



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS

CURSO: PSICOLOGIA

**A IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS
FAMILIARES CUIDADORES DE IDOSOS**

MÁRCIA BATISTA RAPOSO

BRASÍLIA

JUNHO/2007

MÁRCIA BATISTA RAPOSO

**A IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS FAMILIARES
CUIDADORES DE IDOSOS**

**Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília – UniCEUB
como requisito básico para a obtenção
do grau de Psicólogo da Faculdade de
Ciências da Saúde - FACS. Professora
Orientadora: Maria do Carmo de Lima
Meira.**

BRASÍLIA/DF, Junho de 2007.



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS

CURSO: PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Orientadora: Maria do Carmo de Lima Meira

Cristina Loyola

Cynthia Ciarallo

A Menção Final obtida foi:

BRASÍLIA, JUNHO/2007.

À minha mãe e irmãos, pela motivação e apoio durante a minha graduação. Ao meu pai, Gilson que, infelizmente não pude vê-lo velhinho, mas que enquanto esteve presente dedicou-se ao meu processo de educação. À minha avó Izabel, cujo processo de envelhecimento me inspira a dedicação a este campo de estudo. A todos que me ajudaram a construir este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a Deus por ter me oferecido condições de concluir este trabalho, pela oportunidade de obter novos conhecimentos e também por me iluminar a cada dia no decorrer da minha graduação.

Agradeço à minha Orientadora, Maria do Carmo, pelas orientações concedidas, pela ajuda e atenção durante a realização deste estudo.

Ao meu pai Gilson (in memoriam) e minha mãe Taninha pela perseverança ensinada através de seu amor e compreensão.

Ao meu namorado, Paulo Henrique, que sempre esteve presente nos momentos mais importantes da minha vida, demonstrando seu amor, carinho, atenção e principalmente pela constante motivação durante esta fase final do curso.

Aos meus amigos que acompanharam, mesmo à distância, todo o processo dessa jornada, em especial Leticia Santos e Octávia Moura pela grande amizade iniciada na faculdade e que com certeza será eterna.

“Não é horrível envelhecer, mas sim o que pensamos a respeito. A alegria de viver não nos é dada de presente, nem sequer é fruto de sorte ou de azar. Tampouco podemos ingeri-la na forma de comprimidos hormonais. À felicidade, temos de consegui-la nós mesmos, a cada dia e em cada fase de vida. Porque nem a pele mais lisa pode dar-nos a alegria de viver se a alma está cheia de rugas.”

Sylvia Schneider

RESUMO

A presente monografia constitui-se de uma revisão bibliográfica sobre a importância da qualidade de vida dos cuidadores de idosos. Considerando que a população idosa vem crescendo acentuadamente no Brasil e no mundo, como resultado da diminuição da taxa de mortalidade, faz-se necessário que as diversas áreas do conhecimento, e em especial, a Psicologia, se voltem para compreender os problemas que afligem essa parcela da população. O cuidado do idoso doente em domicílio é visto como a melhor forma de manter a estabilidade da doença e a sua boa qualidade de vida. O cuidador familiar é aquele que assume a responsabilidade nos cuidados com o idoso debilitado, porém, essa tarefa torna-se árdua quando o cuidador sente-se sobrecarregado e com dificuldades em conciliar suas atividades diárias com o autocuidado. O objetivo desta monografia é identificar os fatores físicos, sociais ou psicológicos que alteram a qualidade de vida dos familiares cuidadores de idosos, que deixam de lado sua vida social e de lazer. Acredita-se, com isso, poder contribuir para dirimir as dificuldades dos idosos e familiares, reproduzindo informações sobre as reações dos cuidadores que lidam com situações práticas e emocionais ao cuidar de idosos dependentes, indicando os fatores geradores de estresse e apontando alternativas para uma boa qualidade de vida. Dentre as sugestões apresentadas, destacam-se o apoio dos outros familiares, a necessidade dos momentos de lazer e o incremento de suporte social junto aos cuidadores mediante um maior envolvimento da sociedade e do Estado.

Palavras-Chaves: envelhecimento, cuidadores de idosos e qualidade de vida.

SUMÁRIO

RESUMO.....	vi
INTRODUÇÃO.....	1
1. CAPITULO I – ENVELHECIMENTO.....	4
2. CAPITULO II – CUIDADORES DE IDOSOS.....	12
3. CAPITULO III – QUALIDADE DE VIDA DOS FAMILIARES CUIDADORES DE IDOSOS.....	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
BIBLIOGRAFIA.....	36

A realidade mundial tem demonstrado um crescimento acentuado da população de idosos. A esperança de vida ao nascer tem aumentado em quase todo o mundo e a longevidade atual dos brasileiros é uma realidade, principalmente para a população acima dos sessenta anos de idade.

No Brasil, o processo de transição demográfica ocorreu rapidamente e não se fez acompanhar pelo desenvolvimento socioeconômico, trazendo conseqüências para a sociedade, que não está preparada para o atendimento desse contingente.

O envelhecimento populacional também traz mudanças para as famílias. Neri (2002) afirma que, em todo o mundo, a família é a principal fonte de cuidados de idosos. Tais cuidados, quando proporcionados por familiares, atendem normas socioculturais, e, ao mesmo tempo, seguem regras sociais de parentesco, gênero e idade.

Caldas (2003) afirma que noventa por cento das famílias que cuidam de idosos não recebem ajuda de serviços, organizações, grupos voluntários e/ou agências particulares. Quarenta por cento dos cuidadores também referiram necessitar de apoio que não receberam, tais como orientações, apoio pessoal, auxílio em transporte, entre outros. Caldas (2003) informa, ainda, que seu estudo evidencia que a tarefa de amparar os idosos está quase que exclusivamente sob a responsabilidade das famílias, uma vez que a organização comunitária em torno do problema apresenta-se em fase inicial. Observa-se, ainda, que as dificuldades dos familiares que cuidam de parentes idosos sobrecarregam o cuidador, causando-lhe mal-estar e estresse e afetando, também, sua qualidade de vida.

O presente Trabalho tem como eixo a questão do envelhecimento com dependência e o impacto que a responsabilidade com relação ao idoso gera na família cuidadora. A intenção é, por meio de uma revisão bibliográfica sobre o tema, oferecer subsídios para futuras pesquisas que levem a medidas de apoio aos idosos e suas famílias.

A escolha do tema deu-se em função da necessidade de reconhecer que essa questão tende a se tornar um problema de saúde pública, pois o envelhecimento da população é um fato evidente no mundo atual e, com isso, torna-se cada vez mais importante compreender a sua problemática e pesquisar mecanismos que ajudem essa crescente população a ter uma vida mais digna e de qualidade.

Tendo em vista esse aumento progressivo da população idosa, o resgate do papel do cuidador é uma questão a ser pensada. Para os cuidados necessários, espera-se que haja alguém capaz de desenvolver ações de ajuda naquilo que os idosos não podem mais fazer por si só. O cuidado dispensado ao idoso dependente, geralmente, se transforma em uma tarefa árdua e complexa. A sobrecarga do trabalho diário, as responsabilidades, a carga financeira, a incerteza e o cansaço físico acarretam sentimentos de angústia, insegurança, culpa e desânimo, entre outros.

O estudo mostra que é necessária a união de esforços em todos os níveis: governamentais, não governamentais e comunidade. Nos dias atuais, não se concebe o atendimento isolado ao idoso, mas ele deve, sim, ser integrado a família, à comunidade e à instituição para contribuir na melhoria da qualidade de sua vida. Para isso, é de suma importância o apoio de equipe interdisciplinar, ou seja, esse suporte técnico pressupõe a participação de várias categorias de profissionais. No caso de idosos fragilizados, geralmente, os próprios familiares tornam-se cuidadores informais. Ser cuidador implica uma multiplicidade de interações, negociações e conflitos interpessoais.

Os autores citados neste trabalho destacam a necessidade de que os cuidadores informais recebam treinamento básico referente a atividades como a higiene pessoal e a modificação de rotina, e propõem a instalação de núcleos, que oportunizem a troca de experiências entre os cuidadores, colaborando para evitar o isolamento tanto do idoso cuidado quanto do cuidador.

Diante do envelhecimento populacional e das dificuldades relacionadas aos cuidados prestados a essa população, pretendeu-se realizar este trabalho com o objetivo de identificar quais os fatores físicos, sociais ou psicológicos que alteram a qualidade de vida dos familiares cuidadores de idosos. Com isso, pretende-se contribuir para dirimir as dificuldades dos idosos e familiares, reproduzindo informações sobre as reações dos cuidadores que lidam com situações práticas e emocionais ao cuidar de idosos dependentes, indicando os fatores geradores de estresse nessa atividade e apontando alternativas para uma boa qualidade de vida.

