

Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde dos participantes do curso de cuidadores de idosos do Vale do Jequitinhonha/MG

Nadja Maria Gomes Murta

Lucilene Soares Miranda

Nádia Lúcia Almeida Nunes

Thaís Luz de Almeida

RESUMO: Em decorrência da transição etária brasileira, com conseqüente aumento da população de idosos, bem como da necessidade de profissionais habilitados para prestar cuidados a estes, o presente artigo retrata as condições socioeconômicas, de saúde e o estado nutricional dos participantes do Programa para Habilitação de Cuidadores de Idosos no Vale do Jequitinhonha/MG, fortalecendo assim as pesquisas sobre esta temática.

Palavras-chave: cuidadores; idosos; envelhecimento.

ABSTRACT: *In view of the Brazilian age transition, with the consequent increase in the elderly population, and in light of the need for qualified professionals to take care of the elderly, the article portrays the socioeconomic and health conditions and also the nutritional state of the participants in the Qualification Program for Caregivers of Elderly Individuals, in the region known as Vale do Jequitinhonha, state of Minas Gerais, strengthening the research studies on this theme.*

Keywords: *caregivers; elderly; aging.*

Introdução/ revisão de literatura

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2025 a população idosa do planeta crescerá, proporcionalmente, dezesseis vezes contra cinco vezes da população total. Estes dados alertam para a necessidade de um posicionamento efetivo do Estado e da sociedade, enquanto tecido social, ante essa nova realidade das populações humanas e suas necessidades peculiares (Sena e Chacon, 2006).

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população idosa no Brasil totaliza em números absolutos 15 milhões de indivíduos, o que corresponde a 8,6% da população total do país. O aumento da longevidade é evidente no país e pode ser retratada quando se analisa a mudança na expectativa de vida da população. Nos próximos 20 anos, a população de idosos poderá ultrapassar os 30 milhões e deverá representar quase 13,0% da população brasileira (IBGE, 2002).

A partir da década de 1960, houve um declínio acentuado da fecundidade, levando a um aumento da proporção de idosos na população brasileira. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um quadro caracterizado por enfermidades complexas, próprias das faixas etárias mais avançadas (Gordilho et al., 2000).

Os velhos constituem o segmento que mais utiliza os serviços de saúde. Veras (2001, p. 74) comenta que, em geral, “a insuficiência de serviços ambulatoriais faz com que o primeiro atendimento se dê, frequentemente, em estágios avançados da evolução das enfermidades”.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde, estudos com base populacional têm demonstrado que, no Brasil:

[...] a grande maioria dos idosos – mais de 85% – apresenta pelo menos uma enfermidade crônica e, cerca de 15% pelo menos cinco, sendo a hipertensão arterial a mais prevalente, atingindo quase 60% deste contingente populacional. Esses mesmos estudos populacionais, embora ainda limitados em número, demonstram que 4% a 6% dos idosos apresentam

formas graves de dependência funcional; 7% a 10%, formas moderadas; 25 a 30% formas leves. Somente 50 a 60% dos idosos seriam completamente independentes. (Brasil, 2004, pp. 17-20)

Paralelamente, a Política Nacional de Saúde do Idoso tem como propósito:

A promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. (Brasil, 1999a, p. 21)

A qualidade da atenção à saúde do idoso no domicílio depende de pessoas preparadas para prestar-lhes os cuidados, bem como de estratégias de ações voltadas para essa parte da população (Nakatani, et al., 2003). Para Silva (1998, p. 148):

O ato de cuidar do outro se baseia em valores tomados pelos seres humanos como naturais e se expressa no modo como se relacionam uns com os outros. Escapa à apreensão do senso comum que as relações humanas, e entre elas o cuidar, são apropriações histórico-culturais cuja existência é, portanto, processual e passível de transformação.

