



O processo de cuidar de idosos restritos ao domicílio: Percepções de cuidadores familiares

The process of caring for the elderly restricted at home: Perceptions of family caregivers

Roberta Rodrigues de Almeida¹
Camila Dellatorre Borges²
Rosana Shuhama¹

¹ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FMRP USP

² Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

Resumo: Com o envelhecimento da população brasileira, as doenças crônicas e o bem-estar dos idosos tornaram-se novos desafios de saúde pública. No Brasil, a maior parte dos idosos reside com a família e esta é considerada a principal responsável por prover cuidados a eles. Deste modo, o objetivo desse estudo foi identificar as percepções de cuidadores familiares sobre o processo de cuidar de idosos restritos ao domicílio. Participaram da pesquisa 30 usuários de uma Unidade de Saúde da Família, que desempenhavam o papel de cuidador familiar. Para a coleta dos dados adotou-se um roteiro de entrevista semiestruturado e a Escala de Sobrecarga de Zarit. Os dados qualitativos foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática e realizou-se a contagem da frequência simples e relativa dos itens que compõem as categorias e que caracterizam a amostra. Identificou-se que os cuidadores realizavam atividades básicas essenciais para o bem-estar dos idosos e relataram facilidades e dificuldades nas atividades realizadas. A maior dificuldade pontuada foi o entendimento entre cuidador e idoso na rotina de cuidado, uma vez que o idoso se mostrou resistente a realizar certas atividades. A maior parte dos entrevistados relatou possuir recursos pessoais para lidar com as adversidades e utilizou principalmente estratégias de enfrentamento centradas na emoção. Foram identificadas alterações emocionais e físicas decorrentes do cuidado com o familiar doente e observou-se nas verbalizações que apesar do cuidado ser desgastante e gerar impacto na saúde do cuidador, os participantes encaram essa função com certa satisfação devido aos laços de afeto existentes e aos valores impostos pela cultura familiar.

Palavras-chave: Idoso dependente, cuidadores familiares, pesquisa qualitativa.

Abstract: With the aging of Brazilian population, chronic diseases and elderly's well-being have become new challenges to global public health. In Brazil, most of elderly people live with their family which is considered to be the mainly responsible for providing care for them. Therefore, the aim of this study was to identify the perceptions of family caregivers about the process of caring for the elderly restricted at home. The participants were 30 family caregivers of a Family Health Unit. To collect data we adopted a semi-structured interview guide and the Zarit Burden Scale. Qualitative data were analyzed using Thematic Content Analysis. Then, it was taken the count of simple and relative frequency of items that compose the categories and also of those that characterize the sample. The results indicated that caregivers perform essential basic activities to the elderly's welfare and they are able to recognize facilities and difficulties in the activities performed. The biggest difficulty detected was the understanding between the caregivers and the elderly in daily care routines, once elderly showed to be resistant to perform certain activities. Most respondents had personal resources to deal with adversity and most of them used coping strategies focused on emotion. Emotional and physical changes were identified in caregivers resulting from the care of the sick family member. Also, it was observed that despite the care be exhausting and have a negative impact on their health, the participants face this function with certain satisfaction because of the bonds of affection and the values imposed by the family culture.

Keywords: frail elderly, family caregivers, qualitative research.

1. Introdução

Dados de estimativa da Organização das Nações Unidas (ONU)¹ mostram que o mundo terá em 2050 cerca de dois bilhões de pessoas com mais de 60 anos. No Brasil, estima-se que haverá cerca de 32 milhões de idosos em 2025, o que levará o Brasil à 6ª posição entre os países mais envelhecidos do mundo². O envelhecimento da população está relacionado aos avanços na medicina, à melhoria das condições sanitárias e de acesso a bens e serviços e à diminuição da fecundidade e mortalidade^{3,4}. Deste modo, as doenças crônicas e o bem-estar dos idosos tornam-se novos desafios de saúde pública global¹.

No Brasil, muitas famílias não possuem recursos financeiros para contratar um profissional particular que possa auxiliar no cuidado do familiar doente⁵, portanto, a maior parte dos idosos reside com a família e esta é considerada a principal responsável por prover cuidados aos idosos⁶.

Cuidador, de acordo com o Ministério da Saúde⁷, é a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados a outra pessoa de qualquer idade, seja por esta estar acamada, ter limitações físicas ou mentais. O cuidado prestado pode ser com ou sem remuneração. Trata-se de acompanhar e auxiliar a pessoa em suas necessidades, facilitando a realização de suas atividades diárias como higiene pessoal, alimentação, administração de medicamentos de rotina e acompanhamento junto aos serviços de saúde.

Muitas vezes a pessoa que assume essa função não conta com o apoio de outros, o que pode levar ao abandono de suas atividades, empregos e ocupações em detrimento da atenção dispensada ao familiar doente⁸. Desta forma, é possível gerar situações desgastantes e de sobrecarga para quem assume o papel de cuidador⁹.

O conceito de sobrecarga está relacionado às consequências físicas, psicológicas, sociais e financeiras, que são vivenciadas por indivíduos que possuem a função de cuidar⁸. Segundo Trelha; Relvadalves; et al¹⁰, quando se trata de idosos restritos ao domicílio a situação pode ser ainda mais grave devido ao grau de dependência decorrente das incapacidades funcionais e à impossibilidade destes idosos se beneficiarem de programas voltados para a terceira idade, os quais promovem qualidade de vida e interação social.

Mesas; Trelha; et al¹¹ definem os idosos restritos ao domicílio como pessoas dependentes funcionalmente que tiveram suas capacidades afetadas por problemas físicos debilitantes crônicos, médicos e/ou emocionais, que as impedem de manter sua autonomia. Podem também ser parcialmente dependentes, em que os problemas afetam o indivíduo o incapacitando de manter independência total sem uma assistência continuada.

Na grande maioria das vezes os cuidadores familiares assumem funções para as quais não estão preparados, o que pode levar a um maior risco de sobrecarga física, emocional, social e financeira³. A dificuldade com o ambiente domiciliar e a infraestrutura necessária para realizar o cuidado de forma adequada também podem gerar preocupações no cuidador⁴.

Pesquisas^{8,12} mostram que pessoas que possuem a função principal de cuidar têm pior saúde emocional, quando comparadas com pessoas que não desempenham esse papel. Os cuidadores possuem tendência maior de apresentar altos níveis de sintomas depressivos, ansiedade, baixa autoestima, culpa, ressentimento e irritabilidade emocional.

O impacto do cuidar pode se manifestar em sintomas físicos, como por exemplo: dores no corpo, modificações no peso corporal, alterações no funcionamento intestinal, problemas cardiovasculares e gripes frequentes. Pode acontecer, ainda, agravamento de problemas de saúde anteriores¹², bem como desenvolvimento de doenças agudas, crônicas e necessidade de utilização de medicamentos¹³.

Por outro lado, alguns estudos têm demonstrado também que a atividade de cuidar de um familiar doente pode vir acompanhada de sentimentos de gratificação, satisfação e retribuição. Esses sentimentos, crenças e valores positivos relacionados ao cuidado são fundamentais para a manutenção da qualidade de vida dos cuidadores ao longo do processo de cuidar¹⁴.

Observa-se, então, uma série de possíveis consequências emocionais e físicas na qualidade de vida do cuidador, que podem interferir em sua saúde, nas atividades sociais e de lazer¹⁵. Portanto, ressalta-se a importância de estudos que possam dar visibilidade a este assunto, de forma a contribuir para o planejamento de ações voltadas aos cuidadores com o intuito de melhorar a qualidade de vida de quem assume essa função e, conseqüentemente, poder aprimorar os cuidados dispensados aos familiares doentes.

2. Objetivos

O objetivo desse estudo foi identificar as percepções de cuidadores familiares sobre o processo de cuidar de idosos restritos ao domicílio e, de modo mais específico, verificar as atividades que desempenham, as facilidades e dificuldades no cuidado, as estratégias de enfrentamento e o impacto do cuidado no cuidador.

3. Percurso Metodológico

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa 30 usuários de uma Unidade de Saúde da Família, que desempenhavam o papel de cuidador familiar de um idoso restrito ao domicílio. Os dados foram coletados de Agosto a Outubro de 2015 em uma cidade localizada no interior do estado de São Paulo.

Foram incluídos no estudo cuidadores com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos, que tivessem ou não auxílio de cuidador formal e que os idosos estivessem regularmente cadastrados na unidade de saúde. Foram excluídos os cuidadores que se mostrassem incapazes de compreender as questões dos instrumentos utilizados, que apresentassem algum tipo de deficiência mental ou transtorno psiquiátrico importante.

O processo de identificação dos participantes se deu por meio do contato com os profissionais da unidade, principalmente com os agentes comunitários, que fizeram a primeira abordagem com os cuidadores a fim de levantar o interesse destes em participar da pesquisa. Posteriormente foi feito contato via telefone com os usuários que demonstraram interesse no estudo.

Para a coleta dos dados adotou-se uma entrevista semiestruturada elaborada pelas pesquisadoras com questões referentes ao ato de cuidar e aplicou-se a Escala de Sobrecarga de Zarit¹⁶. Esta escala foi traduzida e validada para a cultura brasileira em 2002 e possui 22 itens, os quais investigam a saúde física e emocional do cuidador devido ao impacto do cuidar¹⁷. A pontuação total é obtida somando-se todos os itens da escala, podendo variar de 0 a 88. Quanto maior a pontuação obtida, maior a sobrecarga percebida. Utiliza-se a seguinte pontuação: sobrecarga intensa, escores entre 61 e 88; moderada a severa, entre 41 e 60; leve a moderada, entre 21 e 40; e ausência de sobrecarga, escores inferiores a 21 pontos¹⁷.

No roteiro de entrevista abordaram-se as temáticas: dados sociodemográficos, o cuidado com o familiar doente e o impacto do cuidado prestado. As entrevistas duraram em média 50 minutos, foram gravadas e transcritas na íntegra e foram realizadas, em sua maioria, na própria casa do usuário. Em alguns casos foi utilizada uma sala da Unidade de Saúde da Família, respeitando a preferência do participante do estudo.

Os dados qualitativos foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tenham significado para o objeto analítico visado¹⁸. Foram elaboradas categorias de análise a partir do material obtido e a análise foi feita, inicialmente, por uma pré-análise, seguida da exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação¹⁸. Realizou-se, ainda, a contagem da frequência simples e relativa dos itens que compõem as categorias e que caracterizam a amostra.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob o ofício nº 0076/2015 - CAAE: 44221415.7.0000.5414. Os usuários participaram da pesquisa após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4. Resultados

Apresenta-se a seguir a caracterização dos participantes do estudo, que obtiveram uma média etária de 60 anos. Nota-se na Tabela 1 que a maioria dos cuidadores era do sexo feminino, casada, com ensino médio e sem atividade profissional na época em que participou da pesquisa.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=30)

Variável	Descrição	Participantes	Porcentagem (%)
Idade	30-50	8	26,7
	51-70	16	53,3
	71-90	6	20,0
Sexo	Feminino	23	76,7
	Masculino	7	23,3
Estado Civil	Casado(a)	16	53,3
	Solteiro(a)	7	23,3
	Divorciado(a)	3	10,0
	Viúvo(a)	4	13,3
Escolaridade	Superior	12	40,0
	Médio	13	43,3
	Fundamental	5	16,7
Atividade profissional	Sim	14	46,7
	Não	16	53,3

Na Tabela 2 pode ser observado que a maioria dos cuidadores era filho(a) do idoso, estava desempenhando essa função por até nove anos e dedicava quatro períodos do dia (manhã, tarde, noite e madrugada) para o cuidado do familiar doente. A média etária dos idosos foi de 82 anos e a maioria dos cuidadores não tinha preparação formal para a função de cuidar. A maioria mencionou que recebe algum tipo de ajuda ou suporte, apenas um cuidador referiu não ter ajuda, e a maioria dos cuidadores teve pontuação na escala correspondente ao nível de sobrecarga de leve a moderada.

Tabela 2. Caracterização do cuidador (n=30)

Variável	Descrição	Participantes	Porcentagem (%)
Parentesco	filho(a)	23	76,7
	esposo(a)	5	16,7
	irmão(a)	1	3,3
	nora	1	3,3
Tempo como cuidador/anos	0 - 9	19	63,3
	10 - 20	8	26,7
	21 - 30	2	6,7
	31 - 40	1	3,3
Períodos de cuidado/dia*	4 períodos	12	40,0
	3 períodos	7	23,3
	2 períodos	4	13,3
	< 2 períodos	6	20,0
	não sabe	1	3,3
Idade do(a) idoso(a)	61-74	5	16,7
	75-88	19	63,3
	89-102	6	20,0

Preparação formal	Sim	3	10,0
	Não	27	90,0
Recebe ajuda	Sim	29	96,7
	Não	1	3,3
Grau de sobrecarga	Ausência de sobrecarga	5	16,7
	Leve a Moderada	22	73,3
	Moderada a Severa	3	10,0
	Intensa	0	0,0

*Referente aos períodos do dia: manhã, tarde, noite e madrugada.

Na análise qualitativa dos dados identificou-se três categorias temáticas, apresentadas a seguir com suas respectivas subcategorias:

4.1 O cuidado com o familiar doente:

4.1.1 Principais atividades desempenhadas pelos cuidadores;

4.1.2 Facilidades e dificuldades no cuidado com o familiar doente;

4.1.3 Estratégias de enfrentamento.

4.2 O impacto do cuidado prestado:

4.2.1 Alterações físicas decorrentes do cuidado;

4.2.2 Alterações emocionais decorrentes do cuidado.

4.3 Como se sentem sendo cuidadores.

4.1 O cuidado com o familiar doente

4.1.1 Principais atividades desempenhadas pelos cuidadores

Os cuidadores relataram diversas atividades que realizam no cuidado com o familiar doente, dentre elas as mais citadas foram: prover alimentação para o idoso (considerando desde a preparação do alimento até o auxílio na ingestão das refeições e líquidos como água e suco); administração de medicamentos; atividades relacionadas à higienização (dar banho, trocar fralda, cortar a unha, passar pomada e auxiliar o idoso a se vestir); deslocar-se com o idoso dentro da própria casa (levar ao banheiro e fazer a transferência do familiar da cama para a cadeira de rodas); e acompanhar o idoso nas consultas médicas.

4.1.2 Facilidades e dificuldades no cuidado com o familiar doente

Facilidades encontradas

Dentre as atividades desempenhadas, 27 cuidadores relataram atividades que consideravam fáceis de serem realizadas, enquanto três participantes não identificaram facilidade em cuidar do familiar doente, como pode ser exemplificado a seguir:

"Não, tudo é difícil, num sei se é porque ela é teimosa, aí torna tudo difícil, num aceita o que a gente fala, num sei, eu tô aprendendo" (P24).

De acordo com a afinidade de cada cuidador, diversas atividades foram levantadas como mais fáceis no cuidado com o idoso. Dentre elas, as mais pontuadas foram: prover alimentação (30%), seguido das atividades de higienização (13,3%) e administração dos medicamentos (13,3%). Essas facilidades podem ser observadas no seguinte relato:

"Ah, eu tenho que dar banho nela, num vejo complicação nenhuma, não acho difícil. Por na cadeira, sentar ela pra dar um remédio, dar comida, alguma coisa pra comer, num...num tem dificuldade, eu num acho" (P13).

Dificuldades encontradas

Quando questionados sobre as atividades que sentem maior dificuldade no cuidado com o familiar doente, 25 participantes identificaram algum tipo de dificuldade no cuidado com o idoso. A maior dificuldade referida, sendo esta correspondente a 30% dos participantes, foi a falta de entendimento entre cuidador e idoso e a resistência deste em realizar algumas atividades de cuidado, como tomar banho todos os dias e alimentar-se adequadamente. No presente estudo considera-se o termo "entendimento" entre cuidador e idoso como o estabelecimento de uma relação em que as partes conseguem comunicar-se assertivamente e terem compreensão frente ao outro.

Isso pode ser melhor exemplificado nas seguintes falas:

"Dificuldade que eu tenho é ela fazer as coisas que eu peço, tipo tomar banho todo dia ela não toma... Ela toma um dia sim e um dia não, entendeu? É, evitar abrir porta pra qualquer pessoa, entendeu? Ficar atendendo telefone de número estranho... Essas dificuldades assim que eu peço e ela tem que entender" (P8).

"A dificuldade não é física né, é mais emocional. A dificuldade é emocional porque cê fica né? A pessoa às vezes é...num entende...é... às vezes não obedece" (P13).

"Acho que o mais difícil é às vezes a gente chegar num entendimento tipo 'mãe, tem que fazer isso e ela responde ah não', então tem aquelas coisas de ela falar ah você não me deixou comer tal coisa e vou ficar com vontade (risos)" (P19).

Observou-se que cinco cuidadores mencionaram não possuir dificuldades no cuidado e, dentre estes, um deles relatou que o idoso de que cuida possui certa autonomia, como nota-se a seguir:

"Porque eu sei toda a medicação que ela toma. [...] Ela não é um doente que ta fora do mundo, que não fala e não anda. Ela é uma pessoa normal... Ela assina os cheques da irmã dela que mora fora, quando tem que pagar as coisas" (P4).

Verifica-se, nesta última fala, que o entrevistado além de informar sobre a capacidade funcional de seu familiar refere sobre seus próprios recursos para realizar o cuidado.

4.1.3 Estratégias De Enfrentamento

A respeito de como os cuidadores lidam com as dificuldades identificadas no cuidado com o familiar doente, foram obtidas diferentes respostas, visto que as dificuldades apontadas pelos entrevistados e as respectivas formas de lidar com estas foram muito particulares de cada cuidador. Dentre elas, as estratégias mais identificadas foram: ter calma e paciência (20%); enfrentamento religioso (a religião enquanto fonte de suporte ou a aceitação das dificuldades por ser um propósito divino) (16,7%); aceitação/resignação em relação ao cuidado (alguns entrevistados aceitam o ter que cuidar como uma realidade inevitável, outros o fazem como uma impossibilidade de escolha com certo grau de negativismo) (10%); e fazer alguma atividade de que gosta para minimizar o estresse (10%).

A seguir encontram-se algumas falas que exemplificam os resultados encontrados:

"...não adianta se desesperar, tem que ter paciência" (P25).

"eu tenho muita fé em Deus, eu sigo minha religião, isso me ajuda muito também, porque o que a religião passa também é muito importante"(P23).

"cê tem que dar um jeito de fazer né... Não tem que pensar né, se for pensar desanima. Mais se tem que fazer, você se vira" (P9).

"Ixi, eu desestresso no sábado, ando o dia inteiro, a tarde inteira. Vou lá no centro, vou visitar alguma colega" (P14).

4.2 O Impacto Do Cuidado Prestado

4.2.1 Alterações Físicas Decorrentes Do Cuidado

Neste estudo investigou-se também possíveis alterações físicas nos cuidadores decorrentes do cuidado com o familiar doente. Dos 30 participantes, 14 identificaram algum tipo de alteração física, 15 não identificaram e um não soube referir. As alterações físicas mais pontuadas foram: cansaço (16,7%), dores no corpo (16,7%) e emagrecimento (10%), que são exemplificadas nas seguintes falas:

"É, dores nas costas, porque você deita, levanta, e você não tava acostumada então você sente um desconforto muscular, isso acontece" (P18).

"Ah, no começo eu cansei muito, ficava muito cansada" (P30).

"Ah sim, eu na verdade no começo eu emagreci né, porque mexeu muito com meu psicológico, minha cabeça, então não tinha fome, não tinha apetite no começo..." (P23).

A maioria dos participantes que não relatou alteração física justificou que as alterações percebidas em sua saúde não se deviam ao cuidado, mas sim à idade, como é notado nas falas:

"Não, eu acho que é pela minha idade 72 anos..."(P3)

"Não...fui enfraquecendo né? Com a idade também né? É isso"(P1).

Verifica-se nestes trechos que alguns cuidadores conseguem ter percepção ampliada sobre sua saúde e senso de identidade preservado, pois discriminam as alterações decorrentes do cuidado com o familiar doente das alterações próprias do envelhecimento.

4.2.2 Alterações Emocionais Decorrentes Do Cuidado

Com relação às alterações emocionais decorrentes do cuidado com o familiar doente, sete participantes não identificaram alteração emocional, enquanto 23 cuidadores relataram algum tipo de alteração. As alterações mais pontuadas foram: tristeza (23,3%), pesar de ver o familiar doente (20%), choro fácil (16,7%), preocupação (16,7%) e irritabilidade (16,7%), como aparecem nos relatos:

"...Me dá dó de ver minha mãe daquele jeito, é uma mulher forte que trabalhava né... Minha mãe trabalhou muito, e ver ela numa situação dessa é triste né..."(P3).

"Ah... a gente fica triste, né?! A tristeza é grande. A tristeza é grande, grande mesmo"(P4).

"Ah, altera um pouquinho, mais é assim eu fico mais preocupada... Quando ela fica doente, eu fico junto com ela né" (P12).

Foi observado que alguns cuidadores apresentaram dificuldade em separar a alteração emocional decorrente do cuidado com o idoso de outros fatores que interferem no seu estado emocional, como conflitos conjugais ou conflitos com outros familiares. Isso pode ser percebido no trecho a seguir:

"Num é só com ela, emocional tem tudo. Filho, marido, neto, bisneto"(P1).

Nesses casos nota-se que o participante se percebe enquanto pessoa que estabelece diversas relações, assume diferentes papéis e não se restringe apenas à função de cuidador.

4.3 Como se sentem sendo cuidadores

As percepções dos cuidadores sobre como se sentem desempenhando a função de cuidar demonstraram que apesar de o cuidado interferir na saúde física e emocional, a maioria se sente bem por poder cuidar do familiar. Muitos relataram a sensação de gratificação, orgulho e realização por ter a possibilidade de prestar auxílio a alguém importante em suas vidas. Isso pode ser melhor exemplificado nas falas:

"Ai, eu me sinto bem, me sinto feliz, me sinto realizada!" (P6).

"Acho que eu me sinto orgulhosa né, porque por enquanto eu tô tendo capacidade né... Então eu me sinto bem!" (P12).

Alguns cuidadores deram ênfase, ainda, ao grau de parentesco e tudo que o familiar já fez por ele e pelos seus dependentes, como em:

"A gente faz e pronto, e faz com alegria porque é mãe né? É minha mãe, que cuidou dos meus filhos, pra gente poder trabalhar, e cuidou muito bem [...] então tudo isso eu faço com alegria." (P3).

"Porque a gente casou e viveu bem a vida inteira [...] e agora quando ela mais precisa, vou jogar o pano e abandonar? Não, não posso fazer isso. Tem que ter a cabeça boa e seguir em frente" (P4).

No entanto, outros cuidadores relacionaram também a função de cuidar à obrigação que possuem, assumindo desta forma o cuidado como uma responsabilidade que precisa ser cumprida. É possível perceber esta relação de obrigação nos trechos a seguir:

"Eu sinto que tô cumprindo com a minha obrigação, nada mais que isso" (P29).

"É uma responsabilidade a mais né que você não tava esperando e que agora você tem que assumir esse papel, mas você tem que dar força pra ela e tem que ter força pra você" (P18).

5. Discussão

Os dados encontrados em relação à idade dos participantes, predominantemente acima de 60 anos, corroboram com estudos^{5,6,19,20} que também identificaram cuidadores em sua maioria idosos. Este fato é preocupante, uma vez que estes cuidadores podem também apresentar limitações e necessidades de cuidado. Nestes casos, a responsabilidade de cuidar do familiar doente pode gerar negligência com a própria saúde e agravamento de suas doenças.

Identificou-se alto percentual de mulheres desempenhando o papel de cuidadoras, o que demonstra que a mulher parece ser ainda a principal responsável quando diz respeito à função de cuidar. Ainda que mudanças tenham sido feitas e as mulheres tenham assumido novos papéis dentro da sociedade, principalmente no mercado de trabalho, ainda é presente a expectativa de que elas assumam esta função^{5,12,21,22,23,24,25,26,27}.

Quanto ao estado civil dos cuidadores, a maioria era casada, o que também foi observado nos estudos de Almeida²⁰, Gratão²⁴ e Vilela; Meira; et al²⁸. O fato de os cuidadores serem casados pode ser considerado tanto um fator positivo quanto negativo, visto que estes podem ter apoio do parceiro no cuidado com o idoso, mas por outro lado podem acumular funções, como o papel de marido e esposa, pai e mãe^{26,29,30,31,32}.

A maioria dos cuidadores possuía o ensino médio ou superior, resultado também apresentado no estudo de Lopes e Massinelli²¹, o que difere de outros estudos encontrados que identificaram grande parte de cuidadores com poucos anos de alfabetização^{5,19,22,28}. O resultado verificado pode estar relacionado ao fato de a coleta de dados deste estudo ter sido realizada em uma região de classe média do município. O grau de escolaridade é um aspecto importante, pois em geral cabe ao cuidador principal a função de acompanhar o idoso nas consultas médicas, o que exige capacidade de receber informações e orientações a respeito do cuidado⁵.

Quanto à ocupação, a maioria dos cuidadores não possuía atividade profissional, pois muitos estavam aposentados e alguns recebiam pensão e trabalhavam na realização de atividades domésticas. Dentre os entrevistados que interromperam alguma atividade profissional devido ao cuidado prestado foi identificado o desejo de continuar a atividade profissional, no entanto sentiam-se impossibilitados devido à dedicação ao idoso. Isso também foi identificado nas pesquisas de Vilela; Meira; et al²⁸, Wanderbroocke³¹ e Karsch³³.

A análise do grau de parentesco mostrou que os filhos (76,7%) são os principais cuidadores, seguidos dos cônjuges (16,7%), o que mostra que a responsabilidade de cuidar recai quase sempre nos familiares mais próximos, o que também é comprovado nos estudos de Almeida²⁰ e Cartaxo; Gaudêncio; et al²³. A maioria dos cuidadores desempenhava essa função por até nove anos e dedicava quatro períodos do dia (manhã, tarde, noite e madrugada) ao cuidado do idoso. Percebe-se, então, o cuidado intenso e permanente destes cuidadores, que além de

dedicarem anos ao cuidado do familiar, o fazem em período integral, fato também observado no estudo de Vilela; Meira; et al²⁸.

No tocante à preparação formal para o cuidado, 90% dos cuidadores referiram não ter tido nenhum tipo de curso ou preparação para desempenhar a função de cuidar e relataram que aprenderam na prática e na experiência cotidiana do fazer, o que ratifica pesquisas realizadas por Almeida²⁰, Coelho; Sacerdote; et al²² e Fratezi e Gutierrez³⁴. Segundo Vilela; Meira; et al²⁸, a falta de conhecimento básico sobre o cuidado do idoso pode agravar o desgaste do familiar e levar a processos depressivos e a outras doenças. Além disso, a falta de instrução pode gerar dificuldade em discernir o quanto de assistência o familiar necessita. Quando existe o acesso a informação, há a possibilidade de estimulação e potencialização das capacidades do idoso e diminuição da sobrecarga de atividades do cuidador⁵.

A maioria dos cuidadores relatou que recebe algum tipo de ajuda no cuidado com o idoso, sendo esta expressa de diversas formas como: o apoio de outros familiares que ficam com o idoso para o cuidador poder descansar ou ir às próprias consultas médicas, o apoio emocional quando se sentem mais cansados e fragilizados, ajuda financeira para o cuidado do idoso, apoio dos serviços de saúde que fornecem orientações, acolhem e realizam visitas domiciliares, entre outras. Destaca-se, neste estudo, a grande ajuda fornecida pelos outros familiares, o que atua de forma importante na diminuição de situações de sobrecarga e estresse para o cuidador²⁸.

O grau de sobrecarga identificada na maioria dos cuidadores foi de leve a moderada. Dentre as quatro possibilidades de classificação da sobrecarga (ausência de sobrecarga, de leve a moderada, moderada a severa e intensa) esta é considerada relativamente baixa, visto que a possibilidade de pontuação varia de 0 a 88 pontos e, neste estudo, a maior pontuação obtida foi de 46. Pontuação semelhante a esta também foi encontrada nos estudos de Gratão; Vendrúsculo; et al⁸, Panhoca e Pupo¹⁹ e Luzardo; Gorini; et al⁹. Tal resultado pode estar associado ao suporte familiar que quase todos os participantes recebiam e ao grau de escolaridade que possuíam. Importante apontar que muitos cuidadores afirmaram que não se sentiam sobrecarregados, no entanto ao longo das entrevistas falas indicativas de sobrecarga foram notadas.

Em relação às principais atividades desempenhadas pelos cuidadores, identificou-se em sua maioria atividades básicas de vida diárias, diretamente relacionadas ao autocuidado e essenciais para a saúde e bem estar dos idosos. Tais atividades também foram levantadas em estudos realizados por Vilela; Meira; et al²⁸, Caldeira e Ribeiro³⁵ e Almeida²⁰.

Em pesquisa feita por Coelho; Sacerdote; et al²² percebeu-se como maior dificuldade no cuidado com o familiar doente a resistência do idoso ao cuidado oferecido, resultado também encontrado neste estudo. Muitos participantes referiram dificuldade quando o familiar não quer se alimentar, o que também aparece no estudo de Caldeira e Ribeiro³⁵. Pinto e Barham³⁶ enfatizam as dificuldades interpessoais, principalmente a agressividade, resistência ou falta de colaboração por parte do idoso. Estes autores acreditam que essa dificuldade pode transformar a árdua tarefa de cuidar em uma tarefa esgotante. Esta dificuldade de entendimento com o idoso pode estar relacionada às mudanças psicológicas decorrentes do próprio envelhecimento, o que exige do cuidador conhecimento sobre as necessidades humanas e suas mudanças psicológicas, sociais e culturais²². Embora existam dificuldades, neste estudo também houve muitos relatos de facilidades, afinidades e recursos pessoais para realizar as atividades de cuidado.

Segundo Lazarus e Folkman³⁷, a forma como cada indivíduo reage a situações e acontecimentos estressores é chamada de enfrentamento ou *coping*. Estas podem ser divididas em: centradas no problema, quando se faz uso do processo de solução de problema, como enumerar alternativas e escolher uma ação; ou centradas na emoção quando há uma tentativa de minimizar o impacto emocional no indivíduo, mesmo que a situação não possa ser modificada. No entanto, essas duas formas de enfrentamento estão relacionadas, isto é, diante de um evento estressor as pessoas podem utilizar ambas as formas de enfrentamento. Além disso, Simonetti e Ferreira²⁵ apontam que um mesmo evento estressor pode ser enfrentado de diversas formas, pois o enfrentamento está relacionado à história de vida do indivíduo e suas características pessoais, emocionais e culturais.

Neste estudo apareceram mais estratégias de enfrentamento centradas na emoção, pois os participantes relataram atividades que realizam para minimizar o impacto da situação vivida, seja por meio da religião, da paciência ou da resignação. Relataram também atividades prazerosas que gostam de realizar com o intuito de sair da situação estressante por um momento. Nestes

casos percebe-se postura mais ativa dos participantes, visto que de alguma forma vão atrás de modificar a situação em que se encontram, pois necessitam organizar com outra pessoa o cuidado do idoso, mesmo que seja para fazer alguma atividade em um espaço curto de tempo. No estudo de Simonetti e Ferreira²⁵ percebe-se resultados semelhantes em que os cuidadores buscam mais estratégias de enfrentamento centradas na emoção devido às dificuldades que encontram em modificar a situação vivenciada.

Em diversos estudos^{21,23,25,38} o enfrentamento religioso é identificado e enfatizado como importante estratégia para lidar com as dificuldades no cuidado com o idoso. Isso acontece pois a religiosidade atua como suporte para a aceitação tanto do cotidiano de cuidado quanto dos sentimentos ambíguos decorrentes deste processo.

A maior parte dos cuidadores relatou algum tipo de alteração física e emocional após a realização das atividades como cuidador. As alterações físicas mais pontuadas neste estudo estão em consonância com o estudo de Almeida²⁰, que aponta o cansaço, as dores no corpo e a alteração no peso corporal como consequências físicas mais comuns. No estudo de Cattani e Girardon-Perlini³⁸ percebe-se a ênfase na sensação de esgotamento e cansaço dos cuidadores e Vilela; Meira; et al²⁸ destacam a percepção negativa dos cuidadores acerca de sua saúde após o cuidado com o familiar doente, além de cansaço, falta de lazer e de férias.

As alterações emocionais de tristeza, preocupação, choro fácil, pesar de ver o familiar doente e irritabilidade também são alterações presentes em outros estudos sobre essa temática^{20,38}. Segundo Nascimento; Moraes; et al³⁹, a complexidade do ato de cuidar provoca sentimentos diversos e contraditórios, como: angústia, medo, cansaço, tristeza e choro, que fazem parte da relação entre cuidador e familiar doente. Os autores salientam a necessidade de que os fatores estressantes sejam avaliados entre os cuidadores a fim de que alternativas sejam elaboradas, uma vez que o estresse pode levar a situações de violência contra os idosos ou ao adoecimento do próprio cuidador.

Com relação às percepções dos cuidadores a respeito do cuidado que desempenham, observou-se um misto de sentimentos que envolve retribuição, gratificação, alegria e obrigação ao prestar os cuidados aos idosos. Foi bastante enfatizado nas entrevistas o desejo de poder dedicar cuidado, amor e atenção a pessoas especiais, que um dia também se dedicaram a cuidar do cuidador ou de seus filhos. Percebe-se, também, em alguns relatos o cuidado mais como obrigação, imposição ou impossibilidade de escolha. No entanto, verificou-se na maior parte dos casos verbalizações em que o cuidador demonstra certo nível de satisfação e bem-estar devido aos laços de afeto existentes.

Pesquisas realizadas por Pereira; Santos; et al⁵, Vilela; Meira; et al²⁸, Almeida²⁰, Cattani e Girardon-Perlini³⁸ e Lavinsky e Vieira⁴⁰ encontraram resultados semelhantes. Neste último estudo os autores enfatizam o que é chamado de obrigação filial e obrigação matrimonial, que dizem respeito aos valores impostos pela cultura familiar tanto do filho em relação aos pais quanto do cônjuge em relação ao parceiro. Em ambos os casos há a obrigação moral do cuidar, que se mistura com a retribuição de cuidados, com o projeto de vida em comum assumido no casamento e a relação de afeto.

O processo de cuidar de um idoso restrito ao domicílio, portanto, é uma tarefa que exige muita dedicação e pode desencadear vários sentimentos e sensações, ora negativos e desgastantes, ora gratificantes. Segundo Boff⁴¹ cuidar é uma atitude mais abrangente do que apenas o ato de dar atenção, representa ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo. Dada à relevância do tema, sugere-se que mais serviços de saúde, sejam estes da atenção primária, secundária ou terciária, possam fornecer orientações, apoio e psicoeducação aos cuidadores no que se refere às particularidades do cuidar.

6. Limitações Do Estudo

As limitações deste estudo referem-se ao pequeno tamanho da amostra, obtida em apenas uma região do município, o que não possibilita a generalização dos resultados encontrados.

7. Considerações Finais

Este estudo identificou diversos aspectos da percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado com o idoso restrito ao domicílio. Verificou-se que os entrevistados tinham em média 60 anos e os idosos 82 anos. A maioria dos cuidadores era mulher, filho (a) do idoso (a), casado, com ensino médio, sem atividade profissional e sem preparação formal, que se dedicava de forma integral ao

familiar por até nove anos, recebia algum tipo de ajuda e possuía grau de sobrecarga de leve a moderada.

Verificou-se a importância do cuidador na realização das atividades de cuidado, o qual realizava atividades básicas essenciais para o bem-estar dos idosos. As principais dificuldades estavam relacionadas à convivência e ao entendimento entre cuidador e idoso. A maior parte dos entrevistados apresentou recursos pessoais para lidar com as adversidades, principalmente utilizando estratégias de enfrentamento centradas na emoção. Foram identificadas alterações emocionais e físicas decorrentes do cuidado com o familiar doente.