O estudo será estruturado em duas partes. A primeira é o referencial teórico, no qual constam os principais autores pesquisados que definem conceitos e demonstram fatores relacionados ao tema. Essa parte está dividida em três seções: a primeira diz respeito ao processo de envelhecimento: seus diferentes conceitos; os ganhos e perdas no processo de envelhecer e algumas características para um envelhecimento saudável. A segunda é dedicada aos cuidadores de idosos: quem é o cuidador familiar; como é feito o processo de escolha; quais as características de um cuidador e os cuidados prestados ao idoso dependente. A terceira e a última seção têm como objetivo ressaltar os elementos necessários para uma boa qualidade de vida, tanto dos cuidadores como do idoso. Por fim, na segunda parte, será apresentado a conclusão, onde será feita uma síntese do trabalho, e as sugestões correlatas ao tema proposto.

1. O envelhecimento

Um dos benefícios do século XX foi o aumento da esperança de vida para a maioria dos países do mundo (GDF-SEAS, 2003). Essa conquista de alguns anos a mais de vida gera desafios para a sociedade. Por isso o estudo do envelhecimento e da velhice, como processo de ciclo vital, é, atualmente um dos principais focos de atenção dos agentes sociais e governamentais (GDF-SES-NAISI). O aumento da sobrevida demanda novas estratégias e, principalmente, o estabelecimento de políticas públicas que garantam o exercício pleno da cidadania, de sessenta anos ou mais. As estatísticas projetam para o ano de 2025, uma população que colocará o Brasil como sexto país do mundo com idosos nessa faixa etária (SIMOES, 1998).

Vitta (2004) argumenta que a crescente longevidade das populações é devido ao forte declínio nas taxas de fertilidade e mortalidade em decorrência do aumento e melhoria da qualidade de serviços de saúde, da alimentação, higiene, dentre outros.

Linhares, et. al. (2003) relembra que o estudo do envelhecimento humano nem sempre foi objeto de interesse da Psicologia. Durante uma parte significativa do século XX, pesquisadores concentraram esforços na compreensão da infância e da adolescência. Segundo Almeida (1999), *apud* Linhares et. al, (2003) a concepção dos anos tardios de vida como um período exclusivamente de declínio e perdas pode ter contribuído para a manutenção de mitos e preconceitos acerca do envelhecimento.

Para esses autores, são muitos os desafios a serem enfrentados no presente século, pois o processo de envelhecimento é inerente à vida, constituindo um fenômeno complexo que afeta o sujeito humano de modo muito particular. Diferenças na experiência do

envelhecimento se devem a fatores biológicos, psicológicos, sociais, e culturais que determinam a existência humana. (FERNANDES, 2000 *apud* LINHARES et. al, 2003)

A velhice, segundo a gerontologia, é entendida como:

*(...) um processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que culminam por levá-los à morte (MEIRELLES, 2000, p. 28 *apud* ROLIM e FORTI 2004, p.57).*

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), velhice “(...) é o prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas” (ARAÚJO, 2001, p.57 *apud* ROLIM e FORTI 2004, p.57)

Para Diogo, Neri e Cachioni (2004), a velhice não é simplesmente uma etapa de declínio inevitável e universal rumo à morte, mas que nela os indivíduos convivem tanto com limites, quanto com potencialidades para o funcionamento, o que se reflete numa complexa dinâmica de alterações físicas e comportamentais, que se expressam em ganhos e perdas concorrentes.

Mazo, Lopes e Benedetti (2001), *apud* Rolim e Forti (2004) relatam que essas definições são influenciadas por componentes sociais, biológicos, intelectuais e funcionais. Para esses autores, o envelhecimento biológico é um processo contínuo, que ocorre durante toda a vida. O social é o processo que ocorre de forma diferenciada nas mais diversas culturas, como por exemplo, a aposentadoria. O envelhecimento intelectual tem seu início percebido quando o indivíduo apresenta falhas na memória, dificuldades na atenção,

apresentando modificações desfavoráveis em seu sistema cognitivo. Por fim, o envelhecimento funcional passa a ser percebido quando o indivíduo começa a depender do outro para o cumprimento de suas necessidades básicas.

Rolim e Forti (2004) destacam três aspectos do envelhecimento. Um aspecto primário é o fenômeno universal e progressivo que apresenta uma diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo de forma gradativa. O fenômeno com alterações ocasionadas por doenças associadas ao envelhecimento, como câncer e doenças coronarianas, entre outras, denomina-se envelhecimento secundário. O chamado envelhecimento terciário ou terminal apresenta-se como um fenômeno em que grandes perdas físicas e cognitivas são percebidas, em um período relativamente curto de tempo, normalmente levando à morte.

O processo do envelhecimento vem normalmente acompanhado de um declínio das funções gerais. A função motora é certamente comprometida em menor ou maior grau nos indivíduos idosos. De acordo com Gomes e Diogo (2004) as informações visuais, vestibulares e somatossensoriais sofrem alterações com o passar dos anos. A acuidade visual diminui com a idade. A audição é também afetada: trinta por cento das pessoas com sessenta anos ou mais apresentam uma dificuldade na capacidade de ouvir sons em alta frequência, agudos, o que leva a uma diminuição da capacidade de entendimento e de discriminação da fala. (CRAIK, 1993; VANDERVOORT, 1998 *apud* GOMES e DIOGO 2004). A pele sofre lento processo de envelhecimento, que está ligado à cor, à textura, ao grau de gordura, e à maior ou menor exposição aos fatores ambientais. O sentido gustativo também diminui. O tato e olfato são os menos atingidos. (GDF-SEAS, 2003).

Para Simões (1998), por volta dos 70 anos de idade, a estatura do idoso sofre um pequeno encurvamento, devido ao fato da coluna curvar-se para frente. Uma outra característica da velhice é a flacidez, que surge em função do acúmulo de gordura na região subcutânea. Para esse autor, com o passar do tempo, a inteligência pode ou não sofrer

decréscimo, diferentemente da memória, cujo declínio é inevitável. Segundo Simões (1998), a personalidade do idoso modifica-se de acordo com as mudanças de ordem física e intelectual, vividas no ambiente familiar ou fora dele. Essas mudanças geram estados de insegurança, medo, tensões, expressos através de atitudes mais rígidas, conservadoras ou indiferentes, expostas pelos idosos.

À medida que o indivíduo envelhece, surgem doenças crônicas, dentre elas, a hipertensão arterial e doenças osteoarticulares que contribuem, juntamente com maus hábitos de saúde, para a incapacitação funcional do idoso. A diminuição da capacidade funcional não está somente relacionada a doenças físicas. A demência e a depressão, por exemplo, podem gerar limitações importantes e alterar significativamente a qualidade de vida das pessoas (LINHARES, et.al., 2003). Essas modificações físicas e mentais variam de pessoa para pessoa, dependendo, entre outros aspectos, de suas condições físicas, do meio ambiente e do estilo de vida (SIMOES, 1998).

Baltes (1987), *apud* Silvia e Gunther (2000) enfatiza o desenvolvimento como um constante equilíbrio entre ganhos e perdas individuais. Apresentam os papéis sociais como propriedades positivas ao favorecerem oportunidades de aquisição e de uso das habilidades. Contudo essas propriedades tornam-se negativas ao gerarem tensões, conflitos e ambigüidade. Para compensar tais perdas, ocorre também o aumento da necessidade de utilização dos recursos psicológicos, sociais e materiais oferecidos pela cultura, como por exemplo, a educação, que oferece instrumentos para otimizar, compensar e estimular o desenvolvimento individual (BALTES, 1997 *apud* SILVA e GUNTHER, 2000).

A terceira idade difere de outras categorias etárias no que se refere a inúmeras perdas de relacionamentos significativos (por afastamento ou por morte) e profundas modificações familiares, tais como ausência dos pais e do cônjuge e novas famílias constituídas pelos filhos. Outras dificuldades quanto ao mercado de trabalho, uma batalha contínua contra

doenças crônicas e perdas orgânicas, proximidade da morte, ameaça à sexualidade (menopausa, andropausa, respostas mais demorada para ereção e ejaculação), inteligência e integridade afetam o idoso (GDF-SEAS,2003).

Segundo Lazaeta (1994), *apud* Silva e Gunther (2000) os principais fatores de influência da sociedade sobre os indivíduos idosos são as respostas sociais ao declínio biológico, a mudança da identidade social, o afastamento do trabalho, a desvalorização social da velhice e a falta de definição sociocultural de atividades em que o idoso possa perceber-se útil e alcançar reconhecimento social. Nesse sentido Durkin, (1995) *apud* Silva e Gunther (2000) afirma que, quando uma pessoa aposenta, diminui sua autoridade, seu papel econômico se torna menos claro, sua renda diminui. Como esses critérios definem uma situação social, ocorre, conseqüentemente, uma perda de status que contribuem para a imagem da pessoa idosa como decadente e do envelhecimento como um processo de perdas.

Para Simões (1998), a família pode torna-se um problema para o idoso. As transformações ocorridas nos relacionamentos entre pessoas do mesmo grupo familiar, principalmente entre pais e filhos, geram comportamentos negativos como inveja, indiferença, desconfiança, hostilidade. Esses comportamentos estabelecem um ambiente de conflito, pois os filhos passam a ocupar posições anteriormente ocupadas pelos pais, em relação ao poder. É a inversão de papéis que ocorre de forma explícita no seio da família, diminuindo as responsabilidades para os que até então eram responsáveis. Em contrapartida, nessa fase da vida, a família é o suporte essencial para o desenvolvimento da autonomia do idoso.

A predominância da visão negativa da velhice pode estar ligada à maneira como os próprios respondentes se vêem e relaciona-se às atitudes negativas que a sociedade tem em relação ao idoso (DURKIN, 1995 *apud* SILVA e GUNTHER, 2000). A mídia costuma apresentá-los como economicamente dependentes, apesar de sinalizar e insistir na sua “recente” pró-atividade, ao transmitir reportagens e imagens de idosos dançando, estudando

ou namorando. Mesmo os considerados física e mentalmente capazes são discriminados pela idade e recusados no desempenho de uma série de atividades (SIMÕES, 1998). Essas atitudes podem ser reflexo do baixo status sócio-econômico, problemas de saúde e solidão freqüentemente associados ao envelhecimento (NERI, 1991 *apud* SILVA e GUNTHER, 2000).

Idosos fragilizados “apresentam comprometimento da capacidade funcional ou limitações advindas de doenças físicas e mentais, ou de lesões ou afecções crônicas e agudas” (LAWTON,1991; GENTILE,1991; *apud* TORRES, SÉ, QUEROZ, 2004 p.87). Sofrem também grandes perdas físicas, mentais ou sociais e requerem uma ampla rede de suporte e de serviços reabilitadores (NEUGARTEN, 1982 *apud* TORRES, SÉ, QUEROZ, 2004). Embora relacionada com a fragilidade, a dependência é um fenômeno com inúmeras interfaces com aspectos mentais, físicos, econômicos, sociais e emocionais. Caldas (2003) cita a dependência como uma necessidade de ajuda indispensável para realização dos atos elementares do cotidiano, por exemplo, para fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições, limpar a casa, tomar o banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas, entre outros. Porém, a dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução pode modificar-se e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados. Em alguns momentos da vida, como na infância, a dependência é vista como necessária, mas em outros, como na velhice, é vista como evento negativo e estressante, (TORRES, SÉ e QUEROZ, 2004).

De acordo com esses autores, a dependência física é uma incapacidade funcional para realização de atividades diárias, causada pelo agravamento de doenças crônicas ou pelo surgimento de doenças típicas da velhice, tais como Alzheimer e depressão, entre outros. Essa incapacidade estabelece uma relação significativa com a dependência comportamental, que ocorre quando o indivíduo acredita ser incompetente para lidar com determinadas situações. A

dependência cognitiva é a necessidade de apoio para tomada de decisão, que tem relação direta com a perda da autonomia.

Diferentes tipos de doenças e de graus de fragilidade causam diferentes dependências funcionais e cognitivas. A independência funcional significa poder sobreviver sem ajuda para realização de atividades instrumentais de vida diária e de atividades básicas de autocuidado (TORRES, SÉ e QUEROZ, 2004). Essa independência gera um envelhecimento satisfatório, que é resultado de uma interação do indivíduo com o meio ambiente e do equilíbrio entre suas limitações e potencialidades, permitindo-lhe enfrentar perdas comuns nessa fase de vida, como a aposentadoria, doenças e mortes (LINHARES, at.al., 2003).

Cachioni (1999), *apud* Todaro e Filho (2004) ressalta que quanto mais ativo o idoso, maior a sua chance de um envelhecimento bem-sucedido:

Tirar o idoso do isolamento, proporcionar-lhes saúde, energia e interesse pela vida, modificando sua imagem perante a sociedade. É possível compensar todo o tipo de dificuldade devido à idade e obter novas possibilidades de vida e bem-estar graças a uma ação apropriada composta de exercícios físicos, vida social, atividades culturais e medicina preventiva (CACHIONI,1999 TODARO e FILHO (2004 p.191).

É pensando nesse envelhecimento bem sucedido que, no Brasil, estão sendo oferecidas atividades para idosos, tanto nos ambientes acadêmicos, quanto nos espaços públicos. São os chamados Centros de Convivência de Idosos, que oferecem oportunidades educacionais, atividades de lazer, desenvolvimento de novas habilidades artísticas e intelectuais, religiosidade e principalmente atividades físicas (NERI, 1995 *apud* TODARO e FILHO, 2004). O propósito é o envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria da capacidade

funcional, e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes exercer de forma independente suas funções na sociedade.

Por outro lado, idosos dependentes necessitam de auxílio de outras pessoas para realização das atividades diárias. São os denominados cuidadores de idosos que serão apresentados na próxima seção.

2. Cuidadores de idosos

O domicílio é visto atualmente como um espaço em que pessoas portadoras de doenças crônicas e outras afecções, idosas ou não, podem viver com boa qualidade de vida e manter a estabilidade da doença. Assim, a experiência de cuidar de um doente em casa torna-se cada vez mais freqüente no cotidiano das famílias.

Girardon-Perlini, (2001) *apud* Cattani e Girardon-Perlini, (2004) defende que o domicílio constitui o melhor lugar para o idoso envelhecer. Permanecer junto à família representa a possibilidade de garantir a autonomia e preservar sua identidade e dignidade.

Cattani e Girardon-Perlini (2004), destacam o adoecimento como um dos principais fatores que necessita da presença de outrem para ajudar nos cuidados. Nestas ocasiões, os membros da família assumem o papel de cuidadores, por terem uma responsabilidade culturalmente definida ou um vínculo afetivo. A perda de independência e da autonomia de um idoso pressupõe que, em casa, alguém assuma as funções de cuidador. Trata-se de uma pessoa que chama para si a incumbência de realizar as tarefas que o doente não tem possibilidade de realizar; tarefas que vão desde a higiene pessoal até a administração financeira da família (KARSCH, 2003).

Geralmente, a função de cuidador é assumida, seja por vontade, disponibilidade ou capacidade, por uma única pessoa, denominada cuidador principal. Este assume tarefas de cuidado, atendendo às necessidades do idoso e responsabilizando-se por elas, além de representar o elo entre o idoso, a família e a equipe de saúde (KARSCH, 1998 *apud* CATTANI e GIRADON-PERLINI, 2004).

Mendes (1995), *apud* Cattani e Girardon-Perlini, (2004) explica que o processo de torna-se cuidador pode ser imediato ou gradual. Definir quem será o cuidador familiar de um

idoso doente, no domicílio, constitui uma situação em que a família, na maioria das vezes, necessita reorganizar-se e negociar possibilidades que incluem identificar, conforme o parentesco, a disponibilidade de tempo e o desejo pessoal de assumir essa tarefa. Em contrapartida, Karsch (1998) *apud* Cattani e Giradon-Perlini (2004) relata que a aceitação de ser cuidador se dá, geralmente, num processo “inconsciente”. Ou seja, a pessoa, num ato espontâneo e impulsivo, assume o cuidar ou, sem perceber, vai assumindo pequenos cuidados e descobre-se como cuidador principal, ficando completamente comprometido. “É como se de um lado o cuidador escorregasse cada vez mais para dentro da situação e, de outro, os não-cuidadores deslizassem cada vez mais para fora dela” (KARCH, 1998, P. 138. *apud* CATTANI e GIRADON-PERLINI, 2004)

A designação do cuidador é informal, mas o processo de ser cuidador resulta de quatro fatores: a) parentesco, que é o mais freqüente para os cônjuges, antecedendo sempre a presença de algum filho; b) o gênero, com predominância para mulheres; c) a proximidade física, considerando quem vive com a pessoa que requer os cuidados e d) a proximidade afetiva, destacando a relação conjugal e a relação entre pais e filhos (MENDES, 1995 *apud* CATTANI e GIRADON-PERLINI, 2004).

As mulheres são geralmente caracterizadas como cuidadoras principais por terem um papel cultural e socialmente atribuído, ao cuidar dos filhos, do marido, dos doentes e dos velhos. Entre elas, as esposas são as mais freqüentes, seguidas a filha mais velha ou a nora mais velha (DIOGO, CEOLIM e CINTRA, 2005).

Diogo et.al. (2005) afirmam que, quando o cuidador fica impossibilitado de executar as tarefas, um outro membro da família colabora no cuidado. Esse membro é denominado o cuidador secundário, e cuida ocasionalmente, sem o compromisso, divide a responsabilidade com o cuidador primário, auxiliando-o e substituindo-o quando necessário, fornece retaguarda

financeira ou ajuda em situações específicas como, por exemplo, no transporte e nas atividades sociais.

Estudos realizados por Cattani e Giradon-Perlini (2004) investigaram a escolha do cuidador familiar. Alguns entrevistados relataram que assumiram o cuidado do idoso doente porque entenderam ser uma obrigação matrimonial, tanto do esposo como da esposa, pois que, uma vez casados, constitui-se dever um cuidar do outro até o fim da vida. Para os casais, principalmente idosos, cuidar de seu companheiro(a) é tido como uma etapa normal e esperada no processo de envelhecer. Quando o cônjuge não pode desempenhar esse papel ou já é falecido, a responsabilidade pelos cuidados passa a ser uma obrigação filial. Os filhos cuidam pelo amor que sentem pelo genitor, pois resgatam o carinho, e a possibilidade de retribuir valores e cuidados recebidos durante a infância.

Entre as atividades que se instalam na nova dinâmica de vida do cuidador estão: preparar a alimentação, que é muitas vezes diferenciada; administrar medicamentos; estabelecer uma rotina para exercícios e atividades de conforto, que incluem efetuar a higiene pessoal, pentear o cabelo, escovar os dentes, cortar as unhas, vestir, locomover de um lugar para outro, subir as escadas, sentar, levantar, deitar, entre outras (MENDES, 1995; KARSCH, 1998 *apud* CATTANI e GIRADON-PERLINI, 2004).

Desempenhar essas tarefas de cuidar do idoso doente e dependente no domicílio deflagra diferentes sentimentos que são vivenciados pelos cuidadores diariamente. Os cuidadores devem prestar atenção aos sinais de alerta da sobrecarga, tais como: distúrbio de sono, perda de energia, fadiga crônica, isolamento, uso de substâncias tóxicas, problemas físicos, alteração de memória, baixa concentração, agressividade, entre outros (CERQUEIRA e OLIVEIRA, 2002).

O comprometimento com o idoso dá origem a um conjunto de estressores que exercem pressão específica sobre a vida do cuidador. Segundo Seyle (1956), *apud* Neri e Sommerhalder (2002), o estresse é uma resposta adaptativa a exigências externas e internas impostas às capacidades físicas e psicológicas do indivíduo e existe em três estágios: alarme, resistência e exaustão. A exaustão é a fase que merece a maior atenção, e deve-se à exposição prolongada a eventos estressantes e incontroláveis, que são associados ao cuidar de idosos vítimas de processo progressivo e irreversível de deterioração física e mental.

Cattani e Giradon-Perlini (2004) citam a raiva; o senso de incompetência no cuidado e na falta de controle; a incapacidade; o remorso e o ressentimento como sentimentos negativos que se fazem presentes durante o processo de cuidar. Entre os sintomas físicos e cognitivos estão o cansaço, a ansiedade, a tristeza, a agitação, a insônia, a deterioração da saúde e a falta de tempo para descansar. No âmbito social, aparecem os conflitos de papéis e de interesses, a sobrecarga por acúmulo de funções, a falta de privacidade, a preocupação com o julgamento de terceiros, o medo de críticas e os problemas familiares gerados pelas dificuldades de aceitação em relação à doença do idoso.

O cotidiano de cuidados favorece o surgimento de sentimentos de insatisfação por parte do cuidador e a manifestação de seu descontentamento, entre outros motivos, pode produzir situações de conflito entre ele e os outros familiares. A inexperiência também é um fator que causa sofrimento para o cuidador. Atividades que parecem ser simples para quem já as desenvolve, tornam-se árduas para quem nunca precisou enfrentá-las. Assim, o cuidar, que inicialmente, abrange atividades simples, que se limitam ao auxílio na realização de atividades da vida diária, como vestir-se ou servir de apoio para andar na rua, pode, gradativamente, tornar-se complexo e exigir do cuidador conhecimentos e habilidades de acordo com as necessidades físicas do idoso (CATTANI e GIRADON-PERLINI, 2004).

Os cuidadores sentem-se sobrecarregados pela demanda de cuidados, por terem que realizar tarefas que até então eram atividades pessoais do idoso, como tomar banho e ir ao banheiro. Os cuidados com a higiene pessoal e com o corpo são os que mais requerem tempo, paciência e habilidade do cuidador, quando o idoso ainda pode realizá-los, mas não de forma totalmente correta. Por outro lado, de nada resolve procurar orientar o idoso ou tentar ensiná-lo, quando sua capacidade de aprendizado está muito prejudicada em função de doença neurodegenerativa que possa estar desenvolvendo. As noites dos cuidadores são mal dormidas, devido à preocupação em saber se o idoso está bem, ao compromisso de administrar medicamentos nos horários corretos e à repetição de tarefas (SANTOS, 2003).

Segundo Freitas (2002), *apud* Cattani e Giradon-Perlini (2004), o cansaço emocional e físico são sintomas comuns nos cuidadores durante o processo de cuidar. O cansaço emocional caracteriza-se pela perda progressiva de energia, fadiga e desgaste psicológico ocasionado pela assistência cotidiana a usuários que demandam ajuda. Já o cansaço físico pode ser entendido como fraqueza causada por exercício ou doença e, ainda, por atividade que exige esforço físico repetido. Para Silva (1995) *apud* Cattani e Giradon Perlini, (2004) esses cansaços estão associados a vários fatores. Além das tarefas dos cuidados, os cuidadores sofrem pressão cotidiana decorrente do próprio estado de saúde do doente, que pode gerar a dependência física e emocional. Outros fatores são: falta de ajuda de outros familiares; dificuldades financeiras para a manutenção da própria família; ausência de suporte formal por parte do Estado (atendimento domiciliar médico, de enfermagem, de fisioterapia e de medicamentos).

Santos (2003) ressalta que o cuidado de fazer *com* o doente, é uma maneira de buscar maximizar suas capacidades e minimizar suas perdas, é algo ao alcance de poucos cuidadores. Para outros, o mais importante é realizar *no lugar de*, porque entendem que essa é uma forma de expressar afeição e compaixão. Existem também aqueles que preferem fazer *pelo seu*

familiar, visando, com isso, realizar o cuidado de forma mais eficiente e rápida, sem perceber que tal atitude só fará antecipar a dependência total do idoso.

Um outro aspecto importante, nessa fase do processo de cuidar, é a freqüente ocorrência de tensões e conflitos entre os cuidadores e os idosos, que, muitas vezes, manifestam agressividade. Os cuidadores sentem dificuldade em reaprender a comunicar-se com o familiar, pois, nessa situação de doença, é freqüente que os idosos não consigam entender o que está sendo dito ou orientado pelo cuidador e prossigam repetindo os erros (SANTOS, 2003).

Uma queixa freqüente dos cuidadores é a dificuldade de conciliar as atividades domésticas com os cuidados pessoais. Os cuidados ao idoso dependente exigem habilidade na organização do tempo e na execução dos mesmos. (KARSCH, 1998 *apud* CATTANI e GIRADON PERLINI, 2004). Independente do fato do cuidador ser uma pessoa jovem ou idosa, suas atividades de recreação e convívio social acabam sendo alteradas, dando-lhes a sensação de não ter autonomia para gerenciar a própria vida e ter que viver em torno do idoso dependente. Isso pode ser confirmado em um relato de uma esposa cuidadora, retirado de uma pesquisa de Santos (2003) p. 103:

A Dra do postinho de saúde me disse que a minha diabetes piorou e eu tive pressão alta e labirintite de tanto ficar em casa só cuidando dele, é cansaço. Então, é onde ficou caracterizado que parte disso é de eu ficar muito cansada, nervosa de tanto ele chamar o dia inteiro.. . A casa cheia de coisa para gente arrumar e fazer e a gente não pode fazer aquele serviço e atender ele, então é onde a gente fica nervosa, acumula aquele cansaço, aquela estafa, eu não posso abusar! (SANTOS, 2003, P. 103).

A pouca realização de atividades de lazer no cotidiano e as limitações de conversar com outras pessoas contribuem para o sentimento de solidão e de perda da liberdade. Em um estudo realizado por Silva (1995) *apud* Cattani e Giradon Perlini, (2004) esse afastamento das

peçoas faz com que as cuidadoras busquem alternativas para seu próprio suporte emocional que substituem o diálogo com as peçoas, tais como, chorar, rezar ou isolar-se. Como bem explica Mendes (1995), *apud* Cattani e Giradon Perlini, (2004) p. 15:

“a falta de liberdade e os momentos solitários vivenciados pelos cuidadores fazem com que o cuidador e os idosos se lancem numa relação de busca, querendo (re)montar, (re)fazer, (re)estabilizar uma vida cotidiana nos moldes anteriores, o que já não é mais possível pela demanda dos cuidados e pela dependência do idoso para com o cuidador”.

Caldas (2003), em sua pesquisa, relata que os cuidadores sentem preocupação por não estarem cuidando adequadamente da sua saúde, pois têm dificuldades de conciliar suas atividades como cuidadores e o autocuidado. Entre essas dificuldades a falta de apoio familiar e de redes de suporte social e de saúde são os principais. Segundo Zarit (1980) *apud* Santos (2003) uma investigação sobre os fatores que contribuem para a percepção de sobrecarga entre os cuidadores principais e idosos dementados apontou a falta de apoio de suportes sociais. A pesquisa demonstrou que o fato de receber suporte e visitas mais frequentes de parentes, amigos e vizinhos ou participar dos grupos de ajuda mútua contribuía para a manutenção da saúde dos cuidadores.