O cuidar é concebido como um potencial do humano, referido a uma atitude diante da vida, diante do outro, do social, do ambiente. Uma atitude que depende de o indivíduo reconhecer a condição humana do outro. Uma dimensão de cuidado invisível informada pelas experiências pessoais de cada um e determinante da possibilidade de oferecer um acolhimento humanizado e respeitoso, reconhecendo a singularidade do paciente (Maffioletti, Loyola e Nigri, 2006).

O cuidador aparece como uma alternativa de melhoria de vida ao idoso, já que o envelhecimento sem qualidade de vida tem levado as famílias a alternativas não ideais, como colocar seus idosos em lugares onde não existe proposta terapêutica ou ainda há falta de cuidados necessários para manutenção da saúde.

O cuidador principal é aquele que tem a total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente. Os cuidadores secundários são os familiares, voluntários e profissionais, que prestam atividades complementares. Usa-se a denominação “cuidador formal” (principal ou secundário) para o profissional contratado (auxiliar de enfermagem, acompanhante, empregada doméstica, etc.) e “cuidador informal” para os familiares, amigos e voluntários da comunidade (Caldas, 2002).

O apoio formal da família ao idoso é um tema de crescente interesse, já que, em concordância com as perspectivas epidemiológicas atuais, cada vez mais idosos permanecerão na comunidade durante boa parte de sua velhice (Trentini et al., 2006).

Em abril de 1999, foi instituído o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos (portaria interministerial nº 5.153), que tem como objetivo a promoção da melhoria das condições de atenção ao idoso mediante a capacitação de cuidadores (Brasil, 1999b).

Desde 2001, a ocupação de cuidador de idosos é reconhecida pelo Ministério do Trabalho apresentando a seguinte subdivisão pela Classificação Brasileira de Ocupações: “cuidador de idosos: acompanhante de idosos, cuidador de pessoas idosas e dependentes, cuidador de idosos domiciliar, cuidador de idosos institucional e *gero-sitter*”.

Para Karsch (2003, p. 862), “a velhice sem independência e autonomia ainda faz parte de uma face oculta da opinião pública, porque vem sendo mantida no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições asilares, impedindo qualquer visibilidade”, o que torna a profissão de cuidador de idosos também invisível.

A assistência domiciliar aos idosos com comprometimento funcional demanda cuidados especiais, como programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso,

constituindo-se num dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Contudo, não significa que o Estado deva deixar de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar (Silvestre e Neto, 2003).

Devido às projeções apontadas ao aumento do número de idosos, da precária assistência à saúde do idoso brasileiro e somado-se o fato de a maioria residir com algum familiar, é importante conhecer as pessoas que prestam cuidados aos idosos e como ocorre todo esse processo (Gonçalves, 2002), fazendo-se necessário traçar o perfil dos cuidadores de idosos e sua condição de saúde e nutrição.

O índice de massa corporal (IMC) é um dos indicadores antropométricos mais utilizados na identificação do estado nutricional. Isso ocorre em virtude da sua facilidade de aplicação e seu baixo custo (Sampaio e Figueiredo, 2005). É calculado a partir do peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros ($\text{Peso} / \text{Altura}^2$), e tem como finalidade avaliar a massa corporal em relação à altura. Apesar do seu uso freqüente, ele deve estar sempre associado a outros indicadores, tendo em vista que o mesmo não reflete a distribuição regional de gordura (Sampaio, 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, para adultos, os pontos de corte para IMC e suas respectivas classificações são: menor que $18,5 \text{ Kg/m}^2$ – baixo peso; entre $18,5$ e $24,9 \text{ kg/m}^2$ – normopeso; entre $25,0$ e $29,9 \text{ kg/m}^2$ – sobrepeso; e IMC acima de $30,0 \text{ kg/m}^2$ – obesidade.

A medida da circunferência da cintura (CC) tem sido proposta como um dos melhores preditores antropométricos de gordura visceral. Essa medida deve ser verificada entre as costelas inferiores e as cristas ilíacas, ou seja, na cintura natural. A leitura é feita no momento da expiração do ar (Sampaio, 2004; Sampaio e Figueiredo, 2005).

