Qual a sua profissão/ ocupação? _____	6.
7. Onde você trabalha? _____ _____	7.
8. Quantas horas semanais você trabalha?	8. Horas ()
9. Qual a sua renda mensal? /salários mínimos 1.(menor que 01); 2.(de 1 a 3); 3.(de 4 a 5); 4.(de 5 a 6); 5.(Maior que	9.Renda mensal ()
10. Qual o turno de trabalho?: 1.(Diurno); 2.(Noturno); 3.(Outro especificar)	10. Qual o turno ()
11. Quantos filho(a)/os(as) você tem e suas respectivas idades: 1.-----(filhos). Idades ----- , ----- , -----, ----- , ----- , 2----- (filhas). Idades ----- , -----, -----, -----, -----,	11.Nº de filho Filho /os () Filha /as ()
12. Quantos filhos /netos, ou outro dependentes além do idoso(a) você cuida? 1. (Sim); 2. (Não); 3. (Se sim, quem?)	12. Filhos/netos () _____
13. Há quanto tempo você cuida do idoso? /Anos 1.(Menos de 1 ano); 2.(1 a 2); 3.(3 a 4); 4.(5 a 6); 5.(7 a 8);7. (9 a 10); 8.(acima de 10).	13.Tempo de cuidado ()
14. Você mora com o idoso(a)? 1.(Sim); 2.(não)	14.Mora com idoso(a) ()
15. Se SIM, de quem é a casa onde mora com o idoso(a)?	15.De quem é a

1. (Cuidador); 2. (Idoso); 3. (Alugada); 4. (Emprestada); 5. (Doad)	casa? ()
16. Qual o seu grau de parentesco em relação ao idoso? 1.(conjugue) 2.(filho) 3.(filha) 4.(nora) 5. (outros:_____)	16. Grau de parentesco ()
17. Em geral você, como cuidador (a)diria que a sua saúde está? 1. (ótimo); 2.(bom); 3.(regular); 4.(ruim); 5.(péssimo)	17. A sua saúde está ()
18. Em comparação com os 5 últimos anos, diria que a sua saúde está? 1.(melhor); 2.(regular); 3.(pior)	18. Os últimos 5 anos ()
19. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, diria que a sua saúde está? 1.(melhor); 2.(regular); 3.(pior)	19. Comparação com as outras pessoas ()

APÊNDICE C - CADASTRO DO CUIDADOR

FICHA CADASTRAL DO CUIDADOR FAMILIAR

ESF: _____ N^o _____

ACS: _____ FONE: _____

NOME DO CUIDADOR: _____

NOME DO IDOSO: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

_____ FONE: _____

OBS: _____

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cuidador Familiar de Idosos

Prezado (a) Sr. (Sra.)

Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Caso isso aconteça, peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

Convidamos o Sr. (a) para participar da Pesquisa intitulada “**Sobrecarga do Cuidador Familiar de Idosos na Quarta Idade da Estratégia Saúde da Família**”, sob a responsabilidade das pesquisadoras, Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha e Rachel de Jesus Pimentel Araújo do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

O Sr (a) foi selecionado (a) porque é **Cuidador Familiar de Idosos**, porém a sua participação não é obrigatória.

Informações sobre a pesquisa

- a) **Objetivo:** Analisar a sobrecarga do cuidador familiar na quarta idade no município de São Bernardo-MA, caracterizar as variáveis socioeconômico, demográfico e de saúde dos idosos e cuidadores familiares; Identificar a sobrecarga do cuidador familiar de idosos na quarta idade e correlacionar a sobrecarga do cuidador familiar com as suas características socioeconômicas, demográficas e de saúde.

- b) **Justificativa:** O Brasil apesar de ter o aumento da expectativa de vida, ocorre também o aumento das doenças crônicas não degenerativas e a população idosa na quarta idade é o principal alvo destas doenças que pode gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade desses idosos, dificultando ou impedindo o desenvolvimento de suas atividades cotidianas. O cuidador familiar é inserido nesse contexto como uma ferramenta importante de ajuda a esses idosos, onde a família é considerada como principal pilar de apoio ao idoso em situação de dependência, surgindo o seguinte questionamento: qual a sobrecarga do cuidador familiar desses idosos?

Comitê de Ética em Pesquisa do
Hospital Universitário da
Universidade Federal do Maranhão
Endereço: Rua Barão de Itapary, nº
227,
Centro – São Luís - MA
Telefone: (98) 2109-1000

Rubricas:
Sujeito da Pesquisa:

Pesquisador Responsável:

Pesquisadora de campo:

- c) **Procedimentos que serão utilizados:** a sua participação ocorrerá em dois momentos: no primeiro será realizado o preenchimento de uma ficha de cadastro do cuidador e no segundo onde será realizado uma entrevista semiestruturada, que será utilizada dois questionários, onde o primeiro aborda perguntas relacionadas ao idoso a quem você presta o cuidado, como: idade, sexo, escolaridade, moradia, se o idoso possui algum problema de saúde, o segundo será direcionado ao cuidador, com perguntas como: idade, sexo, escolaridade, qual o grau de parentesco com o idoso, se tem filhos e mais alguns aspectos relacionados com a sua saúde e uma escala de avaliação de sobrecarga do cuidador, denominada de Escala de Zarit Burden Interview (ZBI).
- d) **Explicação dos possíveis desconfortos e riscos:** O Sr (a) não terá nenhum risco a sua saúde, porém existe possibilidade de ocorrência de situação de risco mínimo de ordem emocional aos participantes desta pesquisa, relacionados ao envolvimento que naturalmente acontece nos momentos das entrevistas, quando surgem sentimentos que podem estar relacionados às perguntas formuladas. Sua participação neste estudo é muito importante e será voluntária. O Sr (a) tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Em caso de o Sr (a) retirar-se do estudo, favor avisar a pesquisadora que está acompanhando-o (a). Caso você desista de participar, será retirado (a) da pesquisa.
- e) **Os benefícios esperados nessa participação:** A sua participação neste estudo contribuirá para a compreensão da sobrecarga do cuidador familiar de idosos, possibilitando maior relevância social a partir do momento em que a discussão sobre o tema trará reflexões aos profissionais de saúde, sobre o cuidado ao idoso e que o Sr (a) tenha uma maior reflexão quanto à

importância de cuidar de si mesmo e do idoso no qual você presta cuidados.

A sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Dessa forma, o (a) Sr (a) não será identificado (a) quando o material de sua fala for utilizado, seja para propósitos de publicação científica (apresentação de trabalhos e artigos) ou educativa. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, e o (a) Sr (a) não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo.

Comitê de Ética em Pesquisa do
Hospital Universitárioda
Universidade Federal do Maranhão
Endereço: Rua Barão de Itapary, nº
227,
Centro – São Luís - MA
Telefone: (98) 2109-1000

Rubricas:
Sujeito da Pesquisa:

Pesquisador Responsável:

Pesquisadora de campo:

O (A) Sr. (Sra.) pode fazer perguntas a respeito da pesquisa, sempre que achar necessário. Caso queira mais esclarecimentos a respeito da pesquisa ou se surgir alguma dúvida, entre em contato com a Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, na Avenida dos Portugueses, 1966, Bacanga - CEP 65080-805 São Luís-MA, pelo telefone 3301-9701, ou 8159961 e-mail anahsardinha@ibest.com.br, ou com Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA, na Rua Barão de Ipary nº 227, Cento, 65.020-070 , São Luis - MA. telefone 2109-1250 Este termo será rubricado em todas as folhas e assinado em duas vias, ficando uma delas com o Sr. (Sra.).

Desde já agradecemos sua colaboração.

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a fala utilizada nestas informações do estudo foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmo também que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

São Bernardo, MA ____ de _____ de 2015.

Pesquisadora Dr^a. Ana Hélia de Lima Sardinha Pesquisadora Rachel de Jesus Pimentel Araújo

Professora do Mestrado Profissional em Saúde Mestranda em Saúde da Família da Família da Universidade Federal do Maranhão

Comitê de Ética em Pesquisa do
Hospital Universitário da
Universidade Federal do Maranhão
Endereço: Rua Barão de Itapary, nº
227,
Centro – São Luís - MA
Telefone: (98) 2109-1000

Rubricas:
Sujeito da Pesquisa:

Pesquisador Responsável:

Pesquisadora de campo:

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Idosos na Quarta Idade

Prezado (a) Sr. (Sra.)

Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Caso isso aconteça, peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

Convidamos o Sr. (a) para participar da Pesquisa intitulada “**Idosos na quarta idade e o cuidador familiar da Estratégia Saúde da Família**”, sob a responsabilidade das pesquisadoras, Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha e Rachel de Jesus Pimentel Araújo do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

O Sr (a) foi selecionado (a) porque é o (a) Sr (a) foi selecionado (a) porque é **Idoso na Quarta Idade e recebe cuidados de um Cuidador Familiar**, porém a sua participação não é obrigatória.

Informações sobre a pesquisa

- a) Objetivo:** Analisar a sobrecarga do cuidador familiar na quarta idade no município de São Bernardo - MA, caracterizar as variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde dos idosos e cuidadores familiares; Identificar a sobrecarga do cuidador familiar de idosos na quarta idade e correlacionar a sobrecarga do cuidador familiar com as suas características socioeconômicas, demográficas e de saúde.
- b) Justificativa:** O Brasil apesar de ter o aumento da expectativa de vida, ocorre também o aumento das doenças crônicas não degenerativas e a população idosa na quarta idade é o principal alvo dessas doenças que podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade desses idosos, dificultando ou impedindo o desenvolvimento de suas atividades cotidianas. O cuidador familiar é inserido nesse contexto como uma ferramenta importante de ajuda a esses idosos, onde a família é considerada como principal pilar de apoio ao idoso em situação de dependência, surgindo o seguinte questionamento: qual a sobrecarga do cuidador familiar destes idosos?
- c) Procedimentos que serão utilizados:** a sua participação ocorrerá um único momento, onde será realizado uma entrevista semiestruturada, que será utilizada um questionário, onde aborda perguntas relacionadas a você

(Idoso), que recebe cuidados de alguém de sua família que é conhecido como Cuidador Familiar estas perguntas são: sua idade, sexo, estado conjugal, número de filhos, escolaridade, moradia, renda e se possui algum problema de saúde.

Comitê de Ética em Pesquisa do
Hospital Universitário da
Universidade Federal do Maranhão
Endereço: Rua Barão de Itapary, nº
227,
Centro – São Luís - MA
Telefone: (98) 2109 -1000

Rubricas:
Sujeito da Pesquisa:

Pesquisador Responsável:

Pesquisadora de campo:

- d) Explicação dos possíveis desconfortos e riscos:** Sr(a), os riscos desta pesquisa será somente de ordem emocional, relacionado ao envolvimento que naturalmente acontece nos momentos das entrevistas, quando surgem sentimentos que podem está relacionada a perguntas formuladas. Sua participação nesse estudo é muito importante e será voluntária. O Sr (a) tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Em caso de o Sr (a) retirar-se do estudo, favor avisar a pesquisadora que está acompanhando-o (a). Caso você desista de participar, será retirado (a) da pesquisa.
- e) Os benefícios esperados nessa participação:** A sua participação neste estudo contribuirá para a compreensão da sobrecarga do cuidador familiar de idosos, possibilitando maior relevância social a partir do momento em que a discussão sobre o tema trará reflexões aos cuidadores familiares de idosos, oportunizando para melhorar a qualidade de vida e assistência aos cuidadores e idosos. A sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Dessa forma, o (a) Sr (a) não será identificado (a) quando o material de sua fala for utilizado, seja para propósitos de publicação científica (apresentação de trabalhos e artigos) ou educativa. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, e o (a) Sr (a) não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo.

O (A) Sr. (Sra.) pode fazer perguntas a respeito da pesquisa, sempre que achar necessário. Caso queira mais esclarecimentos a respeito da pesquisa ou se surgir alguma dúvida, entre em contato com a Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, na Avenida dos Portugueses, 1966, Bacanga - CEP 65080-805 São Luís-MA, pelo telefone 3301-9701, ou 8159961 e-mail anahsardinha@ibest.com.br, ou com Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA, na Rua Barão de Ipaty nº 227, Cento, 65.020-070, São Luis - MA. telefone 2109-1250 Este termo será rubricado em todas as folhas e assinado em duas vias, ficando uma delas com o Sr. (Sra.).

Desde já agradecemos sua colaboração.

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a fala utilizada nestas informações do estudo foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmo também que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

São Bernardo, MA ____ de _____ de 2016.