Santos (2003) destaca que os problemas de saúde física e mental dos cuidadores não têm origem apenas na interação com o idoso debilitado e com os cuidados que ele requer. Somam-se a isso os dilemas e as incertezas das relações intrafamiliares e, em alguns casos, a ausência de uma rede de suporte familiar. Existem outros fatores que interferem diretamente na saúde dos cônjuges cuidadores e são muito recorrentes em seus discursos: as dificuldades financeiras provocadas por baixa renda e pelo aumento das despesas em função das demandas do idoso; a falta de uma rede de suporte social e a necessidade de corresponder às expectativas socioculturais e às suas próprias expectativas.

Para Santos (2003), as causas dos efeitos negativos na saúde mental dos cuidadores são multivariadas e estão associadas aos seguintes aspectos: angústia psicológica causada pela função de cuidador; tempo de condição de cuidados e piora da condição de cuidador; estado de saúde e auto-estima do cuidador; dificuldades financeiras e falta de suporte social. É freqüente a ocorrência de depressão entre os cuidadores que percebem o declínio e a possibilidade da morte do idoso, especialmente nos casos em que o vínculo afetivo é significativo. Um outro aspecto encontrado como possível causa para a tristeza e a depressão entre os cuidadores é o “fenômeno de contágio” isto é, o cuidador se deixa contagiar pela depressão do idoso.

Segundo Schulz (1995) e Rose-Rego (1998) *apud* Santos (2003), as diferenças encontradas entre os cônjuges cuidadores quanto ao seu bem-estar psicológico, físico e social não estão especificamente associadas ao desempenho do papel de cuidador. Os aspectos relativos às percepções das emoções, à escolha a estratégia de enfrentamento e à realização de diferentes tarefas no cuidado estavam associados às expectativas sociais do desempenho de papéis por gênero. Dessa forma, as esposas cuidadoras apresentam mais queixas de cansaço, angústia e depressão porque estavam mais atentas às suas emoções, escolhiam estratégia de enfrentamento focalizadas nas emoções e desenvolviam mais tarefas de cuidados pessoais com os portadores do que os maridos cuidadores.

Santos (2003) descobriu outras possíveis causas para o desgaste emocional: a) sobrecarga de atividade e responsabilidade de cuidar simultaneamente de outros elementos da família; b) possuir um histórico de saúde na qual crises depressivas de repetição são freqüentes e anteriores ao exercício do papel de cuidadores; c) dificuldade para enfrentar e lidar com as expectativas socioculturais de seu meio; d) consciência de que o envelhecimento pode implicar perda da capacidade funcional; e) perda de privacidade dentro da própria casa e f) ter de redirecionar projetos de vida pessoal e familiar.

As relações de estresse e doenças físicas, como decorrência do cuidar, variam em função da relação de parentesco. Para os cônjuges é inconcebível transferir para outra pessoa a responsabilidade de cuidar de seu parceiro. Para filhas e noras, a possibilidade de fazer revezamento com os demais membros da família no papel de cuidador era perfeitamente compreensível e até desejada.

Ainda segundo Santos (2003), alguns cuidadores dizem que o mais difícil no processo de cuidar é o convívio diário com os distúrbios de comportamentos apresentados pelo idoso, conseqüências da perda gradativa da memória e de outros distúrbios da cognição. Eles sentem dificuldade em lidar com os quadros de agitação e de agressividade do idoso; com os esquecimentos; a repetitividade; a teimosia; e as solicitações ininterruptas; com a falta de etiqueta à mesa e no trato social, como por exemplo, perturbar e insultar vizinhos e amigos. Algumas cuidadoras avaliam que o único momento fácil do processo de cuidar é quando o idoso está dormindo.

Os cuidadores que contam com uma rede efetiva de suporte familiar avaliam de maneira mais positiva o exercício das atividades de cuidar. O fato de os cuidadores terem com quem compartilhar as tomadas de decisões, as responsabilidades, e as tarefas fez com que eles dispusessem de mais tempo para cuidar de si e de seus interesses e que tivessem espaço para desenvolver outras atividades como, por exemplo, as de lazer. Tudo isso contribui para que os cuidadores tenham melhor qualidade de vida e possivelmente consigam desempenhar suas funções de forma mais prazerosa (SANTOS, 2003).

Pavarini (2001), *apud* Cattani e Giradon Perlini, (2004) ressalta a importância dos cuidadores dedicarem um tempo para si, para as atividades físicas e de lazer para que possam manter uma boa saúde física e mental. Isso é importante, pois está relacionado ao mal-estar e à frustração gerados pelas dificuldades de autocuidado, causadas, por falta de tempo, no caso dos cuidadores que, muitas vezes, esquecem da sua própria vida. Por outro lado, os

cuidadores relatam que a reorganização das atividades, a fim de se distraírem, acontecem, mais facilmente, quando o idoso melhora seu estado clínico, de debilidade e de dependência.

Santos (2003) ressalta que a possibilidade de o cuidador desenvolver atividades de lazer depende também de múltiplos fatores, tais como: a) a fase da demência em que se encontra o idoso, suas características pessoais, traços de sua personalidade, sua história de vida anterior ao exercício do papel de cuidador, a maneira como enfrenta e trabalhar com a dificuldade e com situações estressantes; b) suas práticas socioculturais e da comunidade em que vive e c) suas condições socioeconômicas e de saúde, entre outras.

Segundo esse autor, é possível conciliar as práticas do cuidado com atividades prazerosas e de lazer. A maneira como os cuidadores administram o tempo é determinante para que consigam equilibrar as atividades do cuidado com seus interesses e vida pessoal.

Alvarez (2001) *apud* Santos (2003) diz que os cuidadores sentem-se em desvantagem quando não conseguem conciliar as atividades de cuidado com atividades sociais e com seus interesses pessoais: trabalho, lazer, tempo livre, autocuidado e convívio com a família. Para lidarem com tal situação, utilizam-se de crenças em um ser superior, a fé, a espiritualidade e as práticas religiosas como estratégias de enfrentamento da sobrecarga, da angústia, e da depressão decorrentes do processo de cuidar. Segundo Goldstein (1995), *apud* Santos (2003), as crenças existenciais, espirituais ou religiosas não só auxiliam no enfrentamento das dificuldades que estão sendo vivenciadas, mas dão sentido à vida, à velhice, à dependência e ao cuidar. Elas contribuem também para que os eventos sejam interpretados de forma mais positiva e para que se escolham melhores estratégias de enfrentamento. É o que comprova o seguinte relato, retirado de uma pesquisa com cuidadores de idoso:

“eu acho que a religião me ajuda a manter a calma, a ter forças pra cuidar do meu marido, a não ficar triste e a compreender melhor tudo o que se passa. Eu acho importante as pessoas terem uma fé, uma religião”.

(SANTOS, 2003, P. 113)

O cuidar de um idoso doente em domicílio também pode estar revestido por sentimentos de gratidão e de carinho, como possibilidade concreta de expressar o reconhecimento, o amor e a atenção recebidos pelo cuidador em outras ocasiões. Para Silva (1995), as filhas, ao assumirem os cuidados, querem retribuir o que a mãe fez ao longo de suas vidas, especialmente no período em que dependiam dos pais para a sua manutenção. Nesse sentido, Sommerhalder e Neri, (2001), *apud* Cattani e Giradon Perlini, (2004) relacionam a satisfação aos cuidados com o crescimento profissional, senso de auto-realização e senso de reciprocidade. No aspecto social, os ganhos relacionam-se à valorização social, à satisfação pelo cumprimento de normas sociais e aos benefícios familiares.

Com o passar do tempo, o cuidador adapta-se a sua vida e ao seu papel em relação às tarefas do cotidiano e do cuidado. Mesmo enfrentando dificuldades e momentos conturbados nesse processo, permite-se, de uma forma ou de outra, vislumbrar opções de lazer e de descontração, reintroduzindo em seu cotidiano, aos poucos, algo que lhe permita retomar a atenção para consigo mesmo (CATTANI e GIRADON PERLINI, 2004).

Caldas (2000) e Havis e Rabins (1989) *apud* Caldas (2003) indicam que a família apresenta necessidades que vão desde os aspectos materiais até os emocionais, passando pela necessidade de informação. O aspecto material inclui recursos financeiros, questões de moradia, transporte e acesso a serviços de saúde. Por outro lado, essa família-cuidadora necessita de informação sobre como realizar os cuidados, incluindo a adaptação do ambiente ao idoso. Além disso, são importantes o suporte emocional; uma rede de cuidados que ligue a família aos serviços de apoio e meios que garantam qualidade de vida aos cuidadores

principais. Essa estrutura ajuda os cuidadores sentirem-se valorizados e assistindo-os de forma digna, de modo a fazê-los perceber que não são meros cuidadores vivendo no anonimato, mas que existem pessoas envolvidas nesse processo, dispostas e capazes de ajudá-los (CATTANI e GIRADON PERLINI, 2004).

Em países mais desenvolvidos em que o envelhecimento populacional foi mais lento e recebeu maior atenção durante décadas, foi construída uma rede de assistência aos cuidadores. Essa rede divulga serviços de substituição por um profissional, permite a redução da jornada de trabalho das esposas cuidadoras e garante aos cuidadores receber uma ajuda em dinheiro para suprir os gastos com a assistência prestada ao seu idoso, como cita Lenchner e Neal (1999), *apud* Karsch (2003).

No Brasil, existem poucos programas de orientação para familiares de idosos fragilizados. Eles são importantes para o bem-estar físico e emocional do cuidador e para a redução da sua sobrecarga, a qual representa um dos elementos mediadores do estresse. Esses programas oferecem oportunidades para os cuidadores expressarem os seus sentimentos, as dificuldades vivenciadas, as expectativas em relação à sua pessoa e ao idoso dependente no contexto domiciliar. Também facilitam o tratamento diário do idoso, a compreensão sobre como enfrentar as dificuldades e o entendimento das distintas situações manifestadas na velhice (DIOGO, CEOLIM, CINTRA, 2005).

Pode-se inferir, portanto, que o envelhecimento com dependência e a figura do cuidador estão a exigir novas formas de assistência e novos enfoques por parte das políticas públicas de saúde. Além disso, o próprio envelhecimento da população brasileira está se dando num momento de profunda desordem econômica, o que deixa, com certeza, a população de baixa renda mais desamparada e carente, e demanda posturas de apoios compensatórios a essa realidade.

Devido a isso, é importante destacar as variáveis que alteram e melhoram a qualidade de vida dos cuidadores de idosos. A relação entre essas variáveis e o cuidado com o idoso será discutida no próximo capítulo.

3. Qualidade de vida:

Nas últimas décadas, a qualidade de vida tem sido um dos grandes focos de atenção de autoridades e também da população. Para o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida é definida como a “percepção subjetiva do indivíduo sobre sua posição na vida dentro do contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e com relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupação” (ALLEYNE, 2001, p.1 *apud* ROLIM e FORTI, 2004). Ainda no seu sentido geral, qualidade de vida, de acordo com Silva (1999, p. 261) *apud* Rolim e Forti (2004).

“aplica-se ao indivíduo aparentemente saudável e diz respeito ao seu grau de satisfação com a vida nos seus múltiplos aspectos que a integram: moradia, transporte, alimentação, lazer, satisfação/realização profissional, vida sexual e amorosa, relacionamentos com outras pessoas, liberdade, autonomia e segurança financeira”.

Spiriduso & Cronin, (2001, p. 598) *apud* Rolim e Forti, (2004) mencionam que a boa qualidade de vida para os idosos pode ser interpretada pelo fato de sentirem-se bem, cumprir com suas funções diárias básicas, ausência de doenças, a competência física e mental e conseguirem viver de uma forma independente.

Neri (2001) considera três elementos básicos centrais na definição de qualidade de vida na velhice. O primeiro é a dependência de muitos elementos em interação. O segundo, é que ela vai se delimitando à medida que o indivíduo e a sociedade se desenvolvem. O terceiro elemento a ser destacado é que a avaliação da qualidade de vida envolve comparação com critérios objetivos e subjetivos, associados a normas e a valores sociais e individuais, igualmente sujeitos a alterações no decorrer do tempo. As condições objetivas podem ser verificadas por observadores externos. São exemplos: a) as competências comportamentais dos indivíduos; b) as condições físicas do ambiente; c) a disponibilidade de serviços de saúde,

lazer e educação; d) o nível de renda; as características da rede de relações informais e do apoio proporcionado por familiares; e) os índices de urbanização e de alfabetização da sociedade; f) os padrões sociais de morbidade e mortalidade para as várias faixas de idade e g) as condições de trabalho.

As condições subjetivas são verificadas de modo indireto, com base em relatos dos indivíduos e nas opiniões que vigoram no grupo sobre as condições objetivas de que dispõe, sobre seus efeitos no bem-estar individual e coletivo.

Rolim e Forti (2004) relacionam a boa qualidade de vida a três amplos domínios das competências de vida diária definidas em: atividades básicas de vida diária (AVDs), atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), e atividades avançadas de vida diária (AAVDs). As AVDs são as atividades fundamentais para a manutenção da independência, entre elas: o banhar-se, vestir-se, fazer a higiene pessoal entre outras. Dentro do campo das AIVDs estão relacionadas as tarefas mais complexas que indicam uma vida independente e ativa na comunidade, como por exemplo, o manejo de suas medicações, o cuidado com suas próprias finanças, a utilização dos meios de transporte, a manutenção da casa (arrumar, lavar e passar roupas); o preparo das próprias refeições e a capacidade de fazer trabalhos manuais domésticos (pequenos reparos). As atividades que são consideradas AAVDs, como dirigir automóvel, praticar esportes, tocar instrumentos musicais, participar de serviços comunitários e de atividades políticas, entre outras, não são fundamentais para uma vida independente, porém, demonstram uma maior capacidade funcional e podem contribuir para uma melhor capacidade física e mental e, por conseguinte, para uma melhor qualidade de vida.

Alleyne (2001), *apud* Rolim e Forti (2004), relata que há cinco principais domínios da qualidade de vida: saúde e bem-estar; relações interpessoais; comunidade e moradia; crescimento pessoal e dignidade e auto-estima. Ou seja, segundo o autor, da mesma forma que

no processo de envelhecimento, existem fatores que podem ser considerados internos e externos que afetam a qualidade de vida das pessoas.

Mais sistematicamente, pode-se dizer que a qualidade de vida apresenta-se sob dois grandes domínios: funcional e o do bem-estar. No domínio funcional, são observadas as variáveis: das capacidades físicas (desempenho aeróbico, resistência, força, equilíbrio, etc.); das capacidades cognitivas (memória, atenção, concentração, compreensão e resolução de problemas); das atividades de vida diária (independência, obrigações, relacionamentos, ações na comunidade, recreação etc.); da auto-avaliação do estado de saúde (percepção de sintomas). No domínio do bem-estar, encontram-se as variáveis de: bem-estar corporal (sentimentos de sintomas, presença de dor, doença e distúrbio de sono); de bem-estar emocional (estados depressivos, ansiedade, raiva, etc.); de percepção global de bem-estar (capacidade de análise, de relato e evolução da saúde e satisfação com a vida) (ROLIM e FORTI, 2004).

Aldwin (1990), *apud* Neri (2003), observou que os idosos referem-se a quatro categorias principais de estressores que podem interferir na qualidade de vida: a) problemas de saúde; b) questões sociais, com ênfase em políticas; c) problemas enfrentados por familiares (por exemplo, saúde do cônjuge, casamento, carreira e saúde dos filhos); d) preocupação com problemas de amigos e vizinhos e a necessidade de ajudá-los.

As habilidades de auto-regulação, entre elas, especificamente a de lidar com os próprios sentimentos desagradáveis, podem ser apontadas como fonte de recursos pessoais para a promoção da própria qualidade de vida (NERI, 2003).

Os cuidadores de idosos também são afetados pelo estresse psicossocial, devido à rápida mudança das configurações culturais; à desestabilização emocional e orgânica decorrentes do alto grau de exigência dos cuidados com o idoso debilitado (Neri, 2003). Eles

devem ficar atentos aos sinais de manifestações de sobrecarga indicados pelo corpo. Para evitar desgastes físicos e emocionais, é importante que o cuidador se permita, de uma forma ou de outra, vislumbrar opções de lazer e de descontração, reintroduzindo em seu cotidiano, aos poucos, algo que lhe permita retomar a atenção para consigo mesmo (CATTANI & GIRARDON-PERLINI, 2004).

As atividades físicas e de lazer são essenciais para o desenvolvimento de uma boa qualidade de vida. Marcellino (1992), *apud* Mazo, Lopes e Benedetti (2001), entende o lazer como a cultura compreendida no sentido mais amplo, vivenciada no tempo disponível. O lazer deveria fazer parte da vida das pessoas, mas sofre algumas interferências na sua realização como, por exemplo: processo de urbanização; limitação de espaço físico adequado; desigualdades sócio-econômicas; necessidades de trabalhar no horário de lazer para suprir o rendimento familiar; falta de criatividade; acomodação, entre outros. A atividade física é um meio de promoção de saúde, que pode revelar benefícios, tanto no domínio físico, como no afetivo, cognitivo e social. Um bom exemplo de atividade física é a caminhada, por ser uma atividade de simples execução, de fácil adaptação, e por utilizar pouca técnica e equipamentos, permitindo assim, uma melhor aceitação por parte das pessoas. Pode ser praticada com o objetivo de promoção à saúde, promovendo benefícios à saúde orgânica, sensação de bem-estar, melhoria da auto-estima, auto-imagem e outros. (MAZO, LOPEZ e BENEDETTI, 2001).

Para esses autores, um outro exemplo, utilizado para a manutenção e melhoria da qualidade de vida, é a ginástica, pois traz vantagens para saúde, socialização, integração, novas amizades, estética, além do bem-estar físico e mental.

Um modelo proposto por Pearlin (1991) *apud* Neri (2003) ressalta alguns recursos pessoais do cuidador que podem diminuir a vulnerabilidade ao estresse e melhorar a qualidade de vida, como por exemplo: procurar aceitar ajuda; delegar tarefas e responsabilidades;

reconhecer limites; saber desempenhar as tarefas de cuidado; saber dar apoio emocional; controlar o tempo; assertividade na expressão de sentimento, necessidades e expectativas; habilidades de lidar com cognições e emoções negativas; e habilidade de auto-regulação.

Neri e Sommerhalder (2002) enfatizam a avaliação subjetiva ou cognitiva do cuidador sobre o contexto em que está inserido como elemento central para o seu bem-estar físico e psicológico. Essa avaliação é fortemente afetada pelos recursos pessoais do cuidador, entre eles, as estratégias de enfrentamento que, segundo Pearlin et. el. (1990) *apud* Neri e Sommerhalder (2002), são representadas por comportamentos e práticas dos indivíduos que visam a seu próprio benefício e colaboram para sua preservação. As funções dessas estratégias são: administrar pressões externas e subjetivas, administrar significado de situações pouco prazerosas e eventual esgotamento que resulta da situação de cuidado.

Há evidências de que o desgaste físico, mental e excessivos estados emocionais negativos estão relacionados a formas inadequadas de enfrentamento. Os sintomas mais relatados pela literatura, nessas circunstâncias, são: depressão, ansiedade, culpa, desordens psicossomáticas, conflitos familiares e no relacionamento conjugal, exarcebação de problemas interpessoais preexistentes, hostilidade, afastamento dos amigos e distorções no julgamento das situações e das próprias capacidades. O acúmulo de sintomas psicológicos, sociais e físicos pode comprometer a habilidade dos cuidadores em prestar cuidados e afetar sua qualidade de vida (NERI & SOMMERHALDER,2002).

Os grupos informais de suporte social e os programas educativos para os cuidadores de idosos são redes importantes para uma boa qualidade de vida. Eles oferecem benefícios como a redução de estresse, da depressão e da ansiedade. Oferecem também orientação sobre as condições de saúde do idoso dependente, a instrumentalização do cuidador para o próprio cuidado e para o enfrentamento da situação, entre outros. Tais orientações não agem diretamente sobre o estresse do cuidador, mas, podem reduzir a ocorrência de fatores

desencadeantes do estresse, como o desconhecimento sobre o cuidado a ser realizado (DIOGO, CEOLIM, CINTRA, 2005). Segundo esses autores, a solução para uma boa qualidade de vida dos cuidadores seria treinamentos (orientações e ações educativas), pausa na função do cuidador, além de cuidados a si próprios.

Segundo Campos (2005) o conceito de suporte social foi construído nos campos da Psicologia Social e da Saúde Comunitária, em torno de duas idéias básicas: de um lado, o estabelecimento de vínculos interpessoais, grupais ou comunitários próximos, proporcionando sentimentos de proteção e apoio às pessoas envolvidas. De outro, a repercussão desses vínculos na integridade física e psíquica dos cuidadores de idosos

Para Campos (2005), a maioria dos fatores que integram o funcionamento do suporte social, é psicológica, como por exemplo, as atitudes, as percepções e os sentimentos. São esses fatores que geram o sentimento de proteção e de apoio que, de algum modo, influenciam o comportamento do indivíduo na direção da saúde.

Para Cobb (1976), *apud* Campos (2005) o efeito principal do suporte ocorre quando o cuidador o percebe disponível e satisfatório. Tal percepção advém do fato de o indivíduo sentir-se amado, reconhecido e valorizado, acolhido, cuidado e protegido. É essa percepção que lhe empresta força para enfrentar o ambiente, trazendo conseqüências positivas para seu bem-estar (redução de estresse, aumento da auto-estima).

Diogo, Ceolim, Cintra (2005), identificam três tipos de programas de suporte direcionados aos cuidadores: os grupos de apoio conduzidos; os grupos de treinamentos conduzidos profissionalmente e a psicoterapia. Esses programas têm os seguintes objetivos: reduzir o isolamento dos cuidadores; mobilizar os recursos e suporte para ajudar o cuidador; aumentar o conhecimento sobre o processo de envelhecimento e os problemas de saúde específicos dessa faixa etária; melhorar o desempenho do cuidador; aumentar a capacidade de

resolução de problemas e o desenvolvimento de habilidades; e direcionar os problemas emocionais e de relacionamentos que podem emergir no cuidado.

Gatz, Bengston e Blum (1990), *apud* Silva e Neri (2003) classificam as intervenções junto a cuidadores de idosos em três grupos: aconselhamento familiar, grupos de suporte e serviços comunitários. O aconselhamento familiar não tem objetivos terapêuticos, mas sim de ajudar as famílias a resolver problemas situacionais relativos a: formas de relacionamentos e sentimentos do cuidador que interferem no desempenho do cuidado, limites para tomada de decisão a respeito da autonomia permitida versus tutela dispensada, formas de lidar com conflitos familiares em torno do dever e da responsabilidade pelo cuidado, e providências práticas na vida diária.

Os grupos de suporte são de caráter essencialmente psicoeducacionais, uma vez que suas funções são: informar, ajudar a desenvolver redes de suportes sociais, auxiliar na identificação de recursos na comunidade e permitir trocas de idéias a respeito de como lidar com as dificuldades inerentes ao desempenho do papel de cuidador. Uns dos serviços comunitários mais comentados são os que permitem aos cuidadores de idosos tirarem folgas temporárias ou se alternarem com outras pessoas no desempenho do cuidado, principalmente, quando ele exige dedicação em tempo integral, como acontece com idosos altamente dependentes. Tais arranjos propiciam oportunidades para que o cuidador principal afaste-se temporariamente das atividades de cuidado, quer para descansar, quer para atender necessidades pessoais ou familiares (GATZ et.al.,1990 *apud* SILVA e NERI, 2003).

Neri e Sommerhalder (2002), enfatizam que no Brasil, infelizmente, as ofertas de serviços formais de boa qualidade são raras, caras e restritas. Boa parte das ofertas gratuitas, de natureza filantrópica, são de qualidade duvidosa. Diante do aumento da longevidade e do número de idosos na população, seria importante que tais serviços estivessem sistematicamente disponíveis aos cuidadores. O setor público e privado precisam estar atentos às novas

demandas criadas pelas necessidades de idosos fragilizados e dependentes e oferecer ajuda, orientação e alternativas de descanso e de revezamento para os cuidadores.

Verifica-se, portanto, que, embora o conceito de suporte social seja amplo e abrangente, identificam-se nele alguns aspectos comuns e básicos, como a existência de interações sociais e o objetivo de promover bem-estar como resultado delas. As interações sociais são descritas como uma relação bipessoal (com um familiar ou com um confiante) ou com uma rede social (grupos ou comunidades). O bem-estar promovido parece repercutir no sentimento de proteção e apoio e na resistência aumentada aos efeitos do estresse (CAMPOS, 2005).

A respeito das redes de suporte, as reuniões em grupos, e particularmente os programas educativos, representam recursos valiosos, uma vez que oferecem oportunidades para os cuidadores expressarem os seus sentimentos, as dificuldades vivenciadas, as expectativas em relação à sua pessoa e ao idoso dependente no contexto domiciliar, entre outras carências (DIOGO, CEOLIM, CINTRA, 2005).

Garrido e Menezes (2004), relembram que a grande maioria da população de cuidadores de idosos informais no Brasil, ainda não possui as informações e o suporte necessário à assistência à demência do idoso. Para eles, se o suporte formal não é provido, há risco de também o cuidador tornar-se um paciente dentro do sistema. Dessa forma, são necessários estudos sobre os cuidadores no Brasil, boa formação de profissionais de saúde especializados nessa área e implantação de programas de orientação e apoio ao cuidador que envolvam a família, a comunidade e o Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo identificar os fatores físicos, sociais ou psicológicos que alteram a qualidade de vida dos familiares cuidadores de idosos. Pretendeu-se, com esta pesquisa bibliográfica, contribuir para dirimir as dificuldades dos idosos e familiares, reproduzindo informações sobre as reações dos cuidadores que lidam com situações práticas e emocionais ao cuidar de idosos dependentes, indicando os fatores geradores de estresse e apontando alternativas para uma boa qualidade de vida.

Estudos sobre as mudanças no curso da vida apontam que o crescimento da população idosa em virtude do prolongamento da vida humana é um dos fenômenos marcantes do século XX. Os autores pesquisados para esta monografia relacionam esse crescimento à baixa taxa de mortalidade e ao incremento da fertilidade.

Junto com o envelhecimento, surgem, também, algumas doenças crônicas que causam a dependência do idoso de pessoas da própria família que exerçam a função de cuidador. Tornar-se um cuidador ocorre por várias razões: vontade, disponibilidade, capacidade, grau de parentesco, proximidades físicas e afetivas. Entre os brasileiros, a mulher é culturalmente definida como cuidadora de idosos, por ser, tradicionalmente, quem cuida dos filhos e do marido.