A identificação do tipo de distribuição de gordura corporal é de grande importância, pois o acúmulo de gordura na região abdominal apresenta relação com alterações metabólicas, as quais podem desencadear o desenvolvimento de enfermidades como as cardiovasculares e

diabetes melitos. Portanto, apesar de não diagnosticar estado nutricional, a utilização de medidas antropométricas para identificação do tipo de distribuição da gordura corporal é fundamental na avaliação de risco para doenças associadas à obesidade (Sampaio, 2004).

Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (Abeso, 2007), são considerados limites normais a circunferência menor que 95,0 cm para homens e menor que 80,0 cm para mulheres.

Diante dessa discussão, o presente trabalho teve como objetivo traçar o perfil socioeconômico, de saúde e o estado nutricional dos participantes do Programa para Habilitação de Cuidadores de Idosos no Vale do Jequitinhonha/MG, fortalecendo assim as pesquisas sobre esta temática.

Metodologia

A pesquisa é um estudo transversal com análise descritiva, sendo os dados oriundos dos alunos participantes do “Curso para Habilitação de Cuidadores de Idosos no Vale do Jequitinhonha/MG”, referentes ao Programa de Apoio à Extensão Universitária (PROEXT).

Esse projeto foi um curso profissionalizante de cuidadores de idosos, com carga horária de 120 horas divididos em três módulos, onde foram abordados os seguintes assuntos: situação demográfica e epidemiológica brasileira e políticas públicas voltadas ao idoso; o processo biológico do envelhecimento humano; aspectos socioculturais e psicológicos do envelhecimento; o cuidado e o papel do cuidador de idosos; principais problemas e enfermidades que acometem os idosos; especificidades relacionadas ao cuidado nas atividades de vida diária; assistência em enfermagem e farmacêutica; assistência nutricional e odontológica; assistência fisioterápica e psicológica; finitude.

O curso foi ministrado em três municípios-pólos (Araçuaí, Diamantina e Turmalina), situados no Vale do Jequitinhonha, na região nordeste do estado de Minas Gerais, abrangendo os municípios circunvizinhos.

Quanto aos aspectos éticos, este estudo obteve o parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Participaram da pesquisa as pessoas que formalizaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em concordância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A amostra se constituiu de 46 pessoas, sendo que 18 eram cuidadores formais e 28 não formais. O trabalho foi realizado no segundo semestre de 2007.

Os dados foram adquiridos através de questionários preenchidos pelos próprios participantes, contendo perguntas relativas à sua saúde (percepção sobre a saúde, prática de atividade física, percepção do hábito alimentar, tabagismo e etilismo), condições socioeconômicas (estado marital, renda, escolaridade, residência) e questões referentes aos sentimentos despertados pelo ato de cuidar. O peso, a altura e a circunferência da cintura foram coletados por pesquisadores capacitados, sendo o IMC calculado após a coleta, o mesmo ocorrendo para a análise do risco de doenças cardiovasculares e metabólicas.

Utilizaram-se balança *Tanita BF-682 Scole Plus Fat Manitor*, antropômetro *Sanny* e fita métrica inestensiva e inelástica, para a tomada das medidas.

Os dados foram condensados no *software* Epi Info versão 6.04d, tabulados no Microsoft Office Excel 2003, para posterior análise dos resultados.

Resultados e discussão

Dentre os municípios-pólos onde ocorreu o Curso de Cuidadores de Idosos, 39,1% dos participantes frequentaram o curso no município de Diamantina, 30,4% no município de Araçuaí, e 30,4% no município de Turmalina.

A maioria dos participantes, 95,7%, era do sexo feminino, ou seja, 44 mulheres entre os 46 participantes, como constatado também

nos estudos de Natakani et al. (2003); Karsch (2003); Silveira, Caldas e Carneiro (2006); Gonçalves et al. (2006); Vilela et al. (2006); Trelha et al. (2006); e Martins et al. (2007).

