

Autocuidado de cuidadores familiares de idosos



Marilia Braga Marques

Maria Eliana Peixoto Bessa

Maria Josefina da Silva

Introdução

No processo de transição epidemiológica e demográfica relacionada ao envelhecimento populacional no Brasil, a saúde do idoso é abordada em programas e políticas de saúde, que direcionam as ações para essa parcela da população. O Pacto pela Saúde, conjunto de reformas institucionais envolvendo as três esferas de gestão (união, Estados e municípios) do Sistema Único de Saúde tem como uma de suas prioridades os cuidados ao idoso, valorizando-se o papel exercido pelo cuidador, que influencia diretamente as ações cuidativas.

Considera-se cuidador como membro ou não da família, em ações diretas ao idoso, com ou sem remuneração, no exercício de suas atividades diárias, como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano, como idas a bancos ou farmácias, excluindo as técnicas ou procedimentos identificados com profissões estabelecidas, particularmente na área da Enfermagem (LITVOC; DERNTEL, 2011).

Assumir o papel de cuidador pode depender de diversos fatores, como morar no mesmo domicílio, condições financeiras, dispor de tempo, afinidade com o idoso, estar motivado, apego emocional e capacidade de doação (FREITAS *et al.*, 2011).

A família é a principal fonte de apoio e cuidado aos idosos, por normas socioculturais e pelo que prevê a Constituição Federal e o Estatuto do Idoso - a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, e proporcionar-lhes bem-estar, garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 2003; 1988).

Apesar de apresentar características peculiares que necessitam de apoio direcionado ao exercício do seu papel com o idoso, o cuidador ainda é um personagem do cuidado que não está bem percebido e apreciado no contexto da saúde, considerado apenas como facilitador e prestador de cuidados, e não como um ser que precisa de cuidados e estímulo ao autocuidado (BRASIL, 2006).

Tendo em vista a importância do autocuidado do cuidador de idosos, como ação essencial para o exercício de seu papel, o presente estudo tem o objetivo de investigar a prática do autocuidado pelo cuidador familiar de idosos.

Método



Estudo do tipo descritivo e transversal com abordagem qualitativa, desenvolvido na cidade de Fortaleza, que é organizada em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), cada uma abrangendo vários bairros. A pesquisa ocorreu nas áreas das Secretarias Executivas Regionais SER-I e III, ambas as regionais compostas por 16 bairros, em sua maioria de população de baixa renda. A escolha das referidas regionais foi por conveniência.

Participaram do estudo 20 cuidadores de idosos dependentes, residentes nas SER I e SER III, totalizando 10 cuidadores de cada Unidade Básica de Saúde. Classificou-se o idoso quanto à dependência: totalmente dependente ou parcialmente dependente. Considerou-se cuidador a pessoa que permanece o maior número de horas diárias com o idoso. Utilizou-se o termo cuidador familiar, classificado como tipo de cuidador informal que não possui capacitação profissional específica para o desenvolvimento de tal atividade.

Os participantes foram selecionados por conveniência, e o acesso aos mesmos se deu por intermédio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e por indicação dos próprios cuidadores, utilizando-se da técnica de “bola de neve”, por não existir o cadastramento dos cuidadores nas duas unidades incluídas na pesquisa.

A coleta de dados ocorreu em entrevista no local de conveniência do cuidador, por compreender-se que poderia haver inibição na presença de outras

pessoas, sendo a preferência na própria residência, com exceção de uma, feita na UBS.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário semiestruturado composto por questões abertas e fechadas sobre o perfil sociodemográfico dos cuidadores: idade, sexo, renda, estado civil e questões relacionadas ao autocuidado e atividades do cotidiano.

Os dados foram organizados a partir da categorização das falas dos cuidadores, nas quais se agruparam ideias ou expressões em torno de um conceito (MINAYO, 2007). As categorias tiveram como eixos: ações de cuidado desenvolvidas com o idoso; ações de autocuidado: lazer, cuidado de si (corpo e espiritualidade) e tempo dedicado para si.

O programa estatístico EPI INFO[®] na versão 3.3.2 foi utilizado para análise dos dados, organizando-os em tabelas, facilitando a interpretação dos resultados obtidos, além de literatura específica relacionada à temática do estudo.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), obtendo aprovação com número de protocolo 180/06.

Resultados

O cuidador e o cuidar

Os 20 cuidadores participantes do estudo (100%) encontravam-se na faixa etária de 20 a 80 anos. Desses, 6 (30%) tinham entre 20 a 40 anos; 11 (55%) entre 41 e 59 anos, e 3 (15%) encontravam-se na faixa etária de 60 a 80 anos. Com relação ao sexo: 18 (90%) eram do sexo feminino - 11(61,1%) entre 41 a 59 anos; 2 (10%) eram do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 40 anos.

