



O CUIDADOR DE IDOSO COM DEMÊNCIA E A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

CAREGIVER OF ELDERLY WITH DEMENTIA AND HEALTH CARE POLITICS OF ELDERLY EL CUIDADOR DE ANCIANO CON DEMENCIA Y LA POLÍTICA DE ATENCIÓN A LA SALUD DEL ANCIANO

Mirian da Costa Lindolpho¹, Célia Pereira Caldas², Sonia Acioli³, Octávio Muniz da Costa Vargens⁴

RESUMO

Objetivo: refletir acerca do cuidado com o cuidador de idoso com demência à luz das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso e da legislação pertinente. **Método:** trata-se de uma reflexão desenvolvida a partir do cuidado com o cuidador de idoso com demência e da Política de Atenção à Saúde do Idoso, na qual este cuidado se constrói cotidianamente. **Resultados:** apresentaram-se os desafios que o cuidador enfrenta em seu cotidiano para cuidar do seu familiar e de si mesmo, articulando tais questões com as políticas. Discutiu-se ainda, a partir do impacto econômico do cuidado do idoso com demência, a necessidade de estabelecimento de redes de suporte. **Conclusão:** observou-se que a implementação das políticas e legislação pertinente apresenta avanços para estabelecer uma rede de atenção ao idoso, no entanto, não contempla em suas diretrizes o suporte à família que assume o cuidado do idoso com demência. **Descritores:** Cuidador; Idoso; Demência; Política de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to reflect on the care of the caregiver of elderly with dementia in the light of the National Policy for Health Care of the Elderly and the current legislation. **Method:** this is a reflection developed from the care of the caregiver of elderly with dementia and National Policy for Health Care of the Elderly, in which this care is built daily. **Results:** the challenges that caregivers face in their daily life to take care of their family and themselves were presented, articulating such issues with the policies. It is also discussed, from the economic impact of the care of elderly with dementia, the need to establish support networks. **Conclusion:** it was observed that the implementation of policies and relevant legislation presents advances to establish a network of care for the elderly, but does not include in its guidelines support to the family that takes care of the elderly with dementia. **Descriptors:** Caregiver; Elderly; Dementia; Health Policy.

RESUMEN

Objetivo: reflexionar sobre el cuidado con el cuidador de anciano con demencia a la luz de las directrices de la Política Nacional de Atención de la Salud del Anciano y de la legislación pertinente. **Método:** se trata de una reflexión desarrollada a partir de la atención con el cuidador de anciano con demencia y de la Política de Atención a la Salud del Anciano, en que la atención se construye diariamente. **Resultados:** se presentaran los desafíos que el cuidador enfrenta en su vida diaria para cuidar de su pariente y de sí mismo, articulando tales cuestiones con las políticas. También se discute, desde el impacto económico del cuidado de anciano con demencia, la necesidad de establecer redes de apoyo. **Conclusión:** se observó que la aplicación de las políticas y la legislación pertinente presenta avances para establecer una red de atención a las personas mayores, sin embargo, no incluye en sus directrices de apoyo a la familia que cuida del anciano con demencia. **Descritores:** Cuidador; Anciano; Demencia; Políticas de Salud.

¹Enfermeira, Professora Mestre, Doutoranda, Curso de Pós Graduação, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: profmirianlindolpho@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Professora Doutora, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. E-mail: celpcaldas@gmail.com; ³Enfermeira, Professora Doutora, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: soacioli@gmail.com; ⁴Enfermeiro, Professor Doutor, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: omcvargens@uol.com.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional mundial trouxe e traz modificações significativas para a sociedade, requerendo o estabelecimento de ações para que a qualidade de vida seja mantida a esta população. Para atender a demanda social do envelhecimento, foram estabelecidos os seguintes documentos oficiais: a Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso e o Estatuto do Idoso.¹⁻² E são nestas políticas e no Estatuto que se estabelece o modelo de cuidados domiciliares, mas, em seu contexto, observa-se que estes reforçam a importância da família assumir as responsabilidades sociais no que se refere ao envelhecimento.³ Com este enfoque, a figura do cuidador emerge com papel relevante para o sucesso destas diretrizes, em especial, no cuidado com o idoso com demência.

A demência é um processo neurodegenerativo, progressivo, que cursa com alterações comportamentais e cognitivas.⁴ Gradualmente, a pessoa perde sua autonomia e independência, necessitando de ajuda para realizar seus cuidados - um cuidador.