Pesquisadora Dr^a. Ana Hélia de Lima Sardinha Pesquisadora Rachel de Jesus Pimentel Araújo

Professora do Mestrado Profissional em Saúde Mestranda em Saúde da Família da Família da Universidade Federal do Maranhão

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
Endereço: Rua Barão de Itapary, nº 227,
Centro – São Luís - MA
Telefone: (98) 2109-1000

Rubricas:
Sujeito da Pesquisa:

Pesquisador Responsável:

Pesquisadora de campo:

ANEXOS

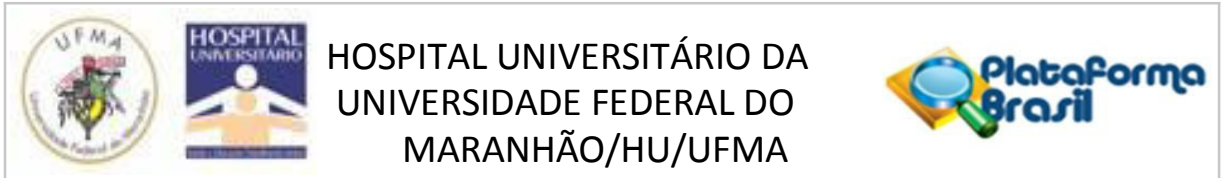
ANEXO A - ESCALA DE ZARIT BURDEN INTERVIEW (ZBI)

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que refletem como as pessoas, algumas vezes, podem se sentir quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr./Sra se sente em relação ao que está sendo perguntado, usando nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre para indicar a frequência com que se sente daquela maneira. Não existem respostas certas ou erradas. Por favor, responda as questões abaixo, pensando com que frequência o Sr./Sra. se sentiu desta forma nos últimos 30 dias em relação ao seu familiar.

0 – Nunca 1 - Raramente 2 - Algumas vezes 3 – Frequentemente 4 – Sempre.

1. O Sr./Sra. sente que o idoso(a) pede mais ajuda do que realmente necessita?	0	1	2	3	4
2. O Sr./Sra. sente que por causa do tempo que gasta com o idoso(a) não tem tempo suficiente para si mesmo?					
3. O Sr./Sra. se sente estressado por ter que cuidar do idoso(a), além de ter suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O Sr./Sra. se sente envergonhado com o comportamento do idoso(a)					
5. O Sr./Sra. se sente irritado(a) quando Nome do idoso(a) está por perto?					
6. O Sr./Sra. sente o idoso(a) afeta negativamente seus relacionamentos com amigos e outros membros da família?					
7. O Sr./Sra. teme pelo futuro do idoso(a)?					
8. O Sr./Sra. sente que o idoso(a) depende do Sr./Sra.?					
9. O Sr./Sra. se sente tenso(a) quando idoso(a) está por perto?					
10. O Sr./Sra. sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com o idoso(a)?					
11. O Sr./Sra. sente que não tem tanta privacidade quanto gostaria?					
12. O Sr./Sra. sente que sua vida social tem sido prejudicada por causa do idoso(a)?					
13. O Sr./Sra. não se sente à vontade para receber visitas em casa por causa do idoso(a)?					
14. O Sr./Sra. sente que o idoso(a) espera que o(a) Sr./Sra. cuide dele(a), como se fosse a única pessoa de quem ele(a) possa depender?					
15. Sente que o Sr./Sra. não tem dinheiro suficiente para cuidar do idoso(a), levando-se em conta suas outras despesas?					
16. O Sr./Sra. se sente incapaz de cuidar do idoso(a) por muito mais tempo?					

17. O Sr./Sra. sente que perdeu o controle de sua vida, a partir da doença do idoso(a)?					
18. O Sr./Sra. gostaria que outra pessoa passasse a cuidar do idoso(a)?					
19. O Sr./Sra. sente dúvida em relação ao que fazer com o idoso(a)?					
20. O Sr./Sra. sente que deveria fazer por o idoso(a) mais do que faz?					
21. O Sr./Sra. acha poderia cuidar melhor do idoso(a)?					
22. O Sr./Sra. finalmente sente-se muito sobrecarregado por cuidar de do idoso (a)?.					

