

Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar¹

Edileuza de Fátima Rosina Nardi²

Namie Okino Sawada³

Jair Licio Ferreira Santos⁴

Objetivo: identificar a associação entre a capacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador. **Método:** estudo transversal, quantitativo, realizado em um município do norte do Paraná, com 178 idosos que apresentavam incapacidade funcional e seus cuidadores. Utilizou-se a Medida de Independência Funcional, para avaliar a capacidade funcional do idoso e a Zarit Burden Interview para avaliar a sobrecarga do cuidador, analisando-se quantitativamente os resultados. A maioria dos idosos era do sexo feminino, viúvas, com média de idade de 79,9 anos, necessitando de assistência de até 50% para realizar as tarefas da vida diária. A maioria dos cuidadores era do sexo feminino, filhas, casadas, com média de idade de 56,7 anos. **Resultado:** a maioria dos cuidadores relatou sobrecarga moderada; os homens apresentaram maiores chances de menor sobrecarga do que as mulheres e quanto mais independente o idoso, maiores as chances de menor sobrecarga do cuidador. **Conclusão:** estimular ações voltadas à promoção do envelhecimento ativo e saudável, centradas na manutenção da capacidade funcional e autonomia do idoso, bem como implantar estratégias de organização do cuidado no domicílio, que incluam a saúde do cuidador, poderão contribuir para minimizar os efeitos da sobrecarga sobre ele e melhorar sua qualidade de vida.

Descritores: Idoso Fragilizado; Cuidadores; Efeitos Psicossociais da Doença.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Rede e apoio social, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional" apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² PhD, Professor, Universidade Norte do Paraná, Araçongas, PR, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Professor Titular, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Introdução

Embora o envelhecimento humano não deva ser considerado sinônimo de doença e dependência, o crescimento da população de idosos aumenta o número de indivíduos que vivenciam situações de fragilidade física e emocional, havendo maior predisposição para condições patológicas, geralmente crônicas que, se não forem adequadamente tratadas ou controladas, podem levar à perda da autonomia e à consequente incapacidade funcional⁽¹⁻²⁾.

Apesar da diversidade conceitual, a definição de capacidade funcional está relacionada à dificuldade do indivíduo em executar tarefas básicas ou mais complexas da vida diária, o que leva à limitação ou restrição de seus papéis sociais, além da necessidade de cuidado e, conseqüentemente, de uma pessoa para auxiliar no desempenho dessas tarefas – um cuidador⁽¹⁾. Assim, considera-se cuidadora a pessoa da família ou da comunidade que presta cuidados, com ou sem remuneração, a outra pessoa de qualquer idade, que esteja acamada, com limitações físicas ou mentais⁽³⁾.

Simultaneamente a esse cenário de cuidado, em especial o cuidado relacionado a pessoas idosas, o Estatuto do Idoso defende a reinserção social, o exercício da cidadania e o direito de permanência na família⁽⁴⁾, o que transforma o ambiente familiar em ambiente terapêutico, inserindo, no cenário da assistência à saúde, a figura do cuidador familiar. Salienta-se que o cuidador familiar, na maioria das vezes, é a pessoa que se encontra mais próxima de quem necessita ser cuidado, ou seja, quanto mais estreita a relação parental, mais chance tem o indivíduo de vir a ser responsável pelo cuidado⁽⁵⁾.

Percebe-se, no entanto, a subjetividade embutida no significado de cuidar, envolto em crenças, valores de cada família, podendo se apresentar tanto com aspectos positivos quanto negativos pelo cuidador. Os aspectos positivos incluem o sentimento do dever cumprido, a autossatisfação e a reciprocidade, porém, os que prevalecem estão relacionados aos aspectos negativos, principalmente advindos de sobrecarga, conflitos familiares e insegurança. Esses fatores merecem destaque, pois podem se refletir na saúde do cuidador e, conseqüentemente, nos cuidados prestados, colocando o idoso em situação mais vulnerável à violência intrafamiliar e à institucionalização⁽⁶⁾.

Além disso, é comum que cuidadores familiares apresentem sentimentos de culpa, raiva, tristeza, cansaço, ansiedade e desespero, pois, muitas vezes, desempenham atividades sem orientação e suporte adequado o que, somado às demandas de recursos

econômicos, organização familiar e pessoal, angústias, conflitos, acúmulo de tarefas entre outros, pode gerar sobrecarga⁽⁷⁻⁸⁾.

Salienta-se que há vários fatores que contribuem para a sobrecarga advinda do processo de cuidar, visto ser um conceito multidimensional em que podem prevalecer o estresse, os sentimentos negativos, as dificuldades originadas no ato de cuidar, os fatores econômicos e aqueles relacionados à saúde, tanto física quanto mental do cuidador. E apesar de os cuidadores não perceberem a sobrecarga na mesma intensidade, muitas vezes assumem tarefas para as quais não estão preparados, além de negligenciarem os próprios cuidados, levando-os a apresentar doenças físicas e emocionais⁽⁹⁾. O ato de cuidar, portanto, tem sido conceituado como importante fator estressor e, somado ao caráter crônico e sem um tempo definido para a sua duração, encontra-se associado a repercussões negativas do cuidar, provocando interferências na saúde física e psicológica de quem cuida⁽¹⁰⁾.

Essa sobrecarga é influenciada, principalmente, por fatores orgânicos e emocionais relacionados ao cuidador e ao idoso com incapacidade, ou pelas próprias condições estruturais do ambiente de cuidado e do suporte social e de saúde à família. Tais influências, associadas à preocupação em relação à evolução da saúde do idoso, podem aumentar a tensão no ambiente familiar, interferindo na convivência entre os seus membros⁽¹¹⁾.

Com o passar do tempo, à medida que aumentam a debilidade e a dependência do idoso, os encargos do cuidar poderão sofrer novas mudanças, exigindo maiores esforços para que se supram as necessidades que acompanham a diminuição da capacidade funcional do idoso. Assim, como resultado das repercussões do cuidar e do estado de vulnerabilidade, ao qual o cuidador se expõe, podem surgir desgastes físicos, psicológicos e/ou sociais e, conseqüentemente, gerar sobrecarga para quem cuida, o que impulsionou a escolha desta temática para a presente pesquisa.

No intuito de colaborar nas discussões sobre a temática, o objetivo do presente estudo foi identificar a associação entre a capacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal e de caráter quantitativo, realizado em um município do norte do Paraná. Para a seleção dos sujeitos, inicialmente foi realizado levantamento em um cadastro de idosos na Estratégia Saúde da Família, em que constava a necessidade de um cuidador familiar, somando-se o total

de 391 idosos em que havia a presença de pelo menos uma dependência em Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e que necessitavam de um cuidador familiar para realizá-las. Após, para determinar o tamanho da amostra, considerou-se um intervalo de confiança de 99%, para uma prevalência de 50% de idosos que apresentavam pelo menos uma dependência nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD). Com esses parâmetros se obtém um $n=166$. No entanto, por ser o idoso com incapacidade funcional uma população em que eventuais perdas e recusas podem acontecer, acrescentaram-se 20% na amostragem, resultando em um requisito de 199 idosos.

Os participantes foram sorteados aleatoriamente entre os cuidadores de idosos integrantes do cadastro realizado pelas Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município. Os critérios para a inclusão do participante no estudo foram: ser cuidador familiar principal de um idoso dependente há pelo menos seis meses; apresentar idade acima de 18 anos, coabitar com o idoso e não ter formação na área de saúde.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2011, em visitas domiciliares, utilizando-se um instrumento dividido em duas partes, para se obter informações referentes ao idoso e ao cuidador. Na identificação dos idosos, utilizou-se um instrumento para colher informações sociodemográficas, além da avaliação da capacidade funcional com a utilização da Medida de Independência Funcional (MIF).

A MIF é um recurso amplamente utilizado em idosos e se constitui em instrumento de avaliação da incapacidade de pacientes com restrições funcionais de origem variada. Em sua validação, no Brasil, mostrou-se um instrumento sensível aos ganhos funcionais desenvolvidos durante o programa de reabilitação ambulatorial⁽¹²⁾.