O cuidador é responsável pelo suporte físico - cuidados corporais, alimentação, higiene, segurança e identificação de sinais e sintomas de enfermidades, também procura cuidar da parte psicológica do idoso com demência. Seus cuidados são diretos e contínuos, dia e noite. De acordo com a evolução da doença no paciente, as responsabilidades do cuidador aumentam. Com as limitações executivas, além de assumir as Atividades de Vida Diária (AVD), é necessário realizar também as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), como as medicações, as finanças, o cuidado de sua própria vida. Esta situação proporciona um excesso de atividades e uma sobrecarga emocional que poderá desencadear algumas enfermidades.⁵

Os cuidadores de idosos com demência possuem maiores chances de desenvolverem sintomas psiquiátricos, problemas de saúde, de relacionamento familiar com mais frequência e no trabalho. Podem apresentar problemas físicos, sociais e financeiros, emocionais e psicológicos, os mais comuns são: hipertensão arterial, problemas digestivos, respiratórios; inclinação a infecções, ansiedade, insônia e depressão.⁵

Com possibilidades de ocorrências de problemas que afetam o físico e o emocional, estratégias que minimizem esta sobrecarga podem constituir-se em uma alternativa.

Estudo refere que o apoio a partir das redes sociais na sociedade precisam se tornar concretos ao cuidador do idoso com demência.⁶ A questão amplia-se, assim como existe um planejamento estratégico para o idoso, em face às repercussões deste cuidado na vida do cuidador, este também necessita de uma atenção específica.

OBJETIVO

- Refletir acerca do cuidado com o cuidador de idoso com demência à luz das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso e da legislação pertinente.

MÉTODO

Trata-se de uma reflexão acerca do cuidado com o cuidador de um idoso com demência, articulado a Política de Atenção à Pessoa Idosa, a legislação pertinente e a partir do impacto econômico do cuidado ao idoso com demência. Deste modo, esse caminho metodológico permitiu tecer considerações acerca do assunto, em um movimento sobre o que diz a legislação, artigos publicados sobre a questão e as lacunas sobre o cuidar do cuidador de idoso com demência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

◆ Quem são estes cuidadores e como estão?

O cuidador pode ser definido como a pessoa, membro ou não da família, que cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, como alimentação, higiene pessoal, além de outros serviços exigidos no cotidiano, pela Política Nacional de Saúde do Idoso.¹

Os cuidadores podem ser classificados como informais e formais. O cuidador informal pode ser um membro da família ou amigo próximo que auxilia este idoso, de forma parcial ou integral, nas dificuldades em realizar as atividades de vida diária e o cuidador formal consiste em uma pessoa contratada para realizar este cuidado.⁷

Cuidar de alguém, em especial, de uma pessoa com demência, é uma situação estressante e seus efeitos podem ser maiores sobre o cuidador primário (ou principal). À medida que a doença evolui, o cuidador primário fica cada vez mais sobrecarregado e, conseqüentemente, aumenta o grau de dificuldade para lidar com o problema.⁸

Este cuidado gera no cuidador, em especial se for mulher, acúmulo de trabalho e sobrecarga nos domínios físico, emocional e espiritual, contribui para um déficit no

autocuidado, comprometendo, portanto, a saúde de uma forma geral.⁵

As horas de cuidados, o grau de parentesco e morar com o portador de demência também podem proporcionar impacto ao cuidador. Cuidar de um idoso dependente traz consequências variadas, efeitos adversos e ainda se reconhece a existência de um impacto emocional vivido pelos familiares. O impacto emocional se caracteriza por várias situações como problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros.⁵ Deste modo, os cuidadores de idosos com uma síndrome demencial são os que sofrem maior impacto em relação a outros tipos de cuidadores.⁹ A qualidade de vida do cuidador se refletirá diretamente no cuidado que é prestado ao idoso e, deste modo, deve ser considerada no planejamento e implementação da assistência ao idoso com Demência de Alzheimer.¹⁰

Estes cuidadores consultam 46% mais médicos, utilizam mais medicações psicotrópicas - antidepressivos e antipsicóticos, uma piora na saúde física e um prejuízo no sistema imunológico que pode persistir por mais de quatro anos após o falecimento do idoso.^{11,6} Altos índices de depressão em cuidadores de idosos com demência são registrados e evidenciados em estudos, atingindo cerca de 30% a 55% dos cuidadores, possuindo, assim, o risco de desenvolverem duas a três vezes mais a doença do que a população de um modo geral,⁶ portanto, é necessário um olhar atento da equipe multiprofissional aos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer. Isto é requerido em face às situações vivenciadas e os comprometimentos proporcionados pelo cuidado ao idoso com demência. As situações geradas por este cuidado podem contribuir para doenças psiquiátricas e físicas dos cuidadores e aumentar os riscos de morte.⁶

O que se encontra registrado nos estudos citados aponta consequências comprometedoras para a vida do cuidador de idoso com demência e para a vida do próprio idoso. E nestes mesmos estudos se podem identificar as fragilidades a que estão expostos, sendo assim, é possível traçar planos de atenção para estes sujeitos. Ao se vislumbrar este panorama, observa-se que o cuidador está submetido a uma reação em cadeia que se aprofundará gradativamente, com consequências que podem extrapolar o tempo de vida do idoso ou até mesmo ser abreviado o tempo de vida do cuidador, deixando, assim, o idoso inteiramente sob os cuidados do Estado, caso o cuidador seja o único responsável pelo idoso com demência.

