

# ASSISTÊNCIA DOMICILIAR AO IDOSO E SUA FAMÍLIA CUIDADORA NO CONTEXTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

artigo de revisão

Luciana Araújo dos Reis\*  
Edméia Campos Meira\*\*  
Andréa dos Santos Souza\*\*\*  
Camila Calhau Andrade\*\*\*\*  
Daniela Soares Aguiar\*\*\*\*\*

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo conhecer as necessidades evidenciadas no processo de cuidado ao idoso doente e/ou fragilizado no contexto da assistência domiciliar na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde no município de Jequié-Bahia. Trata-se de um estudo exploratório descritivo realizado na Cidade Jequié/BA, com 28 cuidadores de idosos doente e/ou fragilizados. Utilizou-se como instrumento o Questionário de Perfil da Família Cuidadora/QPFC, sendo os dados analisados de maneira descritiva. O estudo possibilitou a caracterização do cuidado domiciliar como componente essencial na promoção de qualidade de vida das pessoas idosas. Logo conclui-se que a responsabilidade de cuidar do idoso é prioritariamente da família, mas na falta de condições adequadas para a realização de tal atividade o Estado deve oferecer apoio, e suporte ao cuidado em ambiente domiciliar, conjuntura legitimada pelo arcabouço legal brasileiro.

**Palavras-chave:** Idoso. Assistência Domiciliar. Políticas Públicas.

---

\*Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde. Docente Adjunta do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Email: lucianauesb@yahoo.com.br.  
\*\*Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente Adjunta do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Email: edmeiameira@yahoo.com.br.  
\*\*\*Enfermeira. Mestre e doutoranda em Enfermagem/UFBA. Docente Adjunta do Departamento de Saúde da UESB. Email: andre\_souza@hotmail.com.  
\*\*\*\*Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde/UESB. Email: lucianareisfainor@gmail.com.  
\*\*\*\*\*Enfermeira. Email: cianareis@hotmail.com.

---

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é considerado qual a parcela da população acima dos 60 um fenômeno de amplitude mundial, no anos cresce mais do que qualquer outra

faixa etária, estimando que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas idosas (WHO, 2005). O envelhecimento da população traz como consequência uma maior carga de doenças, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde. No Brasil, o quadro de mortalidade específico de uma população jovem se transforma em um cenário de doenças complexas e de custo elevado, típicas de países com uma maior expectativa de vida, marcado por patologias crônicas e múltiplas que perduram por anos, com necessidade de exames periódicos, medicação contínua e a exigência de cuidados constantes (FERNANDEZ; JULIEN, 2010).

Nesse contexto, surge a necessidade do cuidador familiar para amparar o idoso no domicílio, com o objetivo de atender às necessidades de autocuidado da pessoa idosa dependente e promover estabilização e qualidade de vida para a mesma, em um intervalo de tempo que pode variar do diário e contínuo até prolongado (PÁRRAGA, 2005). A questão é que nem sempre a família tem estrutura e preparo para oferecer suporte ao processo de envelhecimento: muitas vezes falta o mínimo para a sobrevivência.

Assim, apoio psicológico, alimentação saudável, adequações físicas no domicílio, como barras de proteção no banheiro e substituição de degraus por rampas, tornam-se necessidades difíceis de serem supridas numa família onde os indivíduos não tem estrutura psicológica, a alimentação é escassa, e o domicílio não tem condições mínimas de conforto.

O padrão de cuidado estruturado aloca a família no centro do cuidado a todos os que possuem algum tipo de dependência ou imitação e a responsabiliza pelos mesmos. Ao longo da história, em quase todas as sociedades, a responsabilidade pelo cuidado às gerações mais velhas é imputada aos descendentes (NERI, 2006).

Esse cuidado foi especificamente designado às mulheres, por questões culturais ao longo da história. Desde a pré-história – período em que a sociedade era matriarcal - a mulher se responsabiliza por tal atividade, e esta foi sendo atribuída por normas sociais e familiares, fortalecendo a ideia que o papel de cuidar é uma especificidade feminina (REZENDE, 2010; GONÇALVES, 2011).

Do modelo histórico de cuidado advém a compreensão de que o lugar mais adequado para a pessoa idosa é

unido a sua família, desconsiderando que a mesma é uma instituição idealizada. O seio familiar é palco de disputa de poder entre gêneros e gerações além de atravessar inúmeras transformações (CAMARANO et al., 2010). Além disso, o cuidado familiar é marcado por apoio e orientação insuficientes do Estado, em decorrência da baixa implementação das políticas e dos programas voltados ao cuidador formal domiciliar.

Além de fortalecer o cuidado domiciliar, no país, o desafio para o século é proporcionar suporte de qualidade de vida para um contingente de mais de 32 milhões de pessoas idosas, em sua grande parte de nível socioeconômico e educacional baixo e com alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (ZOBOLI, 2007). E como a família pode suprir essas necessidades especiais advindas do envelhecimento se muitas vezes não tem o mínimo para a sua sobrevivência?

Para o cuidado adequado a pessoa idosa torna-se imprescindível o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde que levem em conta a amplitude e a austeridade dos seus problemas funcionais, tornando-se assim factíveis e

harmônicos com as reais necessidades dos indivíduos nessa etapa da vida.

A perda da autonomia para a realização das atividades do cotidiano indica a necessidade de proteção social a qualquer indivíduo. As políticas que tratam dessas dimensões são as de geração de renda e as de cuidados de longa duração. Os principais benefícios a que os idosos brasileiros têm acesso fazem parte do sistema de seguridade social, de cunho universal. Nele, estão contidas as ações destinadas a assegurar os direitos à previdência, à saúde e à assistência social (CAMARANO et al., 2010).

Este estudo surge então com o propósito de retratar os cuidados prestados a pessoa idosa em contexto domiciliar e a conformidade com as diretrizes estabelecidas em lei no âmbito da assistência domiciliar. Trata-se, portanto, de relacionar a distância entre a proposta representada pelas leis de proteção ao idoso e a prática social do sistema público de saúde vigente observada aqui através realidade de cuidado vivida pelos idosos.

Este estudo tem a intenção de contribuir para a reflexão dos profissionais de saúde quanto à efetivação do cuidado domiciliar ao idoso por parte da atenção

básica, tendo em vista a importância desses profissionais na exigência e na realização desse tipo de cuidado. Além disso, essa ação viabiliza e dá suporte ao cuidado integral e de qualidade por parte da família. Nesta perspectiva, este estudo tem por objetivo: a) Conhecer as necessidades evidenciadas no processo de cuidado ao idoso doente e/ou fragilizado no contexto da assistência domiciliar na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde no município de Jequié-Bahia.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo realizado nos domicílios de idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde, situada no município de Jequié/BA. A amostra foi constituída de 28 cuidadores principais de idosos denominados doente e/ou fragilizado.

Aqui foi considerado idoso doente e/ou fragilizado seguindo o critério de Fried et al. (2004), baseando-se em 5 indicadores: perda não intencional de massa corporal magra numa proporção superior a 5% no último ano, perda de força de preensão palmar, auto-relato de exaustão, velocidade e capacidade de

marcha baixas e baixo nível de atividades físicas.

No presente estudo, foi considerada frágil aquela pessoa idosa que apresentou três ou mais dos componentes de fragilidade. Indivíduos que apresentaram um ou dois dos itens mencionados foram excluídos da amostra por serem apreciados na classificação “Em risco de Fragilidade/Pré-frágil”, e o que não completou nenhum dos quesitos foi classificado como “Não Frágil ou robusto” (FRIED et al., 2004).

Foi selecionado para a pesquisa, como cuidador, o familiar que se responsabiliza pelos cuidados prestados ao idoso no domicílio, mesmo nos casos em que não é único e tem familiares que o ajudam.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada contendo um roteiro de questões. Para traçar a representação do cuidador foi aplicado o Questionário de Perfil da Família Cuidadora – QPFC (DEL DUCA; THUME; HALLAL, 2011) que trata na primeira parte da identificação do familiar cuidador principal, destacando as variáveis sociodemográficas, o estado de saúde e a qualidade de vida; na segunda parte aborda as características do estado

de saúde do idoso em cuidado e necessidades envolvidas; e na terceira busca a identificação do contexto da relação do cuidador com a pessoa idosa cuidada.

Os dados foram analisados de maneira descritiva com base nos números absolutos e índices percentuais a partir dos princípios da estatística descritiva por meio do Programa Estatístico SPSS versão 15.0. Esta pesquisa se deu em conformidade com as determinações da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo CONEP Protocolo nº 251/2008.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Na distribuição dos cuidadores por faixa etária, duas chamam atenção: A daqueles com mais de 71 anos, que são 32,14% deles e que significa idoso cuidando de idoso, seguidos das pessoas no grupo etário entre 51 e 60 anos, na fase pré-idosa, que representam 21,42% do número total. O cuidado também é aqui caracterizado como uma prática eminentemente feminina ao representar 67,85% da amostra. Tal resultado corrobora com estudos que consideram

que a mulher segue uma “carreira de cuidadora”, devendo cuidar do esposo, filhos, pais e demais familiares ao longo dos anos (SOMMERHALDER, 2001; REZENDE; 2010; GONÇALVES, 2011). Quanto ao grau de parentesco pode-se observar que os cuidadores são em maioria cônjuges (35,71%) ou filhos (32,71%).

O cuidado dispensado pelo cuidador principal se dá de forma permanente em 82,14% das famílias entrevistadas, seguido daqueles que estabelecem turnos fixos de trabalhos entre os familiares. O cuidador principal tem familiares que o ajudam em 57,14% dos casos, sendo este cuidado em sua maioria (39,28%) realizado por um único cuidador.