As mulheres da família são a maioria entre os cuidadores de idosos. Isso tem sido constatado na maior parte dos países. Parte da explicação desse fato é devido à naturalização do trabalho feminino. A reflexão sobre as práticas do cuidar traça uma historiografia que o considera próprio à natureza das mulheres, como se fosse algo determinado pelo orgânico. Uma concepção que encontra registro desde as sociedades consideradas primitivas até os dias de hoje. Em todas as épocas e na maioria das sociedades cabe às mulheres cuidar dos enfermos, do crescimento e desenvolvimento das crianças, dos velhos, assim como melhorar as condições para que os homens mantenham suas forças para o trabalho (Maffioletti, Loyola e Nigri, 2006).

A média de idade dos participantes foi de 31 anos, variando de 18 a 47 anos. Quanto ao estado civil, foi constatado que 52,2% (24) eram solteiros, 43,5% (20) casados e 4,3% (02) divorciados. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Natakani et al. (2003), onde 66,66% eram solteiros, 22,22% eram casados e 11,12% eram divorciados.

Do total de participantes, 60,9% (28) eram cuidadores não formais, mas indiretamente cuidavam de idosos, pois a maioria era Agente Comunitário de Saúde vinculados à Estratégia Saúde da Família e 39,1% (18) já eram cuidadores de idosos.

Como observado na Tabela 1, a renda mensal dos cuidadores é inferior à dos cuidadores não formais, já que 44,4% (8) dos cuidadores e 35,7% (10) dos cuidadores não formais recebiam até um salário mínimo, sendo que 32,2% (9) dos cuidadores não formais e 11,1% (02) dos cuidadores tinham renda superior a 2 salários mínimo.

Dos cuidadores, 50,0% (9) eram responsáveis pelo sustento da família e 16,0% (3) sustentados pela família, contra, respectivamente, 32,1% (9) e 17,9% (5) dos cuidadores não formais. Percebe-se que, além de possuírem a menor renda mensal, os cuidadores também são responsáveis pelo sustento da família, em maior número que os cuida-

dores não formais. A maior parte dos participantes, tanto cuidadores quanto cuidadores não formais, apresentavam residência ligada à rede elétrica, com abastecimento de água e com coleta de lixo (Tabela 1).

Tabela 1 – Condições socioeconômicas dos participantes do Curso de Cuidadores de Idosos no Vale do Jequitinhonha/MG, separados por cuidadores formais e cuidadores não formais, 2007. Valores absolutos e relativos

Variáveis	Cuidadores formais		Cuidadores não formais		Total	
	n	%	n	%	n	%
Renda						
Até um salário mínimo	08	44,4	10	35,7	18	39,1
Entre um a dois salários mínimo	08	44,4	09	32,1	17	37,0
Acima de dois salários mínimo	02	11,1	09	32,2	11	24,0
Participação da renda na família						
Arrimo de família	09	50,0	09	32,1	18	39,1
Auto-sustento	01	5,6	04	14,3	05	10,9
Auto-sustento e contribui na família	05	27,8	10	35,7	15	32,6
É sustentado pela família	03	16,7	05	17,9	08	17,4
Residência						
Ligada à rede elétrica	17	94,4	28	100,0	45	97,8
Com abastecimento de água	17	94,4	26	92,9	43	93,5
Com coleta de lixo	02	88,9	06	78,6	08	82,6
Escolaridade						
Fundamental incompleto	01	5,6	--	---	01	2,2
Fundamental completo	01	5,6	02	7,1	03	6,5
Médio incompleto	04	22,2	03	7,10	07	15,2
Médio completo	11	61,1	21	75,0	32	69,6
Superior incompleto	--	---	01	3,6	01	2,2
Superior completo	01	5,6	01	3,6	02	4,3

Como também observado na Tabela 1, quanto ao nível de escolaridade, dentre os participantes, apenas 1 (5,6%) cuidador estudou até o ensino fundamental incompleto; a maioria, 61,1% (11) dos cuidadores e 75,0% (21) dos cuidadores não formais, tinha ensino médio completo. E apenas 5,6% (1) dos cuidadores e 3,6% (1) dos

cuidadores não formais com ensino superior completo. Observa-se que a escolaridade encontrada difere da realidade do país, já que a maioria dos participantes tem pelo menos o ensino médio completo. Isso pode ser explicado pela exigência do próprio curso, que tinha como pré-requisito o aluno ter o ensino médio completo. Exceções foram abertas pelo fato da baixa escolaridade encontrada entre os cuidadores formais, sendo este o grupo que necessitava de formação específica para melhor desempenho na prestação de cuidados, melhorando assim a qualidade de vida dos idosos.