Necessita-se, então, de uma estrutura de suporte que caminhe junto com a atenção ao idoso com demência, que funcione, seja eficaz e abrangente no que se refere à extensão do País, pois as demandas são consistentes e comprometem a funcionalidade do cuidador, tornando-o como mais um a ser cuidado pelo Estado. Este tipo de trabalho requer estrutura física e profissional, principalmente porque necessitará de sensibilidade de quem cuida deste cuidador para perceber nas entrelinhas as situações que ele vivencia e a capacidade para intervir antes que o problema em si alcance grandes proporções.

◆ As políticas e o impacto da demência na família cuidadora

Em 1994, foi aprovada a Lei nº 8.842 sobre a Política Nacional do Idoso, esta tem como objetivo promover o envelhecimento saudável, a manutenção e melhoria da capacidade funcional, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que tiveram sua capacidade funcional comprometida, de modo a garantir-lhes a permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.¹

Com esta lei, começa o estabelecimento da política de atenção à saúde do idoso, visto que seus gastos oneram muito o Estado com tratamentos médicos hospitalares¹ e, assim, em seu conteúdo, é possível entender que direciona o cuidado com o idoso no domicílio "... de modo a garantir-lhes a permanência no meio em que vivem, ...".^{1:21} Este direcionamento dentro da Lei vem após a citação da reabilitação daqueles que tiveram sua capacidade funcional comprometida. Geralmente, quem tem sua capacidade funcional comprometida, possui limitações que podem ser desde um pequeno grau ou até a completa dependência. Existe aqui um espaço para discussão sobre os tipos de dependência. Se a Lei não especifica o tipo de dependência, subentende-se que qualquer tipo de dependência ficará sob a responsabilidade da família?

Portanto, a responsabilidade é repassada às famílias, sem garantia de qualquer tipo de suporte. Como as famílias sustentarão o cuidado de um idoso dependente, se a síntese de indicadores sociais aponta que "Pouco menos de 12,0% viviam com renda domiciliar per capita de até ½ salário mínimo e cerca de 66% já se encontravam aposentados", se possuem uma baixa renda? Da mesma forma, registrou-se que "maiores níveis de renda permitem aquisição de melhores serviços de

acompanhamento, equipamentos de apoio e uma inserção social mais ativa”.^{12:192} Estes dados apontam para o desamparo que vive esta clientela e se pensar que em termos de possibilidades de mudanças de perspectivas, racionalmente são inexistentes se for observado o ciclo vital.

Esta síntese refere também que existe um número expressivo de idosos (32,5%) cujos domicílios ainda não estavam cadastrados no Programa de Saúde da Família, nem tinham plano de saúde particular.^{12:195-6} Essa situação de desproteção não se modifica até o rendimento domiciliar per capita no máximo de 2 salários mínimos, perfazendo 2/3 de idosos sem qualquer cobertura de saúde pública, pelo programa, ou privada, via plano de saúde.^{12:195-6} Se para estas famílias, as necessidades de saúde são gerenciadas pela atual Estratégia de Saúde da Família, existe alguma outra possibilidade de suporte, se estes ainda não foram alcançados pela Estratégia?

O último registro da síntese de indicadores sociais não aponta de modo tão específico a situação de desamparo do idoso como o anterior, mas ainda deixa registrado que “Famílias mais pobres têm menor acesso a planos de saúde e esse quadro pode estar refletindo também carências de cobertura do SUS nesses serviços”.^{13:222}

Para consolidar e facilitar a implementação da Lei 8.842, em 2002, foi proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS).¹⁴ Foram criados também os Centros de Referências de Atenção ao Idoso. Assim, estes Centros de Referências de Atenção à Saúde do Idoso consistem em um hospital que disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestar assistência à saúde dos idosos.¹⁴ No entanto, dez anos se passaram e estas redes ainda não alcançaram o País, permanecendo existentes apenas em pontos restritos.