Quando se observa o número de horas de cuidado diário, tem-se na amostra 100% de idosos que demandam de mais de 5 horas segundo avaliação dos cuidadores. Na observação do tempo de cuidado em anos, 57,14% dos cuidadores principais referem dedicação ao idoso há mais de 10 anos.

Observa-se que 92,85% do cuidadores prestam cuidados pessoais e ajuda em tarefas domésticas. Por cuidados pessoais entendem-se ajudas

no banho, no vestir a roupa, no alimentar-se, no caminhar, acomodar-se na cama etc.; ajuda em tarefas domésticas compreende atividades como cozinhar, lavar, passar, fazer faxina, fazer compras etc. 96,42% dos cuidadores oferecem suporte financeiro ou ajuda na administração financeira, atividade que compreende pagar contas, fazer compras etc.

A partir desses resultados evidencia-se uma sobrecarga de atividades na rotina dos familiares cuidadores, o que pode trazer impactos importantes em sua vida. É comum, por exemplo, observarmos prejuízos na qualidade de vida e no horizonte de futuro de quem cuida, com demonstrações e expressões de falta de perspectivas de vida, muitas vezes diretamente proporcional ao quadro clínico ou nível de dependência do idoso que é cuidado (OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012; SENA; GONÇALVES, 2008).

Nos quesitos comportamentais “não consegue achar as coisas” mais da metade dos cuidadores tem percebido que tem acontecido, mas apenas metade deles se importa de alguma forma com essa dificuldade do idoso. Quando se trata de “juntar coisas inúteis”, 82,14%

afirmam que os idosos o fazem, situação com a qual, 82,14% se importam de alguma forma. 82,14% dos cuidadores afirmam ainda que os idosos repetem as mesmas histórias, demonstrando algum grau de estresse na mesma proporção.

O idoso se esquece de fazer coisas rotineiras, como tomar remédio em 85,71% segundo seu cuidador, situação com a qual se importam em mesma proporção. Com relação à alimentação inadequada, os cuidadores afirmam que 60,71% “comem o que não devem”, situação que incomoda a mesma proporção de cuidadores.

Em se tratando de higiene, os cuidadores responderam que metade dos idosos não se importa com limpeza, situação com a qual metade dos cuidadores se importam de alguma forma; sobre a higiene pessoal, os cuidadores relatam que 67,85% dos idosos não gostam de tomar banho. 32,14% dos idosos se suja na roupa com urina e fezes, chateando seus cuidadores na mesma proporção.

Com relação às alterações que o idoso tem no sono já os idosos costumam dormir durante o dia e muitas vezes interrompem o descanso noturno do cuidador para atender os idosos.

Os idosos apresentam agressão física em pequena proporção (10,71%), o que incomoda muito a mesma porcentagem de cuidadores. A agressão verbal por sua vez é mais comum: acontece em 53,57% e aborrece a mesma porcentagem de cuidadores. Nas duas situações, relatam não se incomodar apenas os que não sofrem violência verbal nem física.

Situações de reclusão como querer ficar sempre no quarto escuro não é tão comum, representando 14,28% da amostra segundo relatos dos cuidadores, mas todos eles se incomodam com este costume dos idosos. Não querer sair de casa é um costume de uma parcela um pouco maior – 32,14% - tendo como razões medo de cair na rua e não gostar de interagir com estranhos ou pessoas conhecidas entre outras. A proporção de cuidadores que se importa com tal comportamento é menor que a proporção em que acontece – 28,57%.

Outro comportamento de isolamento social é apontado pelos cuidadores de 10,71% dos idosos: a de não querer sair da frente da TV, circunstância com a qual se importam em todos os casos. Além disso, 75% dos

idosos se queixam de tristeza e 60,71% vivem chorando.

Em relação à instabilidade postural e à alteração da marcha, 21,42% cai e acidenta-se com frequência, sendo que os cuidadores se importam com tais acontecimentos na mesma proporção em que estes acontecem.

Mais da metade – 53,57% - toma medicamentos por conta própria, mas apenas metade dos cuidadores se importa de alguma forma com isso. Entretanto, a automedicação em idosos pode trazer consequências graves e deve ser considerada. Isso porque em se tratando da fisiologia humana, a população idosa apresenta particularidades farmacocinéticas e farmacodinâmicas que as tornam mais vulneráveis a efeitos adversos e/ou a redução da eficácia terapêutica (COELHO-FILHO, 2004; NEVES et al., 2013).

Em relação ao comprometimento cognitivo avaliado neste instrumento com a expressão “Não diz coisa com coisa”, 32,14% dos idosos se encaixaram nessa característica; a mesma proporção de cuidadores se incomoda com o desempenho cognitivo alterado.

O comportamento “se veste com roupas coloridas demais para a sua idade” não foi apontado por nenhum dos cuidadores como comportamento dos idosos. Percebe-se que, de modo geral, os cuidadores se importam com comportamentos repetidos e dificuldades que os idosos apresentam e tem alguma repercussão na sua própria vida, se importando pouco com situações que dificultam apenas os idosos ou que acontecem com menor frequência.

A análise da situação de repetição de comportamentos comuns dos idosos e o respectivo incômodo causado ao cuidador permite inferir que há um risco iminente para maus tratos, como agressividade verbal.

**Quadro 1-** Distribuição de presença de comportamentos comuns de idosos doentes e/ou fragilizados e respectivo incômodo causado ao seu cuidador. Jequié-BA, 2014.

| Comportamentos               | Se frequente (%) |       |          | O quanto incomoda o cuidador (Grau de estresse do cuidador) (%) |          |       |       |
|------------------------------|------------------|-------|----------|---|----------|-------|-------|
|                              | Sim              | Não   | Não sabe | Muito   | Bastante | Pouco | Nada  |
| Não consegue achar as coisas | 53,57            | 46,42 | -        | 7,14  | 14,28    | 28,57 | 50,00 |
| Junta coisas inúteis         | 82,14            | 17,86 | -        | 14,28   | 28,57    | 39,28 | 17,86 |
| Come o que não deve          | 60,71            | 35,71 | 3,57     | 14,28   | 14,28    | 32,14 | 39,28 |
| Não se importa com limpeza   | 50,00            | 46,42 | 3,57     | 10,71   | 28,57    | 10,71 | 50,00 |

|   |       |        |      |       |       |       |        |
|---|-------|--------|------|-------|-------|-------|--------|
| Repete continuamente as mesmas histórias                  | 82,14 | 17,86  | -    | 14,28 | 28,57 | 39,28 | 17,86  |
| Não gosta de tomar banho                                  | 67,85 | 32,14  | -    | 50,00 | 10,71 | 7,14  | 32,14  |
| Tem alterações de sono                                    | 89,28 | 10,71  | -    | 10,71 | 35,14 | 42,84 | 10,71  |
| Se esquece de fazer coisas rotineiras, como tomar remédio | 85,71 | 14,28  | -    | 39,28 | 25    | 21,42 | 14,28  |
| Quer ficar sempre no quarto escuro                        | 14,28 | 82,14  | 3,57 | 3,57  | 3,57  | 10,71 | 82,14  |
| Se perde na rua ou dependências da casa                   | 35,71 | 60,71  | 3,57 | 14,28 | 10,71 | 10,71 | 60,71  |
| É agressivo(a) verbalmente com os outros                  | 53,57 | 46,42  | -    | 28,57 | 14,28 | 10,71 | 46,42  |
| É agressivo(a) fisicamente com os outros                  | 10,71 | 89,28  | -    | 10,71 | -     | -     | 89,28  |
| Não quer sair de casa                                     | 32,14 | 67,85  | -    | 3,57  | 3,57  | 21,42 | 71,43  |
| Se suja na roupa com urina e fezes                        | 32,14 | 67,85  | -    | 14,28 | 10,71 | 7,14  | 67,85  |
| Se veste com roupas coloridas demais para a sua idade     | -     | 100,00 | -    | -     | -     | -     | 100,00 |
| Não diz coisa com coisa                                   | 32,14 | 67,85  | -    | 14,28 | 10,71 | 7,14  | 67,85  |
| Só se queixa de sua situação                              | 75,00 | 25,00  | -    | 35,71 | 28,57 | 10,71 | 25,00  |
| Vive chorando   | 60,71 | 39,28  | -    | 35,71 | 17,86 | 7,14  | 39,28  |
| Toma medicamentos por conta própria                       | 53,57 | 46,42  | -    | 14,28 | 17,86 | 17,86 | 50,00  |
| Vive caindo e acidentando-se                              | 21,42 | 78,57  | -    | 10,71 | 7,14  | 3,57  | 78,57  |
| Não quer sair da frente da TV                             | 10,71 | 89,28  | -    | 3,57  | 3,57  | 3,57  | 89,28  |

Fonte: Dados da pesquisa (2014)

O Quadro 2 apresenta dependência de 89,29% dos idosos para tomar refeições, o que incomoda o cuidador em menor proporção do que acontece – 71,43%. A ajuda para tomar banho se faz



necessária também para 89,29% dos idosos, mas incomoda uma mesma porcentagem de cuidadores. Para o preparo da refeição dos idosos e limpeza e arrumação da casa, a mesma porcentagem citada anteriormente apresenta dependência, respectivamente, 78,58% e 75% de seus cuidadores se incomodam em realizar tais atividades pelos idosos.

Atividades como vestir e desvestir roupas e caminhar/locomover-se requerem ajuda para 96,43% dos idosos, situação com a qual 89,29% dos cuidadores demonstram estresse. Nos casos de incontinência urinária (17,86%) todos os cuidadores responsáveis pela troca de fraldas se importam em desempenhar tal atividade.

Auxílio é necessário nas atividades de locomoção no domicílio como deslocar-se da cama, da cadeira, voltar e chegar a tempo no sanitário para 85,72% e 64,29% dos idosos respectivamente. Prestar essa ajuda incomodando menores parcelas de cuidadores: 78,57% e 57,15%.

Para sair para fazer compras (alimentos, roupas...) e usar o telefone 92,89% e 78,57% dos idosos são dependentes, tarefas que incomodam

82,14% e 64,29% dos cuidadores respectivamente.

Para alguns aspectos 100% dos idosos necessitam de ajuda, tais como cuidados da própria aparência (pentear-se, barbear-se, escovação de dentes...), tomar condução (ônibus, táxi, ou dirigir o próprio carro), lidar com as próprias finanças (pagamentos, assinar cheques, receber aposentadoria etc.) e incomodam 89,29% dos cuidadores. Outras necessidades que toda a amostra apresenta é a de ajuda para administrar a própria vida e tomar a própria medicação, com a qual os cuidadores se incomodam nas respectivas proporções: 85,72% e 92,86%.

**Quadro 2** - Distribuição de atividades de vida diária do idoso que necessitam de ajuda do cuidador e as reações de incomodo respectivas causadas ao cuidador. Jequié-BA, 2014.

| Atividades do Dia A<br>Dia   | O quanto o idoso necessita de ajuda (%) |       |          |       | O quanto incomoda o cuidador (Grau de stress do cuidador) (%) |          |       |       |
|--|---|-------|----------|-------|---|----------|-------|-------|
|  | Sempre                                  | Muito | Às vezes | Nunca | Muito   | Bastante | Pouco | Nada  |
| Tomar refeições  | 32,14                                   | 7,14  | 42,85    | 10,71 | -   | 17,86    | 53,57 | 28,57 |
| Vestir e desvestir roupas  | 46,49                                   | 25,00 | 25,00    | 3,57  | -   | 14,28    | 82,14 | 10,71 |
| Cuidados da própria aparência (pentear-se, barbear-se, escovação de dentes...) | 50,00                                   | 21,42 | 28,57    | -     | 7,14  | 14,28    | 67,85 | 10,71 |

|   |       |       |       |       |       |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Caminhar/locomover-se   | 53,57 | 17,86 | 25,00 | 3,57  | 7,14  | 21,42 | 60,71 | 10,71 |
| Deslocar-se da cama, da cadeira, voltar ...   | 28,57 | 39,28 | 17,86 | 14,28 | 7,14  | 14,28 | 57,14 | 21,42 |
| Tomar banho   | 50,00 | 21,42 | 17,86 | 10,71 | 39,28 | 28,57 | 21,42 | 10,71 |
| Chegar a tempo no sanitário   | 17,86 | 17,86 | 28,57 | 35,71 | 3,57  | 7,14  | 46,42 | 42,85 |
| Trocar fraldas no caso de incontinência urinária                                      | 14,28 | 3,57  | -     | 82,14 | 10,71 | -     | 7,14  | 82,14 |
| Sair para fazer compras (alimentos, roupas...)  | 85,71 | 3,57  | 3,57  | 7,14  | 7,14  | 10,71 | 64,28 | 17,86 |
| Preparar a própria refeição   | 78,57 | 7,14  | 3,57  | 10,71 | 10,71 | 14,28 | 53,57 | 21,42 |
| Fazer limpeza e arrumação da casa   | 78,57 | 7,14  | 3,57  | 10,71 | 7,14  | 21,42 | 46,42 | 25,00 |
| Tomar a própria medicação   | 78,57 | 10,71 | 10,71 | -     | 46,42 | 25,00 | 21,42 | 7,14  |
| Usar o telefone   | 50,00 | 14,28 | 14,28 | 21,42 | 7,14  | 14,28 | 42,85 | 35,71 |
| Tomar condução: ônibus, táxi, ou dirigir o próprio carro                              | 78,57 | 14,28 | 7,14  | -     | 17,86 | 28,57 | 42,85 | 10,71 |
| Lidar com as próprias finanças: pagamentos, assinar cheques, receber aposentadoria... | 78,57 | 10,71 | 10,71 | -     | 17,86 | 32,14 | 39,28 | 10,71 |
| Administrar (tocar) a própria vida  | 82,14 | 10,71 | 7,14  | -     | 17,86 | 17,86 | 50,00 | 14,28 |

Fonte: Dados da pesquisa (2014)

Os cuidadores relatam consequências em suas vidas como redução de tempo de lazer e não ter tempo para cuidar-se com uma parcela de 53,57% em

cada uma das afirmativas. Além disso, 42,85% afirmam encontrar-se sempre cansados, 28,57% não podem trabalhar fora, 25% sentem-se deprimidos e não tem tido tempo para gastar com amigos. Consequências representadas aqui em menor proporção, mas de grande importância são: sentir a saúde piorada com 17,86%, aumento de problemas econômicos e impossibilidade de sair de férias com 14,28% cada.

De fato, assumir a função de cuidador traz responsabilidades que pesam, assustam e podem interferir na qualidade de vida de quem cuida, gerando sentimentos de medo, ansiedade, stress, desmotivações e até mesmo doenças psicossomáticas, o que pode comprometer não só a vida social, mas também a saúde global do familiar cuidador (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Em estudo semelhante realizado anteriormente no mesmo município e usando o mesmo instrumento, o comprometimento com o autocuidado foi apontado por 22,5% de cuidadores de idosos doentes e/ou fragilizados, cuidadores dizendo não ter mais tempo para cuidar de si próprios. Foi observado ainda que 43,1% dos cuidadores tiveram que reduzir seu tempo de lazer, 33,6%

encontravam-se sempre cansados, 24,1% não podiam sair de férias e 22,4% sentiam sua saúde piorada (VILELA et al., 2006).

É possível perceber algumas variações como o aumento significativo na proporção de cuidadores que afirmam não ter tempo para desenvolver atividades de autocuidado e um aumento de aproximadamente 10 pontos percentuais nos quesitos “tive que reduzir o meu tempo de lazer” e “encontre-me sempre cansado”. Nas afirmativas “Não tenho podido sair de férias” e “sinto minha saúde piorada” houve uma diminuição de 10% e 4,5% respectivamente. O presente estudo, assim como o citado anteriormente demonstram que o processo de cuidado ao idoso em contexto domiciliar pode ter relação com o surgimento de limitações na vida diária do cuidador, além de riscos à saúde e ao bem estar.

**Quadro 3** - Distribuição de consequências cotidianas para o cuidador decorrentes do processo de cuidado aos idosos doentes e/ou fragilizados. Jequié-BA, 2014.

| Consequências   | %     |
|---|-------|
| Não posso trabalhar fora  | 28,57 |
| Tive que deixar meu trabalho  | -     |
| Tive que reduzir a jornada de trabalho  | -     |
| Tive que reduzir meu tempo de lazer   | 53,57 |
| Não tenho podido sair de férias   | 14,28 |
| Não tenho podido cuidar de outras pessoas como gostaria, a exemplo de filhos, netos ... | 28,57 |
| Tenho tido conflitos com o cônjuge  | 14,28 |
| Não tenho mais tempo para gastar com amigos(as)   | 25,00 |

|                                      |       |
|--------------------------------------|-------|
| Não tenho tido tempo para cuidar-me  | 53,57 |
| Encontro-me sempre cansado(a)        | 42,85 |
| Sinto-me deprimido(a)                | 25,00 |
| Aumentaram meus problemas econômicos | 14,28 |
| Sinto a minha saúde piorada          | 17,86 |
| Outras.                              | -     |

Fonte: Dados da pesquisa (2014)

Aqui se observa que a maioria do cuidadores afirma ter uma relação de grande intimidade e afeto com idoso cuidado, somando 82,14% entre os que apreciam que a relação tem melhorado (21,41%), os que ponderam que a relação segue igual (50%) e os que avaliam que a relação tem piorado (10,71%), assim, apenas 17,86 consideram que o relacionamento é normal, conforme o vínculo familiar, dentre os quais 7,14% expõem melhoria no relacionamento e 10,71% relatam pioras no relacionamento.

Nenhum dos cuidadores caracterizou sua relação com o idoso sendo cuidado como distante e fria, problemática e conflituosa, apenas como de grande intimidade e afeto e normal, conforme o vínculo familiar o que caracteriza a relação positiva de forma geral.

Desse modo, entendemos que assumir-se como cuidador familiar principal requer além de responsabilidades, habilidades e conhecimentos específicos acerca das patologias e agravos a que está

suscetível o idoso, ser desprovido de preconceitos e barreiras pessoais que dificultem a relação com a pessoa idosa fragilizada.

A partir dessa reflexão, é possível inferir que a realidade do cuidado de idosos no país constitui-se em um processo dinâmico que envolve sentimentos, conhecimentos, comportamentos e atitudes de todos que interagem com o ser receptor do cuidado (CARBONI; REPPETTO, 2007).