A MIF avalia 18 tarefas, classificadas em seis dimensões e duas subdivisões: motora e cognitiva. Na MIF motora, os valores variam de 13 a 91, enquanto os valores da MIF cognitiva variam de 5 a 35. Assim, na MIF total, os valores variam de 18 a 126, que podem ser divididos em quatro subescores, de acordo com a pontuação total obtida: a) 18 pontos: dependência completa (assistência total); b) 19-60 pontos: dependência modificada 1 (assistência de até 50% da tarefa); c) 61-103 pontos: dependência modificada 2 (assistência de até 25% da tarefa); d) 104-126 pontos: independência completa/modificada⁽¹²⁾. Portanto, quanto menor o escore, maior o nível de dependência e pior o desempenho funcional dos idosos⁽¹²⁾.

No tocante ao cuidador familiar, para coleta de dados utilizou-se um instrumento com perguntas sobre dados sociodemográficos e econômicos, além da avaliação da sobrecarga por meio da *Zarit Burden Interview*

(ZBI) – instrumento de vinte e dois itens que avalia o impacto percebido pelo cuidador sobre sua saúde física e emocional, atividades sociais e condição financeira. O escore total da escala é obtido somando-se todos os itens, e varia de 0 a 88. O resultado foi avaliado de acordo com a pontuação do escore, em que quanto maior o escore maior a sobrecarga do cuidador⁽¹³⁾.

A ZBI é instrumento amplamente utilizado para avaliação de sobrecarga no cuidador, e, no Brasil, a escala foi traduzida para o português e validada em estudo com cuidadores informais de indivíduos com doenças mentais⁽¹⁴⁾.

Neste estudo, foram utilizados pontos de corte para a sobrecarga, sendo que o escore de 0 a 20 pontos corresponde a pequena ou nenhuma sobrecarga; de 21 a 40 pontos corresponde à sobrecarga moderada; sobrecarga moderada a severa pontua-se entre 41 e 60 e, finalmente, a sobrecarga severa encontra-se entre 61 e 88 pontos⁽¹³⁾.

Para a análise dos dados, utilizaram-se as análises bivariada e multivariada. Na análise bivariada utilizou-se o teste de associação pelo qui-quadrado e o teste de Fisher para avaliar eventuais associações de interesse e evidenciar diferenças significantes. Quanto à análise multivariada, foi empregada a técnica multivariada para analisar o efeito de cada variável assumida como independente na variável dependente, na presença de todas as demais. A técnica escolhida foi a regressão logística e o *Odds Ratio* como o elemento para evidenciar a associação dos fatores com o desfecho. Para facilitar a análise e interpretação dos resultados na regressão logística, as variáveis foram dicotomizadas – reduzidas a duas categorias: uma referência e um contraste. No modelo utilizado foram estudados os fatores que poderiam estar associados à sobrecarga do cuidador, dicotomizada em moderada a severa (referência) e pouca ou nenhuma (contraste).

Foram respeitadas as recomendações da Resolução nº196/96, regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Norte do Paraná (Unopar), e aprovado através do Parecer 0049/10. A coleta de dados, baseada no cadastro de idosos das equipes da Estratégia Saúde da Família, foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde do município, e os sujeitos do estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa e o direito de se recusarem a participar, em qualquer fase de sua execução, garantindo-lhes que não sofreriam qualquer ônus nem receberiam qualquer gratificação pela participação no estudo, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Dos 199 idosos selecionados para a pesquisa, participaram 178 cuidadores, obtendo-se perda de 10,5%, sendo excluídos, portanto, 21 cuidadores que não atenderam os critérios de inclusão pelos seguintes motivos: quatro cuidadores exerciam sua função havia menos de seis meses, três cuidadores apresentavam formação na área de enfermagem, seis cuidadores eram familiares, porém não coabitavam com o idoso, e oito cuidadores foram excluídos, pois os idosos dos quais eles cuidavam haviam falecido.

No que se refere aos idosos, a maioria era do sexo feminino (57,3%), viúvos (51,7%), com média de idade de 79,9 anos (dp=9,1) variando entre 61 e 103 anos. Grande parte se encontrava na faixa etária de 80 anos e mais (48,3%), configurando-se, assim, uma população de idosos mais velhos. Quando analisado o principal motivo da dependência, observou-se que dentre os motivos mais referidos, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) apresentou-se com maior prevalência (37,0%), seguido de fraturas por causas externas com 15,2%, sendo a queda a principal causa da fratura.