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** IDOSOS NA QUARTA IDADE E O CUIDADOR FAMILIAR**Pesquisador:** Ana Hélia de Lima**Sardinha Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 50853115.4.0000.5086**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA **Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 1.382.604**Apresentação do Projeto:**

A população mundial está envelhecendo. Decorrente desse cenário, o Brasil tem uma projeção, para o ano de 2025, de ser o sexto país em número de idosos. O Estado do Maranhão é o segundo Estado brasileiro com esta população. Com o aumento da longevidade, há também o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, ocasionando ao idoso maior dependência, sendo que o idoso na quarta idade é o principal alvo dessas doenças. Surge diante deste contexto o cuidador familiar, já que o idoso necessita, na maioria das vezes, de um cuidador para ajudá-lo nas atividades do auto cuidar. Com o objetivo analisar a sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos na quarta idade, na Estratégia de Saúde da Família em São Bernardo - MA, será realizado um estudo analítico,

descritivo, de abordagem quantitativa. Para coleta de dados, será utilizada uma entrevista para caracterização socioeconômica e de saúde do idoso e cuidador e a escala de Zarit Burden Interview (ZBI), para avaliar a sobrecarga do cuidador familiar. O estudo será realizado em 03 Unidades da Estratégia de Saúde da Família, todas localizadas na zona urbana no município de São Bernardo -MA. Essas Unidades foram selecionadas por possuírem um grande número de idosos, ou seja, com 1080 idosos, perfazendo 50% dos idosos cadastrados e acompanhados no município, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2014). Dessa forma, foram selecionadas 01 unidade de Saúde da Estratégia de Saúde da Família Faveira (363 idosos), 01 unidade da ESF Nilza Coelho Lima (311 idosos) e 01 Unidade da ESF Bernardo Coelho de Almeida com 406 idosos. Após a coleta, os dados serão digitados no programa Stata com análise dos dados, considerando-se os números absolutos, percentuais e os resultados da pesquisa serão dispostos em tabelas e gráficos. Financiamento Próprio.

Objetivo da Pesquisa:

- Objetivo Primário:

Analisar a sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos na quarta idade, na Estratégia de Saúde da Família em São Bernardo - MA.

- Objetivo Secundário:

- a) Caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico e de saúde dos idosos e cuidadores familiares;
- b) Identificar a sobrecarga do cuidador familiar de idosos na quarta idade;
- c) Correlacionar a sobrecarga do cuidador familiar com as condições socioeconômicas, demográficas e de saúde do idoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, os riscos da referida pesquisa serão de ordem emocional aos participantes, relacionados ao envolvimento que naturalmente

acontece nos momentos das entrevistas, quando surgem sentimentos que podem estar relacionados às perguntas formuladas. Em relação aos benefícios relatam que estão associados à relevância social a partir do momento em que a discussão sobre o tema trará reflexões aos cuidadores familiares de idosos na quarta idade oportunizando para melhorar a qualidade de vida e assistência aos cuidadores e idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho relevante, pois pretende analisar a sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos na quarta idade, na Estratégia de Saúde da Família. A apresentação dos resultados permitirá maior conhecimento e embasamento para os profissionais da ESF, proporcionando o estabelecimento de ações para melhoria da qualidade de vida e assistência aos cuidadores e idosos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo cumpre com as exigências da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares em relação aos "Termos de apresentação obrigatória": Folha de rosto, Projeto de pesquisa original na íntegra, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Anuência dos pesquisadores, Orçamento, Cronograma, Declaração de responsabilidade financeira, Termo de compromisso na utilização dos dados, divulgação e publicação dos resultados da pesquisa.

Recomendações

Sugerimos que ao final do estudo, os resultados sejam compartilhados com os membros da Estratégia Saúde da Família de São Bernardo-MA, mantendo os sujeitos da pesquisa anonimizados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas à plataforma encaminhada ao CEPHUUFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O pesquisador deve: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP quando solicitado; e encaminhar os resultados para publicação sejam eles favoráveis ou não e justificar ao CEP caso haja interrupção do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_621492.pdf	17/12/2015 16:21:55		Aceito
Outros	carta.pdf	17/12/2015 16:20:07	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEldoso.pdf	17/12/2015 16:16:42	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcuidador.pdf	17/12/2015 16:14:21	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	10/11/2015 20:58:13	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/11/2015 20:57:48	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	10/11/2015 20:52:58	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	10/11/2015 20:35:47	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	responsabilidade.pdf	10/11/2015 18:24:12	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito

Outros	financeiro.pdf	10/11/2015 18:23:06	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	termo.pdf	10/11/2015 18:22:31	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	autoriza.pdf	10/11/2015 18:20:01	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	10/11/2015 17:51:35	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 30 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)