Cabe aos Centros de Referências darem assistência aos idosos nas seguintes modalidades: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da autonomia e da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida e apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. Os Centros de Referências também são responsáveis pelas internações hospitalares, com 10% dos leitos gerais

reservados, constituindo, assim, o leito geriátrico que deverá ser devidamente adaptado para esta finalidade.¹⁴

Na intenção de operacionalizar as ações na área de atenção à Saúde do Idoso nos Centros de Referências, a Portaria SASMS n. 249, de 12 de abril de 2002, aprovou as normas para o cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, no Art. 1, fica estabelecida a Internação Domiciliar I em três modalidades: Curta (30 dias), Média (31 a 60 dias) e Longa Permanência (assistido por mais de 60 dias).¹⁵ Esta medida pode proporcionar bem-estar para aquele que ficou hospitalizado longe de seu ambiente, vivenciado as normas institucionais. Acima de tudo, é uma forma de manter leitos vagos e equilibrar os gastos do Estado.

A implementação da Internação Domiciliar pelo Sistema Único de Saúde (Programa de Internação Domiciliar - PID) já tem ocorrido e tem uma boa aceitação da família que percebe a preocupação da equipe de Estratégia de Família com a família em si.¹⁶ Observações são feitas quanto algumas dificuldades concernentes a sua operacionalização: a relação do PID com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) restringe-se à prestação de cuidados e fornecimento de recursos materiais. Para que o sistema de referência e contrarreferência seja efetivo e eficaz, torna-se necessária a construção de parcerias entre instituições públicas e privadas.¹⁶ Isto significa que o Estado sozinho não conseguirá alcançar seu objetivo. Entende-se que esta questão possui grande complexidade, mas quando alcançar o seu auge, a população brasileira será beneficiada.

Uma das formas dos Centros de Referência manter o cuidado continuado com o idoso que foi hospitalizado e recebeu alta é estar articulado, com as equipes dos Programas de Atenção Básica e Saúde da Família, onde estiverem implantados.¹⁶ Para isto, os entrelaçamentos dos Serviços de Saúde precisam ocorrer não apenas no papel, mas efetivamente na prática assistencial. E esta situação já foi apontada como um hiato na assistência.⁶ Será que esta questão se apresenta como um infortúnio? E de que maneira pode deixar de ser um hiato para se tornar solução?

No Brasil, existem 74 Centros de Referência, destes, 17 foram cadastrados para dar assistência aos portadores de Demência de Alzheimer.¹⁶ O diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes portadores da doença de Alzheimer deverá ocorrer nos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, definidos pela Portaria GM/MS n.º

702 e Portaria SAS/MS n.º 249, ambas de abril de 2002.^{16,15} Interessante que a portaria especifica o protocolo de atendimento ao idoso com Doença de Alzheimer pelo Centro de Referência com suas diretrizes, mas como os idosos acessam os Centros de Referências? Por encaminhamento dos Centros Municipais de Saúde ou Estratégia de Saúde da Família. Assim, este sistema de referência e contrarreferência necessita atuar de forma fluente, como o fluxo contínuo de um rio que deságua no mar sem represas avolumando o nível de água.

Destes 17 Centros de Referência, 11 são hospitais universitários. Deste modo, espera-se um retorno em termos de relatos de experiências no funcionamento dos Centros e ou pesquisas, visto ser esta uma das funções da Universidade. Sobre esta questão, em um estudo, nas falas de depoentes, encontra-se uma mudança nas representações da velhice como resultados da criação de grupos de convivência, as universidades voltadas para a terceira idade, promovendo a redefinição dos valores, atitudes e comportamentos.¹⁷ Percebe-se que a proposta apresenta bom resultado quando implementada, como também pode ser vista em estudo sobre Centro Dia que configurou -se como um fator importante no processo de melhora da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-idoso dependente.¹⁸ Mas, geralmente, as universidades localizam-se nos grandes centros e se tornará melhor quando todas as áreas urbanas e rurais forem alcançadas. Em outras palavras, estas ações ainda não são proporcionais ao quantitativo da população idosa e incipientes aos problemas proporcionados pelo envelhecimento, pois consistem em apresentação de casos isolados.¹⁷

Outra ação direcionada ao idoso foi aprovada pelo Congresso Nacional e pelo Presidente da República - o Estatuto do Idoso - que tem como objetivo promover a inclusão social e garantir os direitos desses cidadãos, todavia não traz consigo meios para financiar as ações propostas.¹⁹ Em contraponto, existem pensamentos que refletem sobre estas nuances protetivas e se apoiam na Carta Magna para argumentar que todos tem o mesmo direito de proteção independente de sua idade, conferindo tratamento diferenciado quando a Constituição tem seu princípio na isonomia.²⁰ Em outras palavras, se este princípio fosse seguido, não haveria a necessidade de construção de outras leis para salvaguardá-lo. Em complementariedade, referências são feitas ao Estatuto do Idoso, comentando que nele contém a divisão de

responsabilidades com o idoso: família, sociedade e o Estado, mas o papel indispensável é o do Estado na plena efetivação destas garantias mediante políticas públicas assistenciais.²¹

Assim, como os profissionais que assistem aos idosos observam as dificuldades de implementação destas políticas, a própria Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, identifica seus desafios, como: a carência de estrutura de suporte qualificado para o idoso e seus familiares destinados a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio; número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso e esta situação coloca a família como executora direta deste cuidado, tendo como atenção básica a Estratégia da Família como seu apoio fundamental.²⁰ Pelo que se encontra registrado na legislação, o Estado é aquele que tem em suas mãos o poder de fazer cumprir a lei e é aquele que vivencia as dificuldades de implementação e de infraestrutura precária das instituições. Como, portanto, se pode em solucionar esta questão? Assim como a vida é um bem maior, os ideais políticos não devem fazer submergir as necessidades essenciais.