Quanto ao tempo que exerciam o papel de cuidador: 9 (45%) cuidavam há mais de 5 anos; 9 (45%) cuidavam de 1 a 5 anos; 2 (10%) cuidavam há menos de 1 ano. Vínculo que tinha com o idoso: 2 (10%) eram esposas, 6 (30%) netos ou tinham outro tipo de vínculo com o idoso, e 12 (60%) eram filhos. Os idosos encontravam-se na faixa etária de 60 a 93 anos, sendo: 5 (25%) entre 60 e 70 anos; 5 (25%) entre 71 e 80 anos; 9 (45%) entre 81 e 90 anos, e apenas 1 (5%) tinha 93 anos. Quanto ao grau de dependência: 10 (50%) eram totalmente dependentes, e 10 (50%) eram parcialmente dependentes de cuidados.

Ao perguntar-se a respeito da exclusividade de cuidados aos idosos: 14 (70%) responderam ter exclusividade; 6 (30%) relataram exercer outras atividades, como ministrar aulas particulares, estudar, cuidar de netos e de comércio para ajudar na renda familiar.

Com relação à divisão de tarefas: 13 (65%) dividem as tarefas com filhos, netos, esposa, vizinho, genro e bisneto do idoso; 7 (35%) não dividem o exercício dos cuidados, tendo como justificativas: "Porque não tem quem

cuide”, “porque ninguém quer cuidar” e “porque o idoso nega os cuidados de outro cuidador”.

Com relação ao papel de cuidador: 16 (80%) relataram ter assumido por opção, mas nas justificativas deram resposta que não condiziam com essa afirmação, pois apenas 7 (35%) cuidadores passaram a ideia de terem assumido o papel por opção; 9 (45%) por obrigação; e 4 (20%) responderam não ter assumido o papel de cuidador por opção.

Ações de cuidados desenvolvidas com os idosos

Os cuidados com os idosos eram referentes às Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), sendo as AIVDs lavagem de roupas; administração de medicamento por via oral; preparo da alimentação; cuidados domésticos; levar ao médico; cuidar das finanças; acompanhar em atividades sociais os idosos parcialmente dependentes. As AVDs citadas foram dar banho; vestir; higiene pessoal; transferência (ajuda ao levantar-se) e alimentação.

Ações de autocuidado

Lazer

Com relação às atividades de lazer: 14 (70%) responderam que não participavam de atividades de lazer, tendo como justificativas: (9) “*falta de tempo*”, (3) “*medo de deixar o idoso sozinho*”, (4) “*porque não gosta*” e (1) por “*falta de condições financeiras*”. Ao perguntar-se sobre lazer antes de iniciar o exercício do papel de cuidador, dos que responderam não participar de nenhuma atividade de lazer, 7 (50%) referiram já não participar de atividades de lazer por opção antes de assumir o papel de cuidador. Dos que cuidam de idosos parcialmente dependentes 10 (50%): 4 (40%) participam de alguma atividade de lazer; dos que cuidam de idosos totalmente dependentes, apenas 2 (40%) promovem atividades de lazer.

Os que responderam participar de atividades de lazer: 6 (30%) referiram as atividades religiosas; 4 também participavam de atividades comunitárias, praticavam exercício físico e passeios a lugares públicos.

Com relação à participação em atividades sociais: 8 (40%) responderam não participar de nenhuma atividade social; 12 (60%) relataram participar de atividades religiosas, e destes, além da religião, 1 faz atividade física, e 1 participa de atividades comunitárias.

Cuidado de si (corpo e espiritualidade)

Ao indagar-se sobre quais atividades de autocuidado exerciam: 4 (20%) dos cuidadores responderam “*não realizar atividade de autocuidado*”; 3 (15%) cuidados com a saúde; 11 (55%) citaram cuidados relacionados com Atividades de Vida Diária; 4 (20%) fazem atividades de embelezamento pessoal; e 2

(10%) referiram cuidados com a espiritualidade; 1 apenas atividades de embelezamento, e 1 somente cuidar da espiritualidade.

Tempo dedicado para si

Com relação ao tempo de dedicação para autocuidar-se: 9 (45%) dos participantes responderam não ter nenhum tempo para cuidar de si; 4 (20%) responderam que cuidam de si no tempo que sobra, após os afazeres domésticos e cuidados ao idoso; 7 (50%) relataram separar “algum” tempo para si, não mensurado pelos participantes.

Ao investigar-se o fato de deixarem de fazer algo que tinham vontade: 12 (60%) responderam afirmativamente; 8 (40%) justificaram por “falta de tempo”; 2 (10%) por “preocupação em deixar o idoso sozinho”; 1 (5%) “por conta da família”; 1 (5%) “por não ter condições financeiras”.

Discussão



São poucos os estudos relacionados ao autocuidado do cuidador familiar de idosos, por ser temática nova em meio a múltiplos assuntos relacionados ao envelhecimento populacional. A preocupação ainda está centrada nos processos de envelhecimento e nas doenças deles decorrentes. No Brasil, ainda é incipiente o estudo relacionado ao cuidador e aos aspectos relativos ao seu autocuidado.

Quanto ao perfil dos cuidadores participantes do estudo: predominantemente mulheres, sendo, em sua maioria, filhas, na faixa etