

ARTIGOS DE REVISÃO

A DEPENDÊNCIA NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: UMA REVISÃO SOBRE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS

the dependency in the process of growing old: a review about informal caregivers of elderly people

Maria Julia de Sá Barboza e Pereira¹, Maria Stella Tavares Filgueiras²

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo contribuir para uma melhor compreensão dos cuidadores informais de idosos dependentes. Trata-se de um artigo de revisão, realizado a partir de avaliação da produção bibliográfica, constituída, principalmente, por artigos e dissertações, publicados entre 1997 e 2007. Enfocam-se os seguintes tópicos: perfil do cuidador, tarefas do cuidar, repercussões do cuidar e estratégias de suporte junto aos cuidadores. Os achados apontam para a importância de prover um suporte de qualidade aos cuidadores informais. Uma maior produção de conhecimento sobre a temática, considerando especificidades socioculturais, deve ser encorajada a fim de dar subsídios para a criação e/ou aprimoramento de serviços de assistência aos cuidadores.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidadores. Família. Saúde do Idoso. Assistência Domiciliar.

INTRODUÇÃO

Mudanças importantes na estrutura etária das populações e padrões de doença ocorreram nos países economicamente mais desenvolvidos no século passado, caracterizando as transições demográficas e epidemiológicas. Atualmente, outros países estão enfrentando estas transições ou irão fazê-lo nas próximas décadas (HARWOOD *et al.*, 2004).

ABSTRACT

The present study aims to contribute to a better understanding of the informal caregivers of dependent elderly. This is a review article, accomplished throughout the assessment of the literature, mainly constituted by articles and dissertations published between 1997 and 2007. It focuses on the following topics: caregiver profile, care tasks, repercussions of the care and support strategies for caregivers. The findings point to the importance of providing a quality support to informal caregivers. An increase in studies about the subject should be encouraged to provide subsidies for the creation/improvement of assistance for caregivers, taking account of specific socio-cultural aspects.

KEY WORDS: Caregivers. Family. Health of the Elderly. Home Nursing.

No Brasil, a associação dos efeitos da redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade resultou em alterações na composição etária da população, percebidas, sobretudo, a partir de meados da década de 1980. Os dados dos Censos Demográficos de 1991 e 2000 evidenciam que a população brasileira caminha a passos largos rumo a um padrão demográfico com predomínio de população adulta e idosa (IBGE, 2006). Em paralelo às modificações observadas

¹ Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo - UFES. Residência em Psicologia Hospitalar e da Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora-MG. Especialização em Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva pela UFJF-MG. - mariajuliadesa@yahoo.com.br

² Universidade Federal de Juiz de Fora - Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC-RJ. Prof.ª Associada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora

na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento - crônicas e múltiplas - ganham maior expressão (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

Segundo um relatório da Organização Mundial de Saúde do ano de 2001, um importante efeito das doenças crônicas é a limitação na capacidade funcional (HARWOOD *et al.*, 2004). A incapacidade para realizar algumas atividades-chave (por exemplo, mobilidade básica, alimentação e higiene pessoal) conduz à dependência - necessidade de ajuda humana (ou cuidado) além da habitualmente exigida por um adulto saudável (MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 1999).

Alterações bio-fisiológicas, uma maior vulnerabilidade e maior incidência de manifestações patológicas ocorrem durante o processo de envelhecimento (PAPALÉO NETTO, 1996). No Brasil, estima-se que 85% dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica e, destes, pelo menos 10% apresentem afecções concomitantes. Assim, a situação de cronicidade e longevidade atual da população contribuem para o aumento de idosos com limitações funcionais, implicando em necessidade de cuidados (GONÇALVES *et al.*, 2006).

Estudos revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas (MEDINA, 1998 apud KARSCH, 2003).

Atualmente, observa-se uma forte tendência de estímulo ao comprometimento da comunidade nas questões relacionadas aos cuidados de longa duração. Por motivos vários, dentre eles a redução de custo da assistência hospitalar e institucional, a indicação para que os idosos incapacitados permaneçam em suas casas é cada vez mais frequente, ficando algum membro da família responsável pelos cuidados destes. (KARSCH, 2003).

No âmbito familiar, observa-se uma reorganização visando o atendimento das necessidades dos dependentes, seja de companhia, de ajuda no desenvolvimento das atividades de vida diária ou de cuidados com a saúde. No caso do idoso, o agravamento das doenças crônicas torna crescente a necessidade de cuidados. Dispensar cuidados a alguém que esteja doente ou dependente envolve esforço mental, físico, psicológico, além de possíveis custos financeiros diretos (por exemplo, medicamentos) e indiretos (por exemplo, a perda de rendimentos devido à renúncia de trabalho remunerado) (RODRIGUES *et al.*, 2006). Um alto grau de intensidade de cuidados está associado a

restritas oportunidades sociais e econômicas, bem como efeitos prejudiciais para a saúde física e psíquica do cuidador (HARWOOD *et al.*, 2004). Além disso, esses fatores podem resultar em padrões de cuidados ruins, negligência ou mesmo abuso do paciente que necessita de cuidados (PAPASTAVROU *et al.*, 2007).

Frente à questão do envelhecimento, a prevenção das doenças crônicas e degenerativas, a assistência à saúde dos idosos dependentes e o suporte apropriado aos cuidadores familiares representam desafios para o sistema de saúde do Brasil, que estão a exigir novas formas de assistência e novos enfoques por parte das políticas públicas de saúde. (KARSCH, 2003).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) faz avanços na discussão da temática da saúde do idoso quando se refere à necessidade de incluir a condição funcional na formulação de políticas para este segmento populacional, considerando prioridade responder às pessoas idosas com alta dependência. Complementarmente, recomenda que, na prática de cuidados às pessoas idosas, além da abordagem interdisciplinar e multidimensional dos fatores que influenciam a saúde dos idosos, seja também identificada e avaliada a rede de suporte social, assim como suas necessidades, a fim de prevenir o desgaste dos cuidadores.

No entanto, segundo Garrido e Menezes (2004), a grande maioria dos cuidadores informais, no Brasil, ainda se encontra sem as informações e o suporte necessários. Os autores enfatizam o risco de que também o cuidador se torne doente num futuro breve, se o suporte formal não for provido. São necessários estudos sobre cuidadores no Brasil, formação de qualidade para profissionais de saúde nessa área e implantação de programas de orientação e apoio ao cuidador que envolvam a família, a comunidade e o Estado, visto que os cuidadores são componentes essenciais no processo de atenção à saúde, principalmente nas situações crônicas e de longo prazo.

Espera-se que esta revisão de literatura acerca do tema possa trazer um acréscimo para a compreensão de quem é o cuidador informal do idoso, e das repercussões do cuidar, assim como dar um panorama das intervenções possíveis junto à família cuidadora. Pretende-se, assim, oferecer subsídios teóricos que provoquem uma reflexão sobre as questões relacionadas ao envelhecimento, auxiliando tanto os profissionais que trabalham com famílias que têm idosos, quanto os cuidadores.

A pesquisa bibliográfica foi operacionalizada através de busca eletrônica de artigos indexados nas bases de dados SciELO e MedLine/PubMed. Além disso, foram utilizadas dissertações acessadas em bibliotecas online da USP e livros

mais relevantes e recentes na área estudada. As consultas nas bases de dados eletrônicas incluíram o período do ano 1997 a 2007, preferencialmente, e as palavras-chave usadas foram cuidadores, idosos e família.

O levantamento dos temas, surgidos a partir da leitura do material selecionado, foi feito de acordo com as etapas seguintes: pré-análise (organização dos dados através da leitura flutuante e exaustiva de cada publicação, compreendendo a sistematização geral das principais idéias e achados); exploração do material (busca de sínteses convergentes e divergentes de idéias); interpretação dos dados (seleção dos temas mais recorrentes, destacados por categorias temáticas) (TRIVIÑOS, 1987).

PERFIL DO CUIDADOR

A literatura internacional aponta quatro fatores, geralmente presentes, na designação da pessoa que, preferencialmente, assume os cuidados pessoais do idoso incapacitado: parentesco (cônjuges); gênero (principalmente mulher); proximidade física (vive junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos) (KARSCH, 2003).

Quanto ao grau de comprometimento na prestação dos cuidados, pode-se classificar o cuidador em duas categorias: primário e secundário. Define-se o cuidador primário como o indivíduo com a principal ou total responsabilidade no fornecimento de ajuda à pessoa necessitada e cuidador secundário como quaisquer outras pessoas que forneçam assistência de forma complementar, isto é, sem ter a principal responsabilidade sobre o cuidar (MEDEIROS *et al.*, 1998 apud LAHAM, 2003; GONÇALVES *et al.*, 2006).

Em relação ao desempenho da função de cuidar, classifica-se o cuidador em: informal - quando se trata de alguém da família do paciente ou muito próximo, como um vizinho ou amigo que presta os cuidados, sem que haja qualquer tipo de contrato para o fim de cuidar; e formal - quando se estabelece alguma espécie de contrato com a pessoa que cuida, a fim de que os serviços sejam realizados, geralmente, mediante remuneração (LAHAM, 2003).

O cuidado informal pode ser considerado a alternativa prevalente quando ocorre o comprometimento da capacidade de autocuidado de alguém, sendo encontrado em aproximadamente 80% a 90% das situações de assistência aos idosos brasileiros (QUEIROZ, 2000).

GÊNERO, PARENTESCO E FAIXA ETÁRIA

De acordo com a literatura nacional e internacional, os cuidadores de idosos são predominantemente mulheres e,

na maioria das vezes, mantêm um laço conjugal com o idoso ou são filhas do mesmo (ALMEIDA, 2005; GARRIDO; MENEZES, 2004; GONÇALVES *et al.*, 2006; GRATÃO, 2006; LAHAM, 2003; LUZARDO *et al.*, 2006; PAPASTAVROU *et al.*, 2007; VILELA; CARAMELLI, 2006)

As mulheres costumam assumir os cuidados dos pais idosos mesmo que existam filhos do sexo masculino na família, sendo que estes se encarregam da ajuda material e tarefas externas como, por exemplo, deslocar o paciente para outros ambientes (NERI; SOMMERHALDER 2002 apud LAHAM, 2003).

Em estudos de Gonçalves *et al.* (2006) e Vilela *et al.* (2006), embora os dados continuem demonstrando um maior número de mulheres cuidadoras, ressalta-se a crescente participação dos homens de diferentes idades e parentescos - esposos, filhos e netos - cuidando de idosos, totalizando 15,7% e 12,5%, respectivamente.

Alguns estudos apontam para o fato de que as transformações na composição familiar e nos papéis sociais desempenhados pelas mulheres brasileiras, com a participação cada vez mais efetiva destas no mercado de trabalho, tendem a reduzir ou impossibilitar a manutenção da tradicional figura feminina como cuidadora em nossa sociedade (GONÇALVES *et al.*, 2006 ; QUEIROZ, 2000).

A média de idade dos cuidadores foi superior a 50 anos em diversos estudos (GARRIDO; MENEZES, 2004; GRATÃO, 2006; LAHAM, 2003; LUZARDO *et al.*, 2006; PAPASTAVROU *et al.*, 2007; VILELA; CARAMELLI, 2006). Segundo Karsch (2003), a faixa etária de 59% dos cuidadores pesquisados estava acima de 50 anos e 41% tinham mais de 60 anos. Os dados ainda revelam que 39,3% de cuidadores, entre 60 e 80 anos, cuidavam de 62,5% de pacientes da mesma faixa etária, o que mostra que pessoas idosas estão cuidando de idosos.

ESTADO CIVIL, ESCOLARIDADE E OCUPAÇÃO

Em estudo de Gonçalves *et al.* (2006), observou-se que 58,2% dos cuidadores eram casados, 37,3%, separados ou solteiros, e 3,4%, viúvos. Em relação à escolaridade, 50,3% cursaram somente o ensino básico; 32,1%, ensino médio; 15,6%, ensino superior e 1,7% referiram ser analfabetos. Quanto à ocupação, 53% referiram não ter atividades extradomiciliares, dedicando-se ao cuidado do idoso e de outros membros da família - filhos e netos, além dos afazeres domésticos.

Tais dados confirmam os achados de diversos autores, como Garrido e Menezes (2004), Almeida (2005), Laham

(2003), mostrando o cuidador típico como alguém casado, que se dedica às atividades do lar e possui escolaridade básica.

A fim de melhor compreender a situação ocupacional dos cuidadores que declararam não trabalhar fora (90,4%), Almeida (2005) questionou se tal fato estaria relacionado com o início das atividades de cuidar, obtendo os seguintes dados: 23,1% disseram ter parado de trabalhar fora para exercer a função de cuidador, 26,9% referiram estar aposentados e 28,8% já eram “do lar”.

É comum que a mulher assuma a função de cuidadora, mesmo que trabalhe fora, o que acaba acarretando uma diminuição das atividades de lazer e vida social (NERI; SOMMERHALDER, 2002 apud LAHAM, 2003).

FORMAÇÃO PARA O CUIDAR E TEMPO DISPENSADO

Quanto à formação para o desempenho das atividades relativas ao cuidar, os dados de Almeida (2005) e Gratão (2006) revelaram que a maioria dos cuidadores não teve orientação profissional (90,4% e 77,8%, respectivamente), sendo seus conhecimentos obtidos de forma solitária, na prática, com base em erros e acertos.

O estudo de Gonçalves *et al.* (2006) revelou que 64,6% dos cuidadores dedicavam-se diuturnamente à atenção do idoso, investindo diariamente cinco horas ou mais em atividades de cuidado direto, como: ajuda no deslocamento, auxílio no banho, encaminhamento ao sanitário para as necessidades fisiológicas e, em situações de incontinência urinária, ajuda no despir-se e vestir-se e na troca de fraldas. Gratão (2006), em seu estudo com 104 idosos com demência, apontou que o tempo dedicado ao cuidar do idoso foi, em média, de 15 horas e 10 minutos horas/dia, o que pode ser explicado pela especificidade do diagnóstico - na maioria das vezes uma síndrome altamente incapacitante em estágios avançados.

AS TAREFAS DO CUIDAR

As tarefas do cuidar estão diretamente relacionadas à condição do idoso, características e estágio da enfermidade apresentada pelo mesmo, presença de alterações cognitivas, comportamentais, motoras e sensoriais.

Segundo dados da OMS, as principais doenças crônicas que afetam o idoso em todo o mundo são: doenças cardiovasculares (tais como doenças coronarianas), hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças músculo-

esqueléticas (como artrite e osteoporose), doenças mentais (principalmente demência e depressão), cegueira e diminuição da visão (OMS, 1998 apud GRATÃO, 2006).

Dentre as funções que o cuidador primário deve realizar junto ao idoso doente e/ou fragilizado estão: ajudar a sair da cama ou a levantar-se da cadeira; ajudar no cuidado corporal - cabelos, unhas, pele, barba, banho, higiene íntima, cuidados com eliminações; ajudar na locomoção e em atividades físicas apoiadas - andar, tomar sol, movimentar as articulações; estimular e ajudar na alimentação; promover a comunicação e a socialização; estimular a memória e o intelecto de um modo geral; manter a limpeza e a ordem da casa ou quarto do idoso; e acompanhar às consultas (GONÇALVES *et al.*, 2000 apud LAHAM, 2003).

Almeida (2005) verificou que as atividades que envolvem os cuidados da casa, cuidados com roupas e preparação de alimentos são geralmente executadas pelos cuidadores principais sem qualquer tipo de ajuda. Já no transporte do idoso para locais fora do domicílio, 67,3% dos cuidadores contou com ajuda de outras pessoas. Ainda de acordo com a autora, os cuidados diurnos de vigilância do idoso dependente foram realizados diretamente por 92,3% dos cuidadores, o que confirma a atenção integral e intensiva que os cuidadores despendem, dificultando sua participação em outras atividades profissionais, sociais e de lazer.

REPERCUSSÕES DO CUIDAR

Diversos estudos revelam que o processo de cuidar do idoso em contexto domiciliar pode resultar em limitações na vida cotidiana do cuidador, afetando os papéis sociais, ocupacionais e pessoais desempenhados por ele, com consequente risco à sua saúde e bem-estar (GONÇALVES *et al.*, 2006).

A sobrecarga do cuidador - expressão traduzida da língua inglesa e conhecida internacionalmente como *caregiver burden* -, similar ao estresse, é suposta como uma reação negativa aguda à prestação de cuidados, que surge quando novas demandas de cuidados são introduzidas ou quando demandas de cuidados já existentes se intensificam. Cuidadores incapazes de se adaptar ou modificar as suas estratégias para atender as demandas de cuidados experienciam a sobrecarga (GIVEN *et al.*, 1999 apud PAPASTAVROU *et al.*, 2007).

Segundo alguns pesquisadores, o estresse relacionado aos cuidados é um fenômeno multidimensional que engloba quatro grandes domínios: o quadro de cuidado (incluindo as características do cuidador, o tipo de relacionamento entre o cuidador e aquele que é cuidado e a disponibilidade

de apoio social); as situações de estresse relacionadas ao cuidado, que podem ser primárias (como o comportamento problemático do paciente) ou secundárias (tal como outros compromissos do cuidador); fatores que podem servir de moderadores da percepção de estresse, como estratégias de enfrentamento e de gestão de cuidados; e as consequências dos cuidados para o bem estar geral do cuidador (PEARLIN *et al.*, 1990 apud PAPASTAVROU *et al.*, 2007).

ALGUMAS VARIÁVEIS RELACIONADAS À SOBRECARGA

Muitos pesquisadores têm avaliado e descrito, de maneiras diferentes, as características individuais, tanto do paciente quanto do cuidador, que predisõem os cuidadores à sobrecarga, como relatado a seguir:

DEPENDÊNCIA FÍSICA, ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS E COGNITIVAS DO IDOSO

Papastavrou *et al.* (2007), acerca do tema, faz referência a uma meta-análise desenvolvida em 2003 por Pinquart e Sörensen, na qual defende-se o fato de a dependência física estar positivamente relacionada com a depressão em cuidadores, mas, no caso de pacientes com demência, este problema torna-se de importância secundária, dada a prioridade dos transtornos comportamentais como a agressividade, os delírios e a desorientação. Papastavrou observa ainda que em estudos mais recentes, tais como os desenvolvidos por Sherwood e outros em 2005, encontrou-se uma correlação negativa entre dependência física e sobrecarga, sendo possível entender que, nos casos em que a necessidade de cuidados físicos é evidente, a família estendida tenda a oferecer mais apoio para o cuidador primário.

Pesquisas sobre problemas comportamentais dos pacientes com demência revelam resultados mais claros e consistentes quanto à correlação entre comportamento problemático e sobrecarga. Já a relação entre diminuição da capacidade cognitiva e sobrecarga é menos clara, com achados que ora apresentam uma correlação positiva ora nenhuma relação direta, denotando fraca associação entre as variáveis, segundo revisão de literatura realizada por Papastavrou *et al.* (2007).

Gratão (2006) encontrou um maior número de respostas relacionando o comportamento do idoso demenciado com o desgaste emocional sofrido pelos cuidadores. Em pesquisa de Papastavrou *et al.* (2007) com 172 diádes cuidadores - idosos demenciados, os problemas comportamentais do

paciente tiveram um impacto muito maior sobre a vida dos cuidadores do que os comprometimentos cognitivos ou funcionais, sendo identificadas correlações positivas estatisticamente significativas entre sobrecarga total e frequência total de problema de comportamento do paciente. O comportamento mais fortemente associado à sobrecarga foi agressão, que contém tais itens: paciente desconfiado, faz acusações e torna-se irritado, fala de maneira agressiva ou ameaçadora.

ESCOLARIDADE E VIDA PROFISSIONAL DO CUIDADOR

De acordo com o estudo de Papastavrou *et al.* (2007), cuidadores com ensino superior e melhor remuneração profissional apresentaram menores níveis de sobrecarga, reforçando estudos anteriores, o que sugere que estes fatores podem assumir a função de diminuir os efeitos do estresse relacionados ao cuidar. Também é possível que estes cuidadores tenham desenvolvido habilidades mais efetivas de lidar com os problemas do cuidar e com o próprio estresse.

GÊNERO E PARENTESCO DO CUIDADOR

Outro fator predisponente à sobrecarga é o gênero, uma vez que resultados mostram que as mulheres tiveram maior pontuação de sobrecarga se comparadas aos homens. Tal achado pode ter várias explicações, segundo o autor, desde o fator cultural que, muitas vezes, impõe à mulher o papel de cuidadora sem levar em conta sua escolha pessoal, até a frequente disponibilidade de um outro cuidador para dar suporte e ajuda quando o cuidador principal é o homem (PAPASTAVROU *et al.*, 2007).

Garrido e Menezes (2004) reconhecem que, na literatura, as mulheres costumam apresentar maiores níveis de impacto do que os homens, mas não observaram essa associação em seu estudo, possivelmente pelo pequeno tamanho da amostra. No entanto, em seus achados, o parentesco do cuidador se mostrou associado estatisticamente ao impacto, sendo que indivíduos da família nuclear (cônjuges e filhos) apresentaram maiores níveis de impacto que 'outros'.

IMPACTO FINANCEIRO, LABORAL E SOCIAL

O impacto dos gastos pode ser considerado um indicador do grau de sobrecarga, principalmente emocional,

que tão frequentemente acompanha as responsabilidades dos cuidadores. O estudo realizado por Veras et al. (2007) com 41 famílias que cuidam de idosos demenciados, com o objetivo de compreender a composição dos gastos com o cuidado e seu impacto sobre a renda familiar, sugere que a repercussão destes é realmente grande e chega a comprometer, em média, 66% da renda familiar. Os gastos podem chegar a 75%, nos casos de pacientes no estágio inicial da demência, a 62% no estágio avançado e a cerca de 80% da renda familiar, quando associada a outra doença crônica. O item que mais se destacou foi a compra de medicamentos em razão do tratamento da saúde.

Em relação à vida profissional, dentre as consequências da tarefa de cuidar do idoso, encontram-se limitações na vida profissional, desde a redução da jornada de trabalho até o seu abandono. (GONÇALVES *et al.*, 2006). Em estudo com 238 cuidadores familiares de idosos dependentes e/ou fragilizados, em 5,4% dos relatos, foi apontada a necessidade de deixar o trabalho, em 19,1%, a redução da jornada de trabalho e, em 13,2%, o aumento dos problemas financeiros da família (VILELA et al., 2006).

Quanto ao impacto social, cuidadores de idosos experienciam uma perda de liberdade e um isolamento social como consequência do cuidar (FARIA, 1998 apud STOLTZ et al., 2004). Para Luzardo et al. (2006), dentre aqueles que cuidam de idosos com doença de Alzheimer, 69,4% abandonaram as atividades de lazer em função da tarefa de cuidar.

IMPACTO NA SAÚDE E NO BEM-ESTAR

De acordo com estudos de Papastavrou et al. (2007), a sobrecarga pelo cuidar é correlacionada positivamente com a depressão, sendo que quase metade dos cuidadores tem risco potencial para o desenvolvimento de depressão clínica. Esse percentual é semelhante ao de outros estudos, sendo a correlação, possivelmente, explicada pela longa duração do cuidar, que vai de 1 a 13 anos, e pelas tensões envolvidas neste papel.

Cerqueira e Oliveira (2002) fazem referência a um estudo de Zarit, publicado em 1997, cuja conclusão foi que, em comparação com pessoas da mesma idade, mas que não exercem a função de cuidar, os cuidadores apresentaram taxas mais altas de depressão e sintomas psiquiátricos, além de estarem mais propensos a problemas de saúde física.

Em termos de queixas, as cuidadoras expressaram falta de tempo para se cuidar; convivência conjugal conflituosa; redução do tempo de lazer; cansaço permanente e percepção de saúde piorada (GONÇALVES et al., 2006; RODRI-

GUES et al., 2006; VILELA et al., 2006). Os dados sobre a saúde dos cuidadores reforçam a percepção de piora na saúde: dos cuidadores entrevistados, 40,7% referiram dores lombares, 39,0%, depressão, 37,3% sofriam de pressão alta, 37,3% tinham artrite e reumatismo, 10,2%, problemas cardíacos, e 5,1%, diabetes (KARSCH, 2003).

Em estudo populacional prospectivo, com duração de quatro anos e meio, para investigação da relação entre a atividade de cuidar e o risco de morte entre 392 cuidadores idosos, houve a sinalização de um maior risco de morte entre os cuidadores que assistiam seus cônjuges dependentes e que se sentiam sobrecarregados pelos cuidados administrados. Este risco de morte, após ajuste dos fatores sócio-demográficos e do status de saúde física dos cuidadores, foi 63% maior entre os cuidadores de esposos (as) com dependência (SCHULZ; BEACH, 1999 apud FLORIANI; SCHRAMM, 2006).

Instigados a se expressarem, os cuidadores revelam que a experiência de cuidar é repleta de sentimentos antagônicos: amor e raiva, paciência e intolerância, carinho, tristeza, irritação, desânimo, pena, revolta, insegurança, negativismo, solidão, dúvida quanto aos cuidados, medo de ficar doente também, medo de o paciente estar sofrendo, medo de o paciente morrer, culpa (SILVEIRA et al., 2006).

ASPECTOS POSITIVOS

Feitas as considerações acerca dos pontos negativos do cuidar, abordaremos então a temática por outra perspectiva. Uma importante e ainda pouco estudada apreciação no que tange à função do cuidar diz respeito à percepção de benefícios por quem presta os serviços. De acordo com revisão de Haley et al. (2004), uma emergente literatura de pesquisa sugere que o estresse relacionado ao cuidar e a sobrecarga podem ser contrabalançados, em parte, por percepções dos aspectos positivos do cuidar.

Embora seja pertinente considerar que alguns cuidadores são levados a assumir este papel por ser a única opção disponível, quando se trata dos sentimentos de identidade do cuidador diante das atividades de cuidar do idoso, os dados revelam que a maioria percebe o cuidado como algo que o dignifica como pessoa ou como cumprimento de um dever moral e de princípios religiosos, satisfação pela manifestação de gratidão pelo idoso, reconhecimento da família e da comunidade (GONÇALVES et al., 2006). Aos benefícios que o cuidar pode trazer, acrescenta-se: aumento do sentimento de orgulho, da habilidade para enfrentar desafios, do senso de controle e de crescimento pessoal (SOMMERHALDER; NERI, 2002 apud LAHAM, 2003).