No que tange à Medida de Independência Funcional (MIF) do idoso, a média da pontuação da MIF motora foi de 41,6 (dp=22,5), enquanto a da MIF cognitivo-social foi de 21,7 (dp=8,1) e, por fim, a MIF total foi de 63,4 (dp=28,3). De acordo com o nível de dependência, com base na MIF, os idosos participantes da pesquisa se encontram, em sua maioria, na classificação de dependência modificada, sendo que 46,7% com dependência modificada 1, necessitando de assistência de até 50% para realizar as tarefas, e 42,1% com dependência modificada 2, necessitando de assistência em até 25% das tarefas.

Em relação aos cuidadores familiares deste estudo, a maioria era do sexo feminino (90,4%), filhas (48,8%), casados (76,4%) com média de idade 56,7 anos (dp=13,7), sendo 21 anos a idade mínima e de 85 anos a idade máxima. Identificou-se, neste estudo, que 45,4% dos cuidadores tinham idade acima dos 60 anos. Já ao se analisar a idade do cuidador em relação à idade do idoso, conforme Tabela 1, o teste de associação pelo qui-quadrado revelou associação significativa ($p < 0,05$), constatando-se que cuidadores mais velhos cuidam em maior proporção de idosos mais velhos.

Tabela 1 - Número e percentual de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, segundo a idade do idoso e idade do cuidador. Arapongas, PR, Brasil, 2011

Idade do idoso (em anos)	Idade do cuidador (em anos)					Total n (%)
	20 a 39 n (%)	40 a 49 n (%)	50 a 59 n (%)	60 a 69 n (%)	≥70 n (%)	
60 a 69	7 (38,89)	5 (12,50)	3 (6,98)	10 (23,26)	2 (95,88)	27 (15,17)
70 a 79	9 (50,00)	23 (57,50)	15 (34,88)	11 (25,58)	12 (35,29)	70 (39,33)
80 a 89	1 (5,56)	9 (22,50)	19 (44,19)	12 (27,91)	13 (38,34)	54 (30,34)
≥ 90	1 (5,56)	3 (7,50)	6 (13,95)	10 (23,26)	7 (20,59)	27 (15,17)
Total	18 (100)	40 (100)	43 (100)	43 (100)	34 (100)	178 (100)

Pearson $\chi^2(12)=32,0136$
Pr=0,001

Quanto à classificação econômica, de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep)⁽⁴⁵⁾, encontrou-se que 33,1% dos cuidadores enquadravam-se na classe econômica C1 e C2. Porém, segundo os critérios da Abep, 51,6% dos cuidadores encontravam-se inseridos na classificação econômica C, D e E, e 48,4% deles, nas classificações A e B.

Na avaliação da sobrecarga, entre os cuidadores, identificou-se que 102 (57,3%) apresentaram sobrecarga moderada; 44 (24,7%), pequena sobrecarga; 28 (15,7%) se encontravam com sobrecarga de moderada a severa e apenas 4 (2,2%) cuidadores com sobrecarga severa. A aplicação da escala de Zarit produziu resultados com boa consistência interna avaliada pelo alpha de Cronbach que

atingiu 0,80. A sobrecarga apresentou-se com média de 30,6 (dp=13).

Quando a sobrecarga e o sexo do cuidador foram associados, os dados da Tabela 2 revelaram resultado estatisticamente significativo na sobrecarga em relação ao sexo, sendo que as mulheres referiram maiores sobrecargas do que os homens ($p < 0,005$).

De acordo com a dependência do idoso classificada pela MIF, a Tabela 3 mostra que cuidadores que estão assistindo idosos, classificados como independentes, apresentam maiores chances de menor sobrecarga (OR=16,76) quando comparados a cuidadores que cuidam de idosos com dependência completa e modificada 1. Da mesma forma, cuidadores que cuidam de idosos com

independência funcional apresentam maiores chances a cuidadores que cuidam de idosos com dependência de menor sobrecarga (OR=5,50), quando comparados modificada 2.

Tabela 2 - Distribuição da sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, segundo o sexo do cuidador. Arapongas, PR, Brasil, 2011

Sobrecarga	Sexo do cuidador				Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Pequena (0-20)	33	20,50	11	64,71	44	24,72
Moderada (21-40)	96	59,63	6	35,29	102	57,30
Moderada a severa+severa (41-88)	32	19,88	0	0	32	17,98
Total	161	100,0	17	100,0	178	100,0

Teste exato de Fisher: 0,000

Tabela 3 - Análise de regressão logística múltipla para os fatores associados à menor sobrecarga do cuidador familiar de idosos com incapacidade funcional. Arapongas, PR, Brasil, 2011

Variáveis	Categorias	OR ajustados	p	Intervalos de confiança 95%	
Sexo do cuidador	Feminino	1,00	0,001	2,61	52
	Masculino	11,65			
Dependência do idoso conforme a MIF	Completa e modificada 1	1,00	0,001	3,33	84,25
	Independência	16,76			
Dependência do idoso conforme a MIF	Modificada 2	1,00	0,026	1,22	24,67
	Independência	5,50			

Ser cuidador familiar do sexo masculino e estar cuidando de idoso classificado como independente pela MIF, portanto, demonstra associação com a menor sobrecarga, cujos resultados foram estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

Discussão

Neste estudo, evidenciou-se o predomínio de mulheres idosas com incapacidade funcional, dados que corroboram estudos na literatura⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. A maior proporção de idosas mulheres no grupo populacional acima de 60 anos gera desigualdade de gênero na expectativa de vida, pois mulheres vivem, em média, sete anos mais do que os homens. Entretanto, o fato de a mulher estar vivendo mais a expõe e a torna susceptível à dependência funcional⁽¹⁹⁾.

Dentre as doenças relacionadas ao principal motivo de dependência funcional no idoso, os dados são semelhantes aos encontrados na literatura pertinente, na qual prevaleceram o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e as causas externas, principalmente as quedas⁽¹⁷⁾.

O AVE é altamente prevalente no Brasil e está associado aos elevados índices de morbidade, mortalidade e também de incapacidade, apresentando-se como

importante problema de saúde pública, pois, além de gerar custo para o idoso e a família, também onera o sistema de saúde pelos elevados custos financeiros de hospitalização e reabilitação. O risco de AVE começa a aumentar após os 60 anos e dobra a cada década de vida, sendo que a hipertensão arterial se apresenta como o principal fator de risco modificável⁽²⁰⁾.

Os dados apontados neste estudo, em relação às quedas, remetem à preocupação pela saúde do idoso, pois esse evento se apresenta como sinalizador para o início do declínio funcional, ou, ainda, como sintoma de uma nova doença⁽¹⁸⁾. É de extrema importância ressaltar que as quedas podem levar à diminuição da capacidade funcional, e que, além de danos psicológicos e sociais, podem levar a consequências econômicas negativas para o idoso, família e sistemas de saúde, aumentando os custos relacionados à atenção à saúde e, ainda, à necessidade de cuidado.

A classificação dos idosos deste estudo, segundo o grau de dependência, utilizando-se a MIF, demonstrou que a população estudada concentrou-se na classificação de dependência modificada 1, necessitando de assistência em até 50% das tarefas, corroborando estudos na literatura^(17,21).

Pode-se considerar que capacidade funcional se apresenta como um novo paradigma de atenção à saúde da população idosa e se constitui em um grande desafio para os profissionais de saúde, na busca de envelhecimento saudável, na qual a MIF se apresenta como uma das ferramentas que serve não apenas para elucidar a necessidade de cuidados exigidos, mas, também, para relacionar a qualidade de vida quando essa for determinada com base nas atividades de vida diária, além de servir para a recuperação da funcionalidade, quando utilizada em diferentes momentos nos mesmos indivíduos⁽²²⁾.