É justamente na parte da Lei que menciona "... de modo a garantir-lhes ..." que existe o viés.^{1:21} Esta estrutura depende da estruturação da sociedade como um todo. Não apenas da orientação e capacitação da família para o cuidado, mas na oferta de profissionais capacitados no cuidado do idoso e em serviços que possam atendê-lo. Remetendo, desta forma, a uma mudança na estrutura dos serviços de saúde, em termos de recursos humanos e infraestrutura.

A Portaria Interministerial MPAS/MS nº 5.153, de 7 de abril de 1999 instituiu o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos pela necessidade de criar alternativas que proporcionem qualidade de vida a estes, atendendo-lhes integralmente, como também a família, de modo que facilite a desinstitucionalização e na capacitação de recursos humanos na atenção desses.²² Na intenção de atender as demandas das necessidades dos idosos, proporcionadas pelo crescimento desta população, foi instituída a profissão de cuidador, através do Projeto de Lei do Senado (PLS) 284/2011, tendo como relatora a Senadora Marta Suplicy. No parecer do relatório, foi expresso o desejo da Comissão que também o serviço de cuidado ao idoso seja acessível a todos os idosos, de

todas as classes sociais, e não transformar a profissão em um luxo de poucos.²³

No texto inicial do Projeto de Lei 284/2011, no Artigo 1º, o cuidador é definido como profissional que, no âmbito domiciliar de idoso ou de instituição de longa permanência, desempenha as seguintes funções: prestação de apoio emocional e na convivência social do idoso; auxílio e acompanhamento na realização de rotinas de higiene pessoal e ambiental e de nutrição para idosos; cuidados de saúde preventivos, administração de medicamentos de rotina e outros procedimentos de saúde; auxílio e acompanhamento no deslocamento do idoso.²³

Entretanto, não se observa no Projeto de Lei uma especificação sobre, por exemplo, quais serão as medicações de rotina que ele administrará ao idoso. A insulina pode ser uma medicação da rotina do idoso, mas que precisa de uma técnica de preparo, de administração e que este domínio é do profissional de enfermagem.

Poderá exercer a profissão de cuidador de idoso o maior de 18 anos que tenha concluído o ensino fundamental e que tenha concluído, com aproveitamento, curso de cuidador. Esta profissão poderá ser exercida no domicílio, residência para idosos e instituição assistencial.²³ A preocupação também consiste em ser um profissional barato para o exercício nas instituições assistenciais (asilos).

Para avançar na questão, torna-se relevante colocar o idoso com demência como uma pessoa que ficará dependente totalmente do cuidado de um cuidador - da família e, principalmente, com os gastos proporcionados pela doença. Em relação aos gastos mundiais com demência, um grupo da Suécia, (Karolinska Institute) tentou estimar os custos mundiais, estes foram orçados em torno de 315 mil milhões de dólares, dos quais, 227 mil milhões (72%) eram financiados pelos países de rendimentos mais elevados e 88 mil milhões (28%) pelos países de baixo e médio rendimento.²⁴

Neste mesmo estudo, o que desperta a atenção foi que os cuidados informais são mais utilizados pelos países menos favorecidos, onde não existem serviços formais de atenção ao idoso, sendo esta a experiência no Brasil. Nos países de baixo rendimento, os cuidados informais representam 56%, nos países de médio rendimento, 42% e, nos países de rendimento elevado, os gastos com o cuidado informal consistem de 31%.²⁵ Verifica-se uma inversão, quem mais necessita deveria receber mais, mas na realidade, ele é o que fica mais onerado no cuidado ao idoso com demência.²⁴ O Censo já mostrou que existe um

quantitativo de idosos que estão descobertos da assistência da Estratégia de Saúde da Família, fortificando, assim, o desamparo do idoso com demência e de quem cuida deste idoso.¹²

O gasto anual por pessoas com demência está relacionado ao rendimento do país. Assim, quanto maior o rendimento, maior o investimento, quanto menor, menos este país dispensará para este atendimento. Então, nos países desenvolvidos, o investimento é estimado em até 4.588 dólares, enquanto que nos países de baixo rendimento é de até 1.521 dólares.²⁵