Num estudo conduzido por Laham (2003) sobre percepção de perdas e ganhos subjetivos relativos ao cuidar, quando questionados sobre o que há de positivo em ser cuidador, 40% deles citaram o ganho narcísico que obtinham com os cuidados, categoria que englobou respostas como sentir-se útil, fazer o bem, ver que o paciente estava bem e que ele (o cuidador) teve participação nisso, ver que a sobrevivência do outro dependia dele (gerando um sentimento de potência). Apenas 4% dos sujeitos não relataram aspectos positivos na tarefa de cuidar. É interessante ressaltar que os cuidadores que perceberam aspectos positivos sofreram menor impacto no exercício de sua função do que os que perceberam aspectos negativos.

Elementos potencialmente satisfatórios e gratificantes na situação de prestação de cuidados a um familiar podem estar relacionados à história de relacionamento afetivo que o cuidador mantém com o paciente, atribuindo ao cuidar significados como, por exemplo, retribuição de cuidados e carinhos recebidos no passado (BRITO, 2002 apud LAHAM, 2003).

ESTRATÉGIAS DE SUPORTE JUNTO AOS CUIDADORES

É possível, portanto, deduzir que cuidadores respondem de formas variadas aos estressores decorrentes do cuidado prestado, sendo que algumas pessoas são capazes de enfrentar mais adequadamente as situações estressantes. Assim, as intervenções devem levar em conta a variabilidade das respostas, a fim de promover programas que possam ajudar a limitar o impacto que o cuidar pode trazer ou contribuir na identificação e promoção de fatores que possam mediar e reduzir o impacto sofrido pelos cuidadores (ZARIT, 1997 apud CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002).

Floriani e Schramm (2006) citam um estudo de Hileman et al. (1992), no qual, num universo de 492 cuidadores, foram encontradas 25 necessidades principais não satisfeitas que, posteriormente agrupadas, deram origem a seis categorias definidas: psicológica, informativa (relacionada à informação educativa do cuidador), relativa aos cuidados do paciente, pessoal, espiritual e relativa ao manejo do domicílio para provisão de cuidados. Dentre essas categorias, as que tiveram um maior número de necessidades identificadas foram a psicológica e a informativa.

No que tange à questão do suporte necessário aos cuidadores, são diferenciados dois tipos: os sistemas informais de suporte, explicados como redes de relacionamento entre membros da família, amigos e vizinhos (CALKINS, 1997 apud GRATÃO, 2006), oferecendo ao cuidador apoio,

orientação e valorização do cuidar (TOBIAS; LEMOS, 2005 apud GRATÃO, 2006); e ainda o suporte social formal, designado como aquele relacionado a hospitais, atendimento domiciliar, instituições da comunidade e de abrigo e programas formais de capacitação de pessoal (CALKINS, 1997 apud GRATÃO, 2006).

Atualmente, começam a ser implantados, tanto no âmbito público quanto no privado, alguns programas que se propõem a desenvolver ações voltadas para os cuidadores. No entanto, achados de Gratão (2006) revelam ainda pouca participação dos cuidadores em sistemas formais. Observa-se que, dentre esses, a Igreja foi a mais mencionada (11,1%); grupo de apoio/instituições de saúde (5,6%) e assistência social (4,4%).

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

O termo assistência domiciliar aqui usado diz respeito ao atendimento feito por profissionais de saúde que visitam o paciente periodicamente (JACOB FILHO, 2000 apud LAHAM, 2004). Agrega diversos profissionais nos cuidados oferecidos ao paciente em sua casa, seja com objetivo de prevenção de problemas de saúde ou de assistência para doenças já instaladas - em geral crônicas.

Rodrigues et al. (2006) fazem referência a um trabalho desenvolvido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: Programa de Assistência ao Idoso no Domicílio - Projeto CapacIDADE-, baseado num sistema de vigilância da incapacidade e dependência. Nele, enfermeiras realizam visitas domiciliares aos idosos com alguma incapacidade funcional ou dependência, com o intuito de avaliarem as condições de saúde desses idosos, darem orientações voltadas para o autocuidado e a prevenção de acidentes, prestarem cuidados de enfermagem e fazerem encaminhamentos quando necessário.

Um outro exemplo desse tipo de trabalho é o Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), que tem como objetivo principal a desospitalização de pacientes cujo tratamento possa ser feito em domicílio, garantindo assistência, orientando pacientes e familiares quanto a noções básicas de saúde e de cuidados. Conta com equipe formada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, odontólogos, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais. É atribuição do psicólogo fazer um psicodiagnóstico situacional e, a partir daí, propor possíveis intervenções: psicoterapia breve para o paciente ou o cuidador individualmente, grupos terapêuticos para cuidadores; orientações

individuais ou grupais; reuniões de família, juntamente com outros membros da equipe de saúde, para redirecionar o tratamento (LAHAM, 2004).

Semlyen et al. (1998 apud LAHAM, 2003) cita estudos de em que achados constataram ganhos significativos em pacientes e famílias atendidos por uma equipe de reabilitação multidisciplinar coordenada, o que se confirma nos resultados da pesquisa conduzida pela autora. Uma melhora no exercício do cuidar foi relatada por 80% dos cuidadores, quando questionados sobre mudanças após o início da assistência domiciliar. As respostas referiram-se principalmente às orientações recebidas, o que sugere que o acompanhamento trouxe, para os cuidadores, um sentimento de amparo e segurança no exercício de suas tarefas. O deslocamento até o hospital e os gastos também foram minorados, sendo estes importantes fatores mencionados pelos cuidadores para a percepção de melhora da situação pela qual passavam.

GRUPO DE APOIO AOS CUIDADORES

Silveira et al. (2006) fazem referência ao Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), unidade ambulatorial da Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Conforme descrito, essa unidade conta com um grupo de suporte aos familiares cuidadores de pacientes com alto nível de dependência, coordenado por uma enfermeira, um médico e uma psicóloga, com frequência semanal. Segundo as autoras, os grupos têm como meta ajudar os cuidadores a terem um envolvimento construtivo com o parente que adoeceu, redimensionando e elaborando os conflitos relacionais. Questões sobre seus sentimentos e concepções do cuidar emergiram com constância nas sessões grupais.

Já Cerqueira e Oliveira (2002) descrevem um programa de apoio aos cuidadores de idosos da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, elaborado com os objetivos de preservar a qualidade de vida dos cuidadores e proporcionar melhores condições de atendimento familiar aos pacientes idosos. Cada curso consta de 10 a 12 reuniões semanais, com duas horas de duração, coordenado por duas psicólogas, e com participação de outros profissionais para temas específicos, de caráter mais informativo. Os principais temas abordados são: significado e motivações do cuidado prestado, sinais de alerta de desgaste físico e mental do cuidador, possibilidades de se cuidar e solicitar ajuda, formas de favorecer a independência e autonomia e de lidar com os problemas relativos à higiene, mobilidade e alterações de comportamento e cognitivas do idoso. Têm

sido utilizadas, no início e ao final do programa, medidas que permitem avaliar os cuidadores segundo a sobrecarga da atividade de cuidar e a presença de sintomas psiquiátricos. Os dados obtidos indicam mudanças favoráveis na expressão de sentimentos, estabelecimento de limites e retomada de atividades de lazer.

RELIGIOSIDADE

Muitas vias ou mecanismos através dos quais, potencialmente, a associação positiva entre religiosidade e saúde ocorre, foram propostos, incluindo os que vêm descritos a seguir, conforme resumido pelo Instituto Fetzer / Grupo de Trabalho do Instituto Nacional em Envelhecimento em 1999: mecanismos comportamentais (por exemplo, pessoas altamente religiosas têm menor probabilidade de abuso de drogas ou álcool); mecanismos sociais (por exemplo, grupos religiosos ou espirituais podem favorecer comunidades suportivas e integradoras); mecanismos psicológicos (por exemplo, grupos religiosos podem oferecer às pessoas um conjunto de crenças e, por conseguinte, estratégias de coping relevantes para a saúde); e mecanismos fisiológicos (por exemplo, algumas práticas religiosas/ espirituais que suscitam uma resposta de relaxamento, uma reação fisiológica integrada que se opõe à resposta de estresse) (LEBLANC et al., 2004).

Uma série de estudos revela fortes evidências de que diversas práticas e envolvimento religiosos podem trazer benefícios para a saúde, tanto física quanto psíquica (HALEY et al., 2004), embora Leblanc et al. (2004) sugiram que esta relação careça de dados empíricos quanto às condições nas quais as várias dimensões da religiosidade influenciam no processo de estresse.

OUTRAS EXPERIÊNCIAS

Além das já citadas estratégias de suporte, em alguns países mais desenvolvidos, foi construída uma rede de organizações que se define como *community care*, cujo objetivo é manter o idoso em sua casa, oferecendo suporte para a família e para o cuidador. Entre as diferentes modalidades de assistência ao cuidador, destaca-se o serviço de sua substituição por um profissional, para que os cuidados com o doente não fiquem a cargo de um cuidador apenas. Outro programa existente em muitos países é o “comida sobre rodas”, que produz e distribui as refeições programadas para os doentes e incapacitados, poupando o cuidador da tarefa de cozinhar diariamente (KARSCH, 2003).

Stoltz et al. (2004) realizaram revisão sistemática para identificação de tipos e de evidências científicas acerca do suporte aos familiares cuidadores de idosos. Os resultados revelaram que os cuidadores familiares temem o isolamento social e consideraram como suportivos os grupos de auto-ajuda, sejam para fins sociais ou de aprendizagem, embora não tenha sido possível constatar se os cuidadores realmente se beneficiam das estratégias de suporte analisadas no estudo.

Em meta-análise conduzida por Brodaty et al. (2003), observou-se que algumas intervenções junto a cuidadores de pessoas demenciadas têm potencial para beneficiar os cuidadores e os doentes, podendo reduzir a morbidade psicológica dos primeiros e evitar a institucionalização dos que estão sob cuidados. Programas intensivos (mais de 10 sessões), estruturados (como o ensino de habilidades de resolução de problemas) e que envolvem os doentes e o cuidador, sendo modificáveis conforme suas necessidades, tendem a ser mais bem sucedidos.

Finalmente, Sörensen e Pinquart (2006), em meta-análise integrando resultados de 127 estudos de intervenções junto a cuidadores com demência publicados entre 1982 e 2005, a fim de avaliar a efetividade das mesmas, verificaram que, em média, todas as intervenções avaliadas têm pequenos, mas significativos efeitos na redução da sobrecarga e de sintomas depressivos, no aumento de habilidades/conhecimentos do cuidador e nos indicadores de bem-estar. E reforçando achados anteriores, constataram que intervenções mais estruturadas e intensivas, especialmente aquelas que requerem participação ativa do cuidador, por exemplo através de dramatizações (role-playing), são mais efetivas do que as não estruturadas.

CONCLUSÃO

Neste estudo percebe-se o quão diversas e complexas são as questões envolvendo a temática de cuidadores informais de idosos e, com isso, a magnitude do desafio a ser enfrentado por um país que se propõe a prover atenção à saúde da população que envelhece.