Destaca-se que a maioria estudou em escola pública: 88,9% (16) dos cuidadores e 96,4% (27) dos cuidadores não formais.

Tabela 2 – Classificação do estado nutricional de acordo com o IMC dos participantes do Curso de Cuidadores de Idosos no Vale do Jequitinhonha/MG, separados por cuidadores formais e cuidadores não formais, 2007. Valores absolutos e relativos

Classificação segundo o IMC*	Cuidadores formais		Cuidadores não formais**		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baixo peso	--	---	--	---	--	---
Normopeso	07	38,9	15	55,6	22	48,9
Sobrepeso	07	38,9	08	29,6	15	33,3
Obesidade	04	22,2	04	14,8	08	17,8

* Para adultos, os pontos de corte para IMC e suas respectivas classificações são: menor que 18,5 – baixo peso; entre 18,5 e 24,9 – normopeso; entre 25,0 e 29,9 – sobrepeso; e IMC acima de 30,0 – obesidade. ** Dentre os cuidadores não formais, um participante não aceitou aferir seu peso e sua altura.

De acordo com o Índice de Massa Corporal (Tabela 2), 48,9% (22) dos participantes estavam com peso normal, representando 55,6% (15) dos cuidadores não formais e 38,9% (07) dos cuidadores; 33,3% (15) com sobrepeso, representando 29,6% (08) dos cuidadores não formais e 38,9% (07) dos cuidadores; e 17,8% (08) com obesidade, representando 14,8% (04) dos cuidadores não formais e 22,2% (04) dos cuidadores. Não houve nenhum participante classificado com baixo peso.

O estado nutricional dos sujeitos pesquisados é preocupante, uma vez que há um elevado percentual de sobrepeso e obesidade entre as diferentes categorias: 44,4% para os cuidadores não formais e 61,1% para os cuidadores, o que requer atenção, pois esse estado pode trazer conseqüências para o seu bem-estar e saúde do cuidador e do idoso, já que:

A saúde e a qualidade de vida dos idosos estão diretamente ligadas ao estado físico e psicológico dos seus cuidadores. Quando o cuidador apresenta problemas, principalmente quanto a sua saúde, ficará conseqüentemente comprometido o fornecimento adequado de cuidados, não conseguindo atender as reais necessidades dos idosos. (Gonçalves, 2002, p. 13)

Tabela 3 – Classificação do risco de distúrbios metabólicos e doenças cardiovasculares, de acordo com a Circunferência da Cintura dos participantes do Curso de Cuidadores de Idosos no Vale do Jequitinhonha/MG, segundo o gênero, separados por cuidadores formais e cuidadores não formais, 2007.

Valores absolutos e relativos

Circunferência/gênero	Feminino*		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cuidadores formais						
Risco**	10	66,7	01	50,0	11	25,0
Não Risco	05	33,3	01	50,0	06	13,6
Cuidadores não formais						
Risco	07	25,9	--	---	07	15,9
Não Risco	20	74,1	--	---	20	45,5

* Do total de participantes, 2 mulheres se recusaram a aferir a circunferência da cintura.