Estudo realizado no Brasil mostra que as famílias gastam 66% de sua renda com os cuidados com o idoso demenciado. E este gasto difere conforme o estágio da doença, no início pode chegar a 75% e no estágio mais avançado a 62%. Este gasto alcança valores maiores se o idoso com demência possuir outras comorbidades como diabetes e hipertensão. Os custos elevados se justificam pela necessidade crescente de cuidados demandados pelo idoso com demência associadas a estas enfermidades.²⁶

O que se percebe é que a família assume toda a responsabilidade com o idoso demenciado. O cuidado em domicílio fica a cargo de um único membro, o cuidador familiar. Este cuidado onera o cuidador e não existe o reconhecimento de seus atos para com o idoso e a falta de apoio formal e da própria família. São algumas situações que geram grande sobrecarga ao cuidador familiar, afetando diretamente a sua saúde física, mental e social. Entende-se que existe um ônus para o cuidador e que esse quadro pode comprometer a qualidade da assistência prestada ao idoso no domicílio.³

Estas demandas poderiam ser supridas pela existência de uma rede de cuidado e, para muitas pessoas, esta seria o único recurso disponível para oferecer alívio da sobrecarga vivida cotidianamente pelo cuidador do idoso.⁶

O cuidador de idoso com demência precisa de um suporte social eficaz para que este não fique sobrecarregado, configurando, desta maneira, mais um ônus para o SUS. No Brasil, as estruturas de suporte sociais ainda estão frágeis e não constituíram uma rede de apoio organizada.²⁷ Observa-se que é difícil o acompanhamento do crescimento da população idosa pelas políticas públicas. Esta dificuldade se reflete na distribuição das responsabilidades sobre o idoso dependente, cujos familiares assumem como se fosse um problema individual, quando deveriam ter o suporte do Estado.³

Estudo ressalta a possibilidade de aumento dos gastos em saúde com a população idosa.²⁶ Aponta três fatores que poderão contribuir para o aumento desta população: o forte crescimento do número de pessoas idosas, considerando suas fragilidades, os avanços das doenças, apesar das medidas preventivas e da melhora da prática assistencial; a mudança de status feminino também afetará a disponibilidade de apoio familiar para os idosos; e projeções de idosos que serão cuidados por cuidadores não familiares (formais) serão duplicadas até 2020 e será 5 vezes maior em 2040 comparado com 2008. Comenta-se ainda que o modelo vigente de atenção à saúde do idoso é caro, não é eficiente, necessitando de estrutura criativa e inovadora.

Percebe-se que existe uma prática incipiente da legislação na atenção a população idosa e que, apesar de suas limitações, proporcionou benefícios a mais de 18 milhões de idosos no País, correspondendo a aproximadamente 10,5% da população brasileira.²⁸ E esta percepção não se restringe apenas aos pesquisadores, mas aos profissionais que realizam este atendimento e a população que recebe e vivenciam as limitações das políticas.

A Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, no corpo de seu texto, é ampla e complexa pela necessidade de uma reestruturação de toda a sociedade para sua implementação. Todavia, nela existe apenas uma recomendação que o cuidador receba cuidados especiais porque é um fazer desgastante, e não está descrita uma atenção específica para o cuidador de idoso.²⁹ Os estudos científicos sobre o cuidador de idosos apontam sobrecargas e enfermidades a que estão sujeitos, sendo importante também que exista um protocolo de atenção ao cuidador de idosos. Mas, pode-se pensar que, na política, este atendimento ao cuidador está em oculto, ou seja, também na maioria das vezes não é um idoso? Mas se a existência da política, que consiste em uma legislação maior de atendimento ao idoso, não é garantia assistência, um atendimento em oculto ao cuidador, este obterá o que necessita?

Os serviços da saúde também aumentarão seus gastos com a doença deste familiar. Torna-se então necessário uma meta de atenção aos cuidadores, investimentos em recursos humanos e infraestrutura na atenção ao idoso com demência e ao seu cuidador.⁶

A Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana construíram um modelo de atenção à saúde, intitulado

Atenção à Saúde do Idoso - aspectos conceituais, que aborda os aspectos conceituais e também descreve um modelo de cuidados ao idoso.³⁰ Neste material, são propostas oito intervenções clínicas de assistência ao idoso: Avaliação Multidimensional, Planejamento das ações, Autocuidado Apoiado, Monitoramento, Estratégias Motivacionais, Cuidado Transicional, Educação e suporte à família, Recursos Comunitários (implementação do cuidado guiado). Esta proposta está em consonância com as políticas do SUS e de atenção à saúde do idoso.