No que se refere aos cuidadores familiares, predominaram os do sexo feminino, casadas e filhas. Os dados são concordantes com os encontrados na literatura^(7,8,17). Mesmo com a maior inserção da mulher no mercado de trabalho, os dados reforçam que o papel de cuidadora principal continua sendo designado ao sexo feminino. Portanto, a mulher assume o cuidado em relação a um ente dependente – papel determinado, historicamente, por normas sociais e culturais⁽²³⁾. Salienta-se que a situação encontrada neste estudo é preocupante, pois o cuidador pode estar sendo responsabilizado por outras atividades que não só as dedicadas ao idoso dependente, pois, culturalmente, a mulher ainda assume cuidados relacionados ao âmbito familiar, acrescidos de sua inserção no mercado de trabalho.

Quando analisada a faixa etária do cuidador, verificou-se que muitos deles se encontram com idade igual ou acima de 60 anos. Também se verificou a associação estatisticamente significativa entre a idade do cuidador e a idade do idoso, revelando que cuidadores mais velhos cuidam em maior proporção de idosos mais velhos, ou seja, idosos cuidando de idosos dependentes. Essa situação revela preocupação quanto à qualidade de assistência prestada pelo cuidador ao idoso com incapacidade funcional ao se considerar a saúde dos cuidadores, pois muitos deles assumem tarefas para as quais não estão preparados, além de negligenciar os próprios cuidados, levando-os a apresentar doenças físicas e emocionais que se refletem negativamente nos cuidados prestados⁽⁹⁾.

Tendo-se avaliado o nível socioeconômico dos cuidadores de idosos com incapacidade funcional, segundo o instrumento da Abep⁽¹⁵⁾, com cinco diferentes categorias, os dados encontrados são semelhantes a um estudo com cuidadores de octogenários, realizado em um município da região central do Estado de São Paulo, cujos autores identificaram que 36% dos cuidadores encontravam-se na classe C⁽²⁴⁾.

Salienta-se que a dependência gera maiores gastos no processo de cuidar, e que o poder de compra dos cuidadores deste estudo é relativamente baixo, podendo

interferir na dinâmica e nos aspectos econômico e familiar e, em muitos casos, comprometer o cuidado prestado ao idoso.

Nessa questão, reforça-se que estar preparado para cuidar vai além da simples disponibilidade para a tarefa. Portanto, o desafio que se apresenta aos profissionais de saúde, especialmente ao enfermeiro, é o de fornecer adequado suporte profissional no sentido de instrumentalizar o cuidador para executar o cuidado, além de identificar redes de suporte para o cuidador.

Na avaliação da sobrecarga do cuidador familiar, os dados apontaram que a maioria dos cuidadores apresentou sobrecarga moderada, o que também foi relatado em estudos na literatura^(17,21). Na presente pesquisa, identificou-se a relação estatisticamente significativa da sobrecarga em relação ao sexo do cuidador e o grau de dependência do idoso avaliado pela MIF. Os dados encontrados reforçam a relação da dependência com a sobrecarga do cuidador, demonstrando que, quanto maior a dependência do idoso, maiores as chances de sobrecarga no cuidador⁽⁸⁾.

Em relação ao sexo, percebe-se que o mesmo se apresenta diretamente relacionado à sobrecarga, ou seja, conforme aumenta a sobrecarga referida, aumenta a participação do sexo feminino; além disso, os dados demonstram que as mulheres se sentem mais sobrecarregadas do que os homens, constatando-se que um dos fatores que contribui para o aumento da sobrecarga do cuidado é a identidade de gênero⁽²⁵⁾.

Destaca-se que cuidar de um familiar com incapacidade funcional é tarefa que exige vários atributos por parte de quem cuida. A sobrecarga percebida pelos cuidadores pode não apresentar a mesma intensidade, porém, é fato que muitos deles assumem tarefas para as quais não estão preparados, além de negligenciarem os próprios cuidados, levando-os a apresentar doenças físicas e emocionais⁽⁹⁾.

A sobrecarga física, emocional e socioeconômica do cuidado a um familiar é imensa, complexa e exige muito da pessoa que cuida, além de que essa sobrecarga pode, de certa maneira, colaborar para o aparecimento ou agravamento de doenças. Dessa forma, a sobrecarga gerada pelo processo de cuidar, além de apresentar um conceito multidimensional, sofre, ainda, diversidade de influências associadas ao idoso e ao próprio cuidador.