** São considerados limites normais a circunferência menor que 95,0 cm para homens e menor que 80,0 cm para mulheres.

A circunferência da cintura, Tabela 3, apresentou valores bastante diferenciados para cuidadores e cuidadores não formais do gênero feminino, sendo que 66,7% (10) das cuidadoras classificaram-se em risco

de complicações metabólicas e cardiovasculares, contra 25,9% (7) das cuidadoras não formais. Dentre os homens, encontrou-se igual valor para o risco e o não risco de doenças ligadas à obesidade, 50% (1).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Idosos recomenda que os cuidadores de idosos devam também receber cuidados especiais, considerando assim que o ato de cuidar de alguém dependente causa desgaste, implicando riscos para a saúde e uma igualmente dependência por parte de cuidador (Cerqueira e Oliveira, 2002).

Quanto à percepção de sua saúde, Tabela 4, nenhum participante achou que ela se encontrava ruim, diferentemente do encontrado no estudo de Gonçalves et al. (2006), onde 4,3% dos cuidadores acreditavam ter uma saúde ruim. A maioria, 61,1% (11) dos cuidadores e 78,6% (22) dos cuidadores não formais acreditava não ter problema de saúde, assim como 78,3% (36) do total de participantes acreditavam ter hábitos alimentares saudáveis, contradizendo os dados obtidos pelo IMC e circunferência da cintura, mostrando uma falsa percepção da sua real saúde.

Observa-se, ainda pela Tabela 4, que, em relação à prática de atividade física, não houve resultados diferenciados para cuidadores e cuidadores não formais, sendo que apenas 21,7% (10) dos participantes praticavam diariamente, 26,1% (12) regularmente, 37,0% (17) raramente e 15,2% (07) nunca praticavam atividade física. Para o consumo de bebidas alcoólicas nos finais de semana e tabagismo, foi encontrado resultado também semelhante nos dois grupos, constando que a maioria não bebe, 67,4% (31) e não fuma, 87% (40).

Tabela 4 – Condições de saúde dos participantes do Curso de Cuidadores de Idosos no Vale do Jequitinhonha/MG, separados por cuidadores formais e cuidadores não formais, 2007. Valores absolutos e relativos

Variáveis	Cuidadores formais		Cuidadores não formais		Total	
	n	%	n	%	n	%
Percepção sobre a saúde						
Ruim	--	---	--	---	--	---
Regular	07	38,9	06	21,4	13	28,3
Boa	11	61,1	22	78,6	33	71,7
Prática de atividades físicas						
Diariamente	04	22,2	06	21,4	10	21,7
Regularmente	06	33,3	06	21,4	12	26,1
Raramente	05	27,8	12	42,8	17	37,0
Nunca	03	16,7	04	14,3	07	15,2
Acreditavam ter hábitos alimentares saudáveis						
Sim	16	88,9	20	71,4	36	78,3
Não	02	11,1	08	28,6	10	21,7
Tabagista						
Sim	02	11,1	04	14,3	06	13,0
Não	16	88,9	24	85,7	40	87,0
Etilista aos finais de semana						
Sim	13	27,8	10	35,7	15	32,6
Não	05	72,2	18	64,3	31	67,4

A Tabela 5 apresenta dados apenas referentes aos cuidadores. Ao questionar o que o ato de cuidar trouxe para sua vida, 55,6% (10) disseram ter trazido satisfação, 38,9% (7) bem-estar, 5,5% (1) cansaço e nenhum respondeu trazer estresse. A maioria, 66,7% (12), cuida de idosos há mais de dois anos, 22,2% (4) é cuidador há um ano ou menos e 11,1% (2) cuida entre um a dois anos. A maior parte deles 83,3% (15) recebe remuneração por ser cuidador e 61,1% (11) é o único trabalho que exerce.