Observou-se que apesar do cuidado ser desgastante e gerar impacto na saúde do cuidador, os participantes encararam essa função com certa satisfação devido aos laços de afeto existentes e aos valores impostos pela cultura familiar. Diante disso, é válido ressaltar a importância de estudos que busquem compreender as percepções dos cuidadores sobre o papel que assumem, identificando não apenas as dificuldades e consequências negativas do cuidado, mas as potencialidades e recursos que possuem e o significado pessoal do cuidado que realizam.

8. Referências bibliográficas

1. Organização das Nações Unidas. Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050: OMS diz que envelhecer bem deve ser prioridade global. <http://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/> Acesso em 09.02.2016.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000.
3. Marques MJF, Teixeira HJC, Souza DCDBN. Cuidadoras informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. *Trab Educ Saúde* 2012; 10 (1): 147-59.
4. Floriano LA, et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. *Texto & contexto enferm* 2012; 21 (3): 543-48.
5. Pereira RA, et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(1): 185-92.
6. Fonseca NR, Penna AFG. Perfil do cuidador familiar do paciente com seqüela de acidente vascular encefálico. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008;13(4):1175-80.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do cuidador. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
8. Gratao ACM, et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & contexto enferm* 2012; 21(2): 304-12.
9. Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APSS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto & contexto enferm* 2006; 15(4):587-94.
10. Trelha, CS, et al. Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. *Espaço Saúde* 2006; 8 (1): 20-7.
11. Mesas, AE, Trelha CS, Azevedo MJ. Saúde bucal de idosos restritos ao domicílio: estudo descritivo de uma demanda interdisciplinar. *Physis* 2008; 18 (1): 61-75.
12. Fernandes MGM, Garcia TR. Atributos da tensão de cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(4) :818-24.
13. Manoel MF, et al. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. *Esc. Anna Nery Rev de Enferm* 2013; 17(2): 346-53.
14. Leitao GC, Almeida DT. O cuidador e sua qualidade de vida. *Acta Paul Enferm* 2000; 13(1): 80-5.

15. Lopes LO, Cachioni M. Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr* 2012; 61(4): 252-61.
16. Zarit SH, Zarit JM. The memory and behavior problems checklist-1987R and the burden interview (technical report). University Park (PA): Pennsylvania State University; 1987.
17. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(1):12-7.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
19. Panhoca I, Pupo ACS. Cuidando de quem cuida: avaliando a qualidade de vida de cuidadores de afásicos. *Rev CEFAC* 2010; 12(2): 299-307.
20. Almeida TL. (Dissertação). Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da Família. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto. 2005.
21. Lopes SRA, Massinelli CJ. Perfil e nível de resiliência dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer. *Aletheia* 2013; (40): 134-45.
22. Coelho ER, et al. Perfil sociodemográfico e necessidades de educação em saúde entre cuidadores de idosos em uma unidade de saúde da família em Ilhéus, Bahia, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(28):172-9.
23. Cartaxo HGO, et al. Vivência dos cuidadores familiares de idosos dependentes: revelando estratégias para o enfrentamento do cotidiano. *Estud Interdiscipl Envelhec* 2012; 17(1): 59-74.
24. Gratao ACM. (Tese). Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto. 2010.
25. Simonetti JP, Ferreira JC. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1):19-25.
26. Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psiquiátrico. *Rev Saúde Públ* 2004; 38(6): 835-41.
27. Rodrigues MR, Almeida RT. Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio – um estudo de caso. *Acta Paul Enferm* 2005; 18(1): 20-24.
28. Vilela ABA, et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2006; 9(1): 55-69.
29. Mazza MPMR, Lefèvre F. Cuidar em família. Análise da Rep. Social da Relação do cuidador familiar com o idoso. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum* 2005; 15(1):1-10.
30. Lacerda MR, Olinisky SR. Familiares interagindo com a Enfermeira no contexto domiciliar. *Rev Gaúch Enferm* 2005; 26(1) 76-87.
31. Wanderbroocke ACMS. Perfil do cuidador do paciente idoso com câncer. *Rev Psico* 2002; 33(2): 401-412.
32. Souza AS, et al. Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. *Textos Envelhecimento* 2004; 7(2): 63-85.
33. Karsch, UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad saúde Pública* 2003; 19(3): 861-66.
34. Fratezi FR, Gutierrez BAO. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(7): 3241-8
35. Caldeira APS, Ribeiro RCHM. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. *Arquivo Ciência Saúde* 2004; 11(2):2-6.

36. Pinto, FNFR, Barham, EJ. Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014;17(3):525-39.
37. Lazarus RS, Folkman S. The concept of coping. In: Monart A, Lazarus RS (org.) *Stress and coping: an anthology*. 3rd ed. New York: Columbia University Press; 1991.
38. Cattani RB, Girardon-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Rev Eletr Enferm* 2004; 6(2) 254-71.
39. Nascimento LC, et al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Rev bras enferm* 2008; 61(4): 514-17.
40. Lavinsky AE; Vieira T.T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. *Acta Sci Health Sci* 2004; 26(1): 41-5.
41. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.

Artigo Recebido: 21.03.2016

Aprovado para publicação: 10.06.2016

Roberta Rodrigues de Almeida

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FMRP USP

Avenida dos Bandeirantes, 3900.

Campus Universitário - Bairro Monte Alegre.

CEP: 14040-900. Ribeirão Preto - SP – Brasil.

Email: roberta_rodrigues2@hotmail.com