Ainda se observa neste documento que ele possui um capítulo sobre os fatores contextuais como avaliação sociofamiliar, avaliação do cuidador e do ambiente. Sobre o item da avaliação do cuidador, o que se destaca é a maneira realista que é abordada a problemática do cuidador concernente às condições físicas, emocionais, financeiras, que geralmente também são idosos, do sexo feminino, frágeis, mas não apontam uma estratégia de cuidados para eles, se limitando apenas a uma avaliação.³⁰

Percebe-se assim, a fragmentação e descontinuidade do cuidado para com este cuidador que, na maioria das vezes, também é um idoso. Vale refletir que a construção deste documento é pautada em uma realidade diferente da nossa, sendo importante que, para aplicação no Brasil, seja feita uma adequação à realidade nacional.

Outro ponto a ser comentado se refere à capacitação dos profissionais para atender aos idosos e cuidadores. Existe uma necessidade de conhecimento dos assuntos de geriatria e gerontologia, também de sensibilidade, capacidade de escuta para com esta clientela idosa devido às próprias dificuldades do envelhecer que podem proporcionar isolamento social, solidão, dificuldades no relacionamento familiar e de convivência com as doenças. Sensibilidade esta que também se aplica para os cuidadores que se sentem cerceados de suas vidas, responsáveis pelo cuidado de seu familiar, sobrecarregados e sem opções de suporte.

Ao contemplar as legislações existentes, os artigos lidos, em um movimento de distanciamento e aproximação, permitiram, deste modo, refletir que: este cuidador também é idoso e se é um idoso, ele já não está amparado pela legislação vigente? Por outro lado, pergunta-se: as leis foram construídas apenas para se configurarem como um projeto, um sonho ou como aquilo que refletirá uma *característica do fazer cumprir* de uma nação compromissada com sua

finalidade maior? Ajuíza-se que a legislação foi construída para proporcionar realmente benefício e garantir o atendimento, mas a aceitação de não completude de suas metas, não faz apenas lamentar, mas contemplar a situação de desamparo que vive aquele que depende delas.

CONCLUSÃO

O cuidador de idoso ainda não possui redes de suporte para minimizar a sobrecarga e facilitar o cuidado. Pode-se identificar que mesmo com um alcance populacional limitado, a Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa proporciona benefícios e até consegue mudar a representação social do envelhecimento.

Por intermédio dos estudos, foram identificados os problemas do cuidador de idoso com demência, constituindo, desta forma, uma maneira de construir diretrizes para o cuidado com o cuidador e para a implementação de uma Política tão completa e complexa. Muitas mudanças nos contextos sociais, estruturais e de capacitação profissionais serão necessárias, ainda assim, continua ainda a questão: por que ainda se configura um projeto a se idealizar?

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999: aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, nº 237-E, 13 dez 1999. Seção 1, p. 20-24.
2. Brasil. Lei Nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília [Internet]. 2003 [cited 10 Dec 2013]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm
3. Santos NF, Silva MRF. O Cuidador Familiar e as Políticas Públicas de Atenção ao Idoso. In: VII Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social Territórios em Movimento: Caminhos e Descaminhos da Gestão Social e Ambiental. Belém, Pará, Maio, 2013.
4. Oliveira PP, Amaral JG, Barboza TAV, Amorim DVF, Rodrigues AB, Onofre PSC. Conhecimento de estudantes de enfermagem com formação técnico-profissionalizante sobre a doença de Alzheimer. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 Feb [cited 2013 Oct 20];7(2):527-53. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4045/pdf_2059

5. Pinto MF, Barbosa DA, Ferreti CEL, Souza LF, Fram DS, Belasco AGS. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [cited Nov 2013];22(5):652-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf>
6. Luzardo AR, Waldman BF. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá [Internet]. 2004 [cited 2013 Nov 20];26(1):135-145. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1640/1067>
7. Kawasaki K, Diogo MJD. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2001 [cited 2013 Dec 01];35(3):257-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n3/v35n3a08>
8. Valentini IB, Zimmermann N, Fonseca RP. Ocorrência de depressão e ansiedade em cuidadores primários de indivíduos com demência de Alzheimer: estudos de casos. Estud. interdiscipl. envelhec. [Internet]. 2010 [cited 2013 Nov 15];15(2):197-217. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/15150/11480>
9. Cruz MN, Hamdan AC. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. Psicologia em Estudo [Internet]. 2008 abr/jun [cited 2013 Nov 30];13(2):223-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a04v13n2.pdf>
10. Borghi AC, Sassá AH, Matos PCB, Decesaro MN, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2011 [cited 2013 Dec 03];32(4):751. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/21593>
11. Camargos EF, Souza AB, Nascimento AS; Morais-e-Silva AC, Quintas JL, Louzada LL, Souza PM. Uso de psicotrópicos por cuidadores de pacientes idosos com demência: isso é um sinal de sobrecarga do cuidador? Arq Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2012 [cited 2013 Dec 12];70(3):169. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2012000300003&script=sci_abstract&tlng=pt
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese De Indicadores Sociais 2010 Uma Análise Das Condições De Vida Da População Brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2010 [Internet]. [cited 2013 Oct 29]. Available from: ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sint