Tabela 5 – Condições referentes ao ato de cuidar dos cuidadores formais do Curso de Cuidadores de Idosos no Vale do Jequitinhonha/MG, 2007. Valores absolutos e relativos

Variáveis	Cuidadores formais	
	n	%
O ato de cuidar trouxe para sua vida		
Bem-estar	07	38,9
Satisfação	10	55,6
Cansaço	01	5,5
Estresse	--	---
Quanto tempo cuida do idoso		
Até 1 ano	04	22,2
Entre 1 ano a 2 anos	02	11,1
Acima de 2 anos	12	66,7
O trabalho de cuidar é o único que exerce		
Sim	11	61,1
Não	07	38,9
Recebe remuneração por este trabalho		
Sim	15	83,3
Não	03	16,7
O ato de cuidar desperta		
Prazer	10	55,6
Felicidade	08	44,4
Raiva	--	---
Culpa	--	---
Solidão	--	---
Problemas enfrentados com os idosos		
Higiene pessoal	11	61,1
Agressão e raiva	06	33,3
Falta de mobilidade	08	44,4
Insônia	09	50,0
Inatividade e tristeza	09	50,0
Depressão	07	38,9
Agitação	11	61,1
Deambulação excessiva	06	33,3
Alucinações e idéias delirantes	07	38,9
Não há problemas	01	5,5
Existe relação de parentesco com o idoso		
Sim	02	11,1
Não	16	88,9

Ainda na tabela 5, nenhum participante assinalou despertar raiva, culpa ou solidão ao ato de cuidar, 55,6% (10) relataram despertar prazer e 44,4% (8) felicidade, contradizendo o estudo de Silveira, Caldas e Carneiro (2006), que diz que os cuidadores relatavam cansaço, desgaste, revolta, depressão e somatizações pelo ato de cuidar.

O achado na pesquisa pode ser explicado pelo fato de que assumir sentimentos como raiva, culpa e desgaste seja difícil para a maioria das pessoas. Além disso, os participantes estavam muito motivados, abertos para receber informações, demonstrando bastante interesse e vontade de aprender, para assim se qualificarem sobre o processo do cuidar, podendo ser esse também um motivo para o não apontamento dos pontos negativos trazidos pelo ato do cuidar.

Dentre todos os problemas enfrentados ao cuidar dos idosos, os mais assinalados foram: higiene pessoal (61,1%), agitação (61,1%), insônia (50,0%), e inatividade e tristeza (50,0%), sendo que apenas 1 (5,5%) relatou não ter problemas. Com relação à existência ou não de parentesco com o idoso, apenas 11,1% (2) possuía, sendo 50,0% (1) filho e 50,0% (1) neto (Tabela 5), contradizendo o estudo de Karsch (2003), onde a maior parte (98,0%) dos cuidadores era alguém da família, e destes a maioria (44,0%) era a esposa.

Cuidar de alguém com dependência pode envolver esforço físico, maior atenção à execução de procedimentos que exigem concentração e planejamento prévio do que será feito, para obtenção de resultados satisfatórios no cuidado realizado (Cattani e Girardob-Perlini, 2004).

Considerações finais

De acordo com o exposto, pôde-se perceber que os cuidadores avaliados necessitam de cuidados, em especial, de atenção ao seu estado nutricional. A promoção de estilos de vida saudáveis (alimentação e

atividade física) faz-se necessária. Destaca-se ainda a necessidade da efetivação da Política Nacional dos Cuidadores de Idosos, onde uma das metas é a atenção à saúde de quem cuida.

Quando o cuidador é adequadamente instrumentalizado para o cuidado de si e de quem é cuidado, ele é capaz de enfrentar com maior segurança e motivação os desafios impostos pelo ato de cuidar, melhorando sua qualidade de vida e dos idosos.

Referências

- ABESO - Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica (2007). (Online, 12/11/2007, <http://www.abeso.org.br/revista/revista11/metodos.htm>).
- BRASIL (1999 a). Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília, *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, n. 237-E, pp. 20-24, 13 dez., seção 1.
- ____ (1999b). Portaria Interministerial nº 5.153 de 07 de abril de 1999, que dispõem sobre o *Programa Nacional de Cuidadores de Idosos*. Brasília, DF
- ____ (2004). Plano Nacional de Saúde. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*. 13 dez. 2004. Portaria 2.607 10/12/2004. (Online, 06/04/2005, <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNS.pdf>).
- CALDAS, C. P. (2002). Contribuindo para a construção da rede de cuidadores: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. *Textos envelhecimentos*. (Online, 12/02/2007, <http://www.unati.uerj.br>).
- CATTANI, R. B. e GIRARDON-PERLINI, N. M. O. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 6, n. 2, pp. 254-271.