**Quadro 4** - Distribuição de respostas acerca da relação existente anteriormente ao cuidado entre idoso e cuidador e evolução do relacionamento percebida entre cuidadores de idosos doentes e/ou fragilizados. Jequié-BA, 2014.

| Relação antes do cuidado            | Evolução do relacionamento |                 |                 | Total (%) |
|-------------------------------------|----------------------------|-----------------|-----------------|-----------|
|                                     | Tem melhorado (%)          | Segue igual (%) | Tem piorado (%) |           |
| De grande intimidade e afeto        | 21,41                      | 50,00           | 10,71           | 82,14     |
| Normal, conforme o vínculo familiar | 7,14                       | -               | 10,71           | 17,86     |
| Distante e fria                     | -                          | -               | -               | -         |
| Problemática, conflituosa           | -                          | -               | -               | -         |
| Outra forma.                        | -                          | -               | -               | -         |
| Total                               | 28,57                      | 50,00           | 21,42           | 100,0     |

Fonte: Dados da pesquisa (2014)

Na distribuição das razões para ser o cuidador principal do idoso, a maior parcela se identifica com as afirmativas “É algo que me dignifica como pessoa” (39,28%) e “A pessoa cuidada é muito

agradecida e isso me gratifica” (28,57%), podendo-se inferir que realizam o cuidado por motivações positivas.

O que preocupa é a parcela que realiza o cuidado na condição de obrigação caracterizada pela afirmativa “Considero que é para mim uma obrigação moral cuidar do idoso que cuida” (25%) e é uma carga excessiva (7,14%).

Normalmente as famílias com idosos fragilizados possuem um membro que é intitulado ou se auto intitula cuidador principal, assumindo, portanto, as principais atividades necessárias para promoção do bem-estar, saúde e qualidade de vida de quem envelhece. Desse modo, percebe-se que a sobrecarga de atividades contribui para a percepção de obrigação e trabalho árduo no cuidado ao outro.

**Quadro 5** - Distribuição das razões com as quais o cuidador identifica a relação de cuidar do idoso doente e/ou fragilizado. Jequié-BA, 2014.

| Razão para ser cuidador  | %     |
|--|-------|
| Considero que é para mim uma obrigação moral cuidar do idoso que cuida         | 25,00 |
| Não há outro remédio se não cuidar dessa pessoa                                | -     |
| É algo que me dignifica como pessoa  | 39,28 |
| Minha família apóia e valoriza esse meu papel                                  | -     |
| É uma carga excessiva  | 7,14  |
| A pessoa cuidada é muito agradecida e isso me gratifica                        | 28,57 |
| Há muita gente de minha roda que acha que eu não deveria fazer esse sacrifício | -     |
| Apóio-me em minhas convicções religiosas                                       | -     |
| Total  | 100   |

Fonte: Dados da pesquisa (2014)

A ajuda e a orientação dos profissionais de saúde dos centros ou postos de saúde onde o idoso é atendido foi relatada em 85,71% dos casos e a principal orientação relatada pelos cuidadores foi sobre o uso correto das medicações e alimentação adequada do idoso. Quando questionados sobre como acontecia o uso da medicação foi observado que realmente se dava como prescrito em prontuário ou receituário médico. Em relação às orientações alimentares, apesar de todos os idosos da amostra possuir hipertensão e alguns serem diabéticos, grande parte não adere a uma dieta adequada para suas patologias. Tal situação sugere a não apreensão das orientações e informações fornecidas pelos profissionais de saúde durante as consultas.

Os cuidadores demonstram interesse em melhorar o cuidado, buscando entender determinadas alterações físicas e comportamentais pertinentes ao envelhecimento, além de doenças crônicas degenerativas que acometem os idosos. O familiar cuidador é um protetor que apesar da impaciência e do cansaço demonstra afeto, podendo-se inferir que o desconforto demonstrado advém da sobrecarga que lhes tem sido

imposta pela situação de cuidado (FREITAS et al., 2006).

Deste modo, entendemos que a família, apesar de ser agente do cuidado de seus membros, em situação de sobrecarga de atividades e cuidados contínuos torna-se fragilizada e também necessita de atenção e cuidado, o que transforma a escuta e a compreensão desse momento, em elementos promotores de bem estar biopsicossocial e amenizadores de sofrimentos e desconfortos.

Assim, é importante que os profissionais de saúde tenham sensibilidade para também cuidar do familiar cuidador, entrelaçando o seu saber técnico, científico e humanístico, contribuindo para que o cuidador suporte bem os momentos de cansaço e stress e aja de modo a atender as necessidades do idoso fragilizado, o que facilita o processo de recuperação e manutenção da saúde (MARCON; ELSÉN, 1999).

Além disso, é de fundamental importância que estes familiares sejam qualificados para o desempenho da função de cuidador. Nesse papel, a instrução e o preparo para a tarefa de zelar do outro não pode se fazer disjunta do cuidado de si próprio.