[ese_de Indicadores Sociais 2013/SIS_2013.pdf](#)

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Síntese De Indicadores Sociais 2013 Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2013 [cited 2014 Apr 23]. Available from:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/indicadores_minimos/sintese_indicadores_sociais_2013/

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. REDES ESTADUAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO. GUIA OPERACIONAL e PORTARIAS RELACIONADAS. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2002 [Internet]. [cited 2013 Dec 23]. Available from:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf

15. Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SASMS nº 249 de 16 de Abril de 2002: Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília, 2002 [Internet]. [cited 2013 Nov 20]. Available from:

http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=7489

16. Brasil. Portaria nº 702 de 12 de Abril de 2002. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília, 2002 [Internet]. [cited 2013 Nov 20]. Available from:

<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/239984.pdf>

17. Creutzberg M, Santos BRL. Famílias cuidadoras de pessoa idosa: relação com instituições sociais e de saúde. Rev bras enferm [Internet]. 2003 Nov/Dec [cited 2013 Dec 14];56(6):624-629. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n6/a06v56n6.pdf>

18. Bocchi SCM, Cano KC, Baltieri L, Godoy DC, Spiri WC, Monti JCMC. Moving from reclusion to partial freedom: the experience of family caregivers for disabled elderly persons assisted in a day care center. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 Sept [cited 2014 Feb 28];15(6):2973-2981. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600036&lng=en

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 2006 [Internet]. [cited 2013 Nov 22]. Available from:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>

20. Rostelato T. Os direitos humanos do idoso e as nuances protetivas no ordenamento jurídico brasileiro: uma abordagem acerca da (des)necessidade do estatuto do idoso. A. Lex Humana [Internet]. 2011 [cited 2013 Nov 22]; 3(2):105. Available from:

<http://seer.ucp.br/seer/index.php?journal=LexHumana&page=article&op=view&path%5B%5D=154>

21. Alves PRR, Sobrinho LLP, Morandini J. Do constitucionalismo sanitário ao Estatuto do Idoso: o direito à saúde como aquisição evolutiva e suas formas de efetivação. RBCEH [Internet]. 2008 jul/Dec [cited 2013 Nov 22];5(2):141-149. Available from:

<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/345/255>

22. Brasil. Ministério de Estado da Previdência e Assistência Social e da Saúde. Portaria Interministerial Ms/Mpas Nº 5.153, De 7 De Abril De 1999. Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. Brasília, 1999 [Internet]. [cited 2013 Nov 20]. Available from:

<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/legislacao/portaria5153.pdf>

23. Brasil. Senado Federal. Secretaria-Geral da Mesa. Atividade Legislativa - Tramitação de Matérias. Projeto de Lei do Senado nº 284, de 2011 [Internet]. [cited 2013 Dec 10]. Available from:

<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=115376&tp=1>

24. Alzheimer's Disease International: World Alzheimer Report 2012: the global economic impact of dementia [Internet]. 2010 [cited 2013 Oct 10]. Available from:

http://www.alz.org/documents/national/world_alzheimer_report_2010.pdf

25. Alzheimer's Disease International: The International Federation of Alzheimer's Disease and Related Disorders Societies, Inc. Relatório sobre a Doença de Alzheimer no Mundo 2009. Resumo Executivo [Internet]. [cited 2013 Oct 10]. Available from:

<http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport-Portuguese.pdf>

26. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [cited 2013 Dec 20];17(1):231-238. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100025&lng=en



<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100025>

27. Nardi EFR, Oliveira, MLF. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. Rev Gaucha de Enferm [Internet]. 2008 Mar [cited 2013 Dec 31];29(1):47-53. Available from: seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/.../2997.

28. Fernandes MTO, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2014 Jan 01] 46(6):1494-1502. Available from: www.ee.usp.br/reeusp/

29. Cerqueira ATAR, Oliveira NIL. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. Psicol USP [Internet]. 2002 [cited 2014 Jan 03];13(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100007&lng=pt&nrm=iso.

30. Moraes EN. Atenção a Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012 [Internet]. [cited 2013 Nov 20]. Available from: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>

Submissão: 21/06/2014

Aceito: 09/11/2014

Publicado: 01/12/2014

Correspondência

Mirian Da Costa Lindolpho
Departamento de fundamentos de
Enfermagem e Administração
Escola de Enfermagem Aurora de Affonso
Costa
Universidade Federal Fluminense
Rua Dr. Celestino, 74 / 4º andar / sala 41
Bairro Centro
CEP 24020-091 – Niterói (RJ), Brasil