- CERQUEIRA, A. T. A. R. e OLIVEIRA, N. I. L. A. (2002). Programa de Apoio a Cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicol. USP*, v. 11, n. 21.
- GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SENA, E L. S. et al. (2006). Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enferm*, v.15, n. 4, pp. 570-577.
- GONÇALVES, L. O. (2002). *Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na clínica escola de fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí*. Dissertação de pós-graduação. Florianópolis, Univali.
- GORDILHO, A. et al. (2000). *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro, UnATI.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002). *Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio no Brasil*. Departamento da População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro.
- KARSCH, U. M. S. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública*, v.19, n. 3, pp. 861-866.
- MAFFIOLETTI, V. L. R.; LOYOLA, C. M. D. e NIGRI, F. (2006). Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. *Ciências saúde coletiva*. v. 11, n. 4. pp.1085-1092.
- MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G L.; NASCIMENTO, E. R. P. et al. (2007). Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto contexto - enferm.*, v. 16 (abr./jun.), n. 2, pp. 254-262.
- NAKATANI, A.Y. K.; SOUTO, C. C. S.; PAULETTE, L. M. et al. (2003). Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família (Online, *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 31/03/2007, <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>).

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2002). Grupo de doenças não-transmissíveis e saúde mental. Departamento de prevenção de doenças não-transmissíveis e promoção de saúde. Envelhecimento e Curso de Vida. Envelhecimento Ativo: um Projeto de Política de saúde. Japão.
- SAMPAIO, L. R. (2004). Avaliação nutricional e envelhecimento. *Revista de Nutrição*, v. 17, n. 4. pp. 507-514.
- SAMPAIO, L. R. e FIGUEIREDO, V. C. (2005). Correlação entre o índice de massa corporal e os indicadores antropométricos de gordura corporal em adultos e idosos. *Revista de Nutrição*, v. 18, n. 1, pp. 53-61.
- SENA, E. C. A. e CHACON, P. E. F. (2006). Tutela constitucional da terceira idade: o resgate da dignidade humana da pessoa idosa. *Jus Navigandi*. Teresina, ano 10, n. 957, 15 fev. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7970>>. Acesso em: 30 mar. 2007.
- SILVA, I. P. (1998). “As relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras”. In: KARSCH, U. M. S. (org.). *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo, Educ.
- SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P. e CARNEIRO, T. F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 8, pp. 1629-1638.
- SILVESTRE, J. A. e NETO, M. M. (2003). Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 3. pp. 839-847.
- TRELHA, C. S.; REVALDAVES, E. J.; YUSSEF, S. M. et al. (2006). Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. *Rev. Espaço para a saúde*, v. 8, n. 1, pp. 20-27.
- TRENTINI, C. M. et al. (2006). A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. *Estudo psicologia*, v. 11, n. 2, pp.191-197.
- VERAS, R. (2001). Modelos contemporâneos no cuidado à saúde. *Revista USP*, n. 51, pp. 72-85.

VILELA, A. B. A.; MEIRA, E. C.; SOUZA, A. S. et al. (2006). Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 9, n. 1.

Data de recebimento: 30/3/2008; Data de aceite: 5/5/2008.

Nadja Maria Gomes Murta – Mestre em Gerontologia Social (PUC-SP), pesquisadora do LEC/PUC-SP, professora do departamento de Nutrição da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM. E-mail: nadjanut@hotmail.com

Lucilene Soares Miranda – Mestre e doutora em Ciências dos Alimentos (Unicamp), professora adjunta do departamento de Nutrição da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM. E-mail: lucisoares1@yahoo.com.br

Nádia Lúcia Almeida Nunes – nutricionista (UFVJM). E-mail: nadinhanunes@hotmail.com

Tháís Luz de Almeida – nutricionista (UFVJM). E-mail: tataluzinha@hotmail.com