## **4 CONCLUSÃO**

O cuidado ao idoso doente e/ou fragilizado é um trabalho que deve ser prestado diariamente e que deve ser composto de atividades referentes à capacidade de autocuidado que foi perdida, suprimento de ambiente saudável, ao fornecimento de suporte à todas às atividades ligadas ao dia-a-dia da pessoa além do apoio emocional que deve ser oferecido. A necessidade desse cuidado não depende da idade do indivíduo, mas do grau de fragilização e de perda de sua capacidade funcional e/ou cognitiva devido a uma doença que se apresenta ou se apresentou no passado e deixou seqüelas, além da fragilização decorrente que alguma queda sofrida.

O estudo possibilitou caracterizar o cuidado desenvolvido em ambiente domiciliar como componente essencial na promoção de qualidade de vida das pessoas idosas, do mesmo modo permitiu conhecermos os enfrentamentos e as dificuldades advindos desse processo de cuidado, servindo como subsídio para a tomada de medidas que possam apoiar e estimular o cuidador continuar sua tarefa de cuidado.

O fato de receberem ajuda de outros familiares do idoso, em mais da metade dos casos, pode aliviar a tensão causada pelo cuidado permanente, contribuindo para minimizar o estresse do cuidador. Ainda assim, na conjuntura da vida familiar e com tantos tipos de doenças crônicas não basta que o cuidador assuma o cuidado ao idoso, é vital um suporte institucional e orientações de cuidado específicas para cada situação.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do arcabouço legal e seu uso como instrumento é fundamental para a conquista de direitos dos idosos. A ampliação da Estratégia Saúde da Família também se faz necessária uma vez que o estudo revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a implementação das Políticas de Saúde da Pessoa Idosa.

## **HOUSEHOLD ASSISTANCE TO THE ELDERLY AND YOUR FAMILY IN THE CONTEXT OF CAREGIVER IMPLEMENTATION OF PUBLIC POLICY**

### **ABSTRACT**

*This study aims to meet the needs highlighted in the process of patient care to the elderly and / or frail in the context of home care in the catchment area of a Basic Health Unit in Jequié-Bahia. This is a descriptive exploratory study conducted at City Jequié / BA with 28 caregivers of elderly ill and / or frail. Was used as the instrument Profile Questionnaire Family Caregiver / PFD, and the data were analyzed descriptively. The study enabled the characterization of home care as an essential component in promoting quality of life of older people. Therefore it is concluded that the responsibility of caring for the elderly is a priority of the family, but in the absence of appropriate conditions for the realization of such activity the state should provide support, care and support in the home environment, environment legitimized by the Brazilian legal framework.*

**Keywords:** *Elderly. Home Nursing. Public Policies.*

---

### **REFERÊNCIAS**

- CAMARANO, A. A. et. al. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.
- CARBONI, R. M.; REPPETTO, M. Â. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Paulo, p.251-260, 2007. Disponível em: <[www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a20.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a20.htm)>. Acesso em: 16 jun. 2013.
- COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, aug. 2004.
- DEL DUCA, G.F.; THUME, E.; HALLAL, P.C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.1, p. 113-120, 2011.
- FERNANDEZ, J. L.; JULIEN, F. **Bupa Health Pulse**. Ageing Societies: Challenges and Opportunities, 2010. Disponível em: <<http://www.bupa.com/healthpulse/ageing>>. Acesso em: 20 fev. 2012.
- FREITAS, E.V. et. al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- FRIED, L. P. et. al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved

- targeting and care. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, v.59, n.3, p. 255-263, 2004.
- GONCALVES, L. H. T. et al. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, jun. 2011.
- MARCON, S.S.; ELSÉN, I. A enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde Desenv**, v.1, n.1/2, p. 21-26, 1999.
- NERI, A. **Desenvolvimento e envelhecimento**. Campinas: Papirus, 2006.
- NEVES, S. J. F. et al. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, ago. 2013.
- OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, v.65, n.5, p.829-838, oct, 2012.
- PÁRRAGA, D. M. Quien cuida a los cuidadores? **Enferm Global**, Murcia, n.6, mayo, 2005. Disponível em: <<http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/issue/archive>>. Acesso em: 19 jul. 2013.
- PEDREIRA, L. C.; OLIVEIRA, A. M. S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev.Bras.Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, oct. 2012.
- REZENDE, T.C. et al. Factors of high impacts on the life of caregivers of disabled elderly. **Arch Gerontol Geriatrics**, v.51, v.1, p.76-80, 2010.
- SENA, E. L. S.; GONÇALVES, L. H. T. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. **Texto Contexto – Enferm**, v.17, n.2, p.232-240, june, 2008.
- SOMMERHALDER, C. **Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar**. 2001. 177 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.
- VILELA, A.B. A. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.9, n.1, 2006.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**/World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- ZOBOLI, E. Ética do cuidado: uma reflexão sobre o cuidado da pessoa idosa na perspectiva do encontro interpessoal. **Revista de Saúde Coletiva**, v.4, n.17, p.158-163, 2007.