Desempenhar atividades de cuidado de idosos debilitados deflagra diferentes sentimentos nos cuidadores: alguns sentem-se sobrecarregados, outros cuidam como forma de retribuição do carinho recebido na infância. Entretanto, a pesquisa bibliográfica evidenciou alguns fatores físicos, psicológicos e sociais que alteram a qualidade de vida desses cuidadores. A raiva, o senso de incompetência no cuidado, a incapacidade, o remorso, o cansaço emocional e físico, a ansiedade, o estresse, o sentimento de insatisfação, a inexperiência, a tristeza, a agitação, a insônia, a angústia, a deteriorização da saúde e a falta de

tempo para descansar são alguns dos muitos sentimentos que afligem os cuidadores. No âmbito social, aparecem, ainda, conflitos de papéis e de interesses, sobrecarga por acúmulo de funções, falta de privacidade, preocupação com o julgamento de terceiros, medo de críticas, e problemas familiares gerados pelas dificuldades de aceitação em relação a doença do idoso.

A questão torna-se ainda mais preocupante quando ocorre a predominância e o prolongamento temporal do estado de estresse desagradável, isto é, caracterizado por emoções negativas. Ou seja, os cuidadores que vivenciam essas perturbações físicas e emocionais por um longo período expõem seus organismos a uma exigência contínua de resistência às pressões, além de ter que lidar com as sobrecargas típicas de cuidar de pessoas dependentes. Assim, esta pesquisa indica a necessidade de que existam suportes técnicos e sociais de apoio aos cuidadores de idosos. O suporte social inclui os familiares, os amigos e a comunidade, em geral, que apóia o cuidador principal, a fim de que ele consiga cuidar do idoso e de si próprio. Já suporte técnico compreende uma equipe multidisciplinar que auxilie a comunidade na qual se insere o idoso a lidar com os fatores que afetam o dia-a-dia tanto do idoso quanto da sua família.

A importância do suporte social reside no seu papel de moderador do estresse. Ao estabelecer vínculos interpessoais, grupos ou comunidades de apoio próximo, pode-se, efetivamente, proporcionar a ajuda que o cuidador necessita. Para isso, este trabalho destaca o planejamento do trabalho do cuidador como um fator importante.

Alguns autores aqui estudados ressaltam, ainda, a importância do tempo livre, do autocuidado, da ginástica e do lazer como formas de manter uma boa qualidade de vida. Todos os autores, entretanto, são unânimes em enfatizar o apoio estratégico e institucional para tratar as necessidades tanto de ordem objetiva quanto de ordem subjetiva de idosos, da sua família e dos cuidadores. Esse suporte técnico é relevante, na medida em que o envelhecimento constitui um problema crescente na sociedade do século XXI e implica em

custos financeiros e emocionais tanto para a família quanto para o Estado. É provável que o cuidado com o cuidador venha possibilitar uma economia de custos se houver melhor planejamento do atendimento que é oferecido ao idoso e a seus responsáveis.

Por outro lado, indica-se, neste trabalho, a importância de que novas pesquisas sejam realizadas para analisar os custos tanto de se tratarem quanto de não se tratarem as necessidades bio-sócio-emocionais de idosos e de seus cuidadores. Em tempos nos quais tanto se discute a questão da preservação do meio-ambiente e das espécies, talvez seja preciso, ainda, lembrar que há gente no meio ambiente. E essa gente, com certeza, envelhece e fica doente. Assim, os cuidados com a saúde de cuidadores de idosos devem ser assumidos como responsabilidade de toda a sociedade e de seus governantes.

Bibliografia:

- CATTANI, Roceli Brum, GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira. *Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares*. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia, v.6, n.02, 2004. Disponível em <http://www.fen.ufg.br> Acesso em 12 fev 2007.
- CALDAS, Célia Pereira. *Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas das famílias*. Cad. saúde pública. Rio de Janeiro, v. 19, n.3, jun. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 20 mar 2007.
- CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos, OLIVEIRA, Nair Isabel Lapenta de. *Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos*. Psicol. USP São Paulo, v. 13, n.1, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 16 mar 2007.
- CAMPOS, Eugenio Paes. *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.
- DIOGO, Maria José D'Elboux, CEOLIM, Maria Filomena, CINTRA, Fernanda Aparecida. *Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência*. Rev. Escola de enfermagem USP. São Paulo, 39(1):97-102, 2005. disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 16 mar 2007.
- DIOGO, Maria José D'elboux, NERI, Anita Liberalesso, CACHIONI, Meire. *Saúde e Qualidade de vida na Velhice*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2004.
- GARRIDO, Regiane, MENEZES, Paulo R. *Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico*. Rev. Saúde Publica 2004; 38(6):5-41. disponível em <http://fsp.usp.br/rsp>. Acesso em 28 mar 2007.

- GOMES, Gisele de Cássia, DIOGO Maria José D'elboux. Função motora, capacidade: funcional e sua avaliação em idosos. In: Diogo, Maria José D'elboux, Neri, Anita Liberalesso, Cachioni, Meire. *Saúde e qualidade de vida na velhice* Campinas, SP: Editora Alínea, 2004.
- GDF, Secretaria de Estado de ação social, Subsecretaria de promoção humana e cidadania. Diretoria de valorização e promoção humana. Gerência de valorização do idoso, 2005.
- GDF, Secretaria de Estado de saúde do DF. *Estatuto do idoso*, núcleo de atenção integral à saúde do idoso.
- KARSCH, Ursula M. *Idosos dependentes: família e cuidadores*. Cad. Saúde pública. Rio de Janeiro, v.19, n.3, jun. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 16 mar 2007.
- LINHARES, Cristina Ramos Costa, GUIMARAES, Renato Maia, CAMPOS, Ana Paula Martins, CARVALHO, Nális Torres de, COELHO, Vera Lúcia Decnop. *Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2003, 16(2), pp. 319-326. Porto Alegre, vol. 16 n. 2, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 10 mar. 2007.
- LOPES, Andréa. Dependência, Contratos sociais, e qualidade de vida na velhice. In Simson, Olga Rodrigues de Moraes Von, Néri, Anita Liberalesso, Cachioni Meire. *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003.
- MAZO, Giovana Zarpellon, LOPES, Marize Amorim, BENEDETTI, Tânia Bertoldo. *Atividade física e o idoso: concepções gerontológicas*. Porto Alegre: Sulina, 2001.
- NERI, Anita Liberalesso, SOMMERHALDER, Cínara. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: Neri, Anita Liberalesso, Pinto, Meyre Eiras de Barros,

- Sommerhalder, Cínara, Perracini, Mônica Rodrigues, Yuaso, Denise Rodrigues. *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2002.
- NERI, Anita Liberalesso. Velhice e qualidade de vida na mulher. In Neri, Anita Liberalesso. *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas, SP: Papyrus, 2001.
- NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: Neri, Anita Liberalesso. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papyrus, 2003.
- ROLIM, Flavia Satto, FORTI, Vera Aparecida Madruga. Envelhecimento e atividade física: auxiliando na melhoria e manutenção da qualidade de vida. In: Diogo, Maria José D'elboux, Neri, Anita Liberalesso, Cachioni, Meire. *Saúde e qualidade de vida na velhice*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2004.
- SANTOS, Silvia Maria Azevedo. *Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003.
- SILVA, Edinete Beleza do Nascimento, NERI, Anita Liberalesso. Questões geradas pela convivência com idosos: indicações para programas de suporte familiar. In: Neri, Anita Liberalesso. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papyrus, 2003.
- SILVA, Iolete Ribeiro da, GUNTHER, Isolda de Araújo. *Papéis Sociais e Envelhecimento em uma Perspectiva de Curso de Vida*. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília, vol.16, n.1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 10 mar. 2007.
- SIMÕES, Regina. *Corporiedade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso*. Prefácio de Wagner Wey Moreira. 3ª edição. Piraciaba: Editora UNIMEP, 1998.

- TODARO, Mônica de Ávila, FILHO, Wilson Jacob. Dança: uma atividade física de corpo e alma. In: Diogo, Maria José D'elboux, Neri, Anita Liberalesso, Cachioni, Meire. *Saúde e qualidade de vida na velhice* Campinas, SP: Papirus, 2003.
- TORRES, Stella Vidal de Souza, SÉ Elisandra Villela Gasparetto, QUEROZ Nelma Caires. Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem-star dos idosos e de suas famílias. In: Diogo, Maria José D'elboux, Neri, Anita Liberalesso, Cachioni, Meire. *Saúde e qualidade de vida na velhice* Campinas, SP: Papirus, 2003.
- VITTA, de Alberto. Envelhecimento, capacidade para o trabalho e qualidade de vida no Trabalho. In: Diogo, Maria José D'elboux, Neri, Anita Liberalesso, Cachioni, Meire. *Saúde e qualidade de vida na velhice*. Campinas, SP: Papirus, 2004.