Embora a busca por artigos não tenha se restringido a uma determinada doença, dentre os estudos pesquisados, a maioria deles se referem a familiares cuidadores de idosos com demência, patologia cujo maior fator de risco é a idade avançada. Algumas questões, tais como alterações de comportamento, podem afetar de modo mais intenso os cuidadores familiares de idosos demenciados, se comparados aos idosos com um diagnóstico diferente.

Portanto, para subsidiar os serviços de saúde no pla-

nejamento e implementação de programas e políticas de intervenção/ assistência aos cuidadores familiares, é fundamental o conhecimento prévio dos idosos dependentes e do perfil de seus cuidadores, identificando vulnerabilidades, assim como de intervenções mais efetivas. Para isso, é preciso avançar na realização e publicação de mais pesquisas sobre a temática, que sejam realizadas no Brasil e, por conseguinte, reflitam a nossa realidade em termos de cultura e de recursos disponíveis. Existe, ainda, uma carência de dados que caracterizem as condições de cuidado das variadas regiões do país.

Diante da tendência de manutenção dos idosos fragilizados/dependentes em casa, é necessário, para além da disposição dos familiares em assumir o cuidado do idoso, a provisão de suporte adequado por instituições públicas ou privadas. Não basta preparar um cuidador do ponto de vista técnico, mas é preciso, também, estruturar intervenções junto a ele, que considerem a sobrecarga sofrida, afetando aspectos físicos, psíquicos, financeiros e sociais, ou seja, é necessário criar um projeto de manutenção e promoção da sua própria condição de saúde. Ressalta-se o achado de pesquisas que apontam o fato de alguns cuidadores serem também idosos, com demandas próprias, e o risco de adoecerem num breve espaço de tempo se o suporte necessário não for provido.

No processo de avaliação de como o cuidador está enfrentando a situação de cuidar de um familiar fragilizado/dependente, considera-se a importância do profissional da área de psicologia junto a uma equipe interdisciplinar. O psicólogo pode investigar mecanismos de defesa usados e recursos psíquicos de que dispõe o cuidador, além de avaliar como se dão as relações do cuidador com o idoso, com os familiares, com a rede social ampliada e com os profissionais de saúde, propondo estratégias adequadas de intervenção para cada caso.

Aspectos positivos e negativos podem coexistir em situações como as experimentadas por cuidadores informais de idosos e, por isso, sugere-se que estudos nesta área dediquem atenção também aos efeitos positivos da percepção de ganhos mencionados por cuidadores, a fim de ampliar a discussão sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T.L. **Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da Família**. 2005. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006.
- BRODATY, H. et al. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. **J. Am. Geriatr. Soc.**, New York, v.51, n.5, p.657-64, may 2003.
- CERQUEIRA, A.T.A.R.; OLIVEIRA, N.I.L. 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.
- FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.527-534, mar. 2006.
- GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriatrico. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.6, p.835-841, 2004.
- GONÇALVES, L. H. T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto & contexto - Enferm.**, Florianópolis, v.15, n.4, out./dez. 2006.
- GRATÃO, A. C. M. **Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado**. 2006. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- HALEY, W. E. et al. Well-being, appraisal and coping in African-American and Caucasian dementia caregivers: findings from the REACH study. **Aging & Mental Health**, Abingdon, v.8, n.4, p.316-329, July 2004.
- HARWOOD, R. H. et al. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. **Bulletin of the World Health Organization**, Genebra, v.82, n.4, abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 21 out. 2007
- IBGE. **Indicadores Sociodemográficos Prospectivos para o Brasil 1991-2030** Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 21 out. 2007
- KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.861-866, 2003.
- LAHAM, C.F. **Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar**. 2003. 154 f. Dissertação (Mestrado em Fisiopatologia Experimental) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003
- _____. Peculiaridades do atendimento psicológico em domicílio e o trabalho em equipe. **Psicol. Hosp**, São Paulo, v.2, n.2, p.0-0, dez. 2004.
- LEBLANC, A. J. et al. Religiosity and the expansion of caregiver stress. **Aging & Mental Health**, Abingdon, v.8, n.5, p.410-421, set. 2004.
- LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.700-701, 2003.
- LUZARDO, A. R. et al. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 587-594, out./dez. 2006.
- MEDICAL RESEARCH COUNCIL Cognitive Function and Ageing Study. Profile of disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study. **BMJ**, London, v. 318, p.1108-11, 1999.
- PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J.R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, M. (org.) **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.3-12.
- PAPASTAVROU, E. et al. Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.58, n.5, p. 446-457, 2007.
- QUEIROZ, Z.P.V. Cuidando do idoso: uma abordagem social. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.24, n. 4, p. 246-248, 2000.
- REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, supl.0, p. 231-242, set./dez. 2005.
- RODRIGUES, S. L. A. et al. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.40, n.4, p.493-500, 2006.

SILVEIRA, T. M. et al. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1629-1638, ago. 2006.

SÖRENSEN, S.; PINQUART, M. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? **International Psychogeriatrics**, New York, v.18, n.4, p. 577-595, 2006.

STOLTZ, P. et al. Support for family carers who care for an elderly person at home - a systematic literature review. **Scand J Caring Sci**, Stockholm, v.18, p.111-119, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VERAS, R. P. et al. Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.34, n.1, p.5-12, 2007.

VILELA, A. B. A. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 55-69, 2006.

VILELA, L. P.; CARAMELLI, P. A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.52, n.3, p.148-152, maio/jun. 2006.

Submissão: Junho de 2008

Aprovação: Outubro de 2008