Conclusão

A capacidade funcional avaliada através da MIF mostrou-se associada à sobrecarga do cuidador, sendo que menores sobrecargas foram identificadas em

cuidadores que eram responsáveis pelo cuidado de idosos com menores níveis de dependência, reforçando-se que a incapacidade funcional do idoso foi um importante preditor de sobrecarga no cuidador.

Nesse contexto, é de extrema relevância avaliar a sobrecarga do cuidador familiar para que se possa planejar ações, adequar os serviços de saúde, preparar os profissionais para oferecer suporte adequado às famílias e promover estratégias que visem a realização de educação quanto ao processo de envelhecimento. Portanto, avaliar a saúde do cuidador deve fazer parte das ações elaboradas pelas Equipes de Saúde da Família, com o intuito de diagnosticar interferências e elaborar intervenções que contribuam para a melhoria da qualidade de vida do cuidador e que possam refletir positivamente no cuidado prestado ao idoso.

Diante dessas evidências, faz-se necessário, ainda, provocar discussões no sentido de pensar e refletir sobre a temática que envolve o envelhecimento ativo, a fim de que ações sejam realizadas para estimular a promoção e a manutenção da capacidade funcional e autonomia do idoso, e que sejam implantados programas que incluam a saúde do cuidador, contribuindo, dessa maneira, para a prevenção de sobrecarga e melhoria da qualidade de vida do idoso e do cuidador.

Referências

- Martins JJ, Nascimento ERP, Erdmann AL, Candemil MC, Belaver GM, Mortari G. O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais. *Rev Enferm UERJ*. out/dez 2009;17(4):556-62.
- Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Pública*. 2009;43(3):548-54.
- Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Classificação brasileira de ocupações: códigos, títulos e descrições. 3.ed. Brasília (DF): Ministério do Trabalho e Emprego; 2010.
- Ministério da Saúde (BR). Estatuto do idoso. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003. (Serie E).
- Bicalho CS, Lacerda MR, Catafesta F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. *Cogitare Enferm*. 2008;13(1):118-23.
- Mayor MS, Ribeiro O, Paúl C. Satisfaction in dementia and stroke caregivers: a comparative study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(5):620-4.
- Domínguez Guedea MT, Damascena FA, Montiel Carbajal MM, Marcobich PO, Álvarez Hernández G, Valdéz Lizárraga L, et al. Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. *Psicol Soc*. 2009;21(2):242-9.
- Gratão ACM, Vale FAC, Roriz-Cruz M, Haas VJ, Lange C, Talmelli LFS, et al. The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):873-80.
- Blum K, Sherman DW. Understanding the experience of caregivers: a focus on transitions. *Semin Oncol Nurs*. 2010 Nov;26(4):243-58.
- Carretero S, Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;49(1):74-9.
- Nardi EFR, Oliveira MLF. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. *Rev Gaúcha Enferm*. mar 2008;29(1):47-53.
- Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiátrica*. 2004;11(2):72-6.
- Zarit SH, Zarit JM. The memory and behavior problems checklist: 1987R and the burden interview (technical report). University Park (PA): Pennsylvania State University; 1987.
- Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in careers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(1):12-7.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) Critério de classificação econômica Brasil. [Internet]. 2008. [acesso 12 maio 2011]. São Paulo; Disponível em: <http://www.abep.org>.
- Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(3):458-66.
- Moreira PHB, Mafrá SCT, Pereira ET, Silva VE. Qualidade de vida de cuidadores de idosos vinculados ao Programa Saúde da Família – Teixeira, MG. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(3):433-40.
- Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC, Vendruscolo TRP, Stackfleth R, Marques S, Rodrigues RAP. Accidental falls in the elderly and their relation with functional capacity. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(5):927-34.
- Oliveira-Campos M, Cerqueira MBR; Rodrigues JF Neto. Dinâmica populacional e o perfil de mortalidade no município de Montes Claros (MG). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(supl):1303-10.
- Castro JAB, Epstein MG, Sabino GB, Nogueira GLA, Blankenburg C, Staszko KF, et al. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. *Rev Bras Clin Med*. 2009;7(3):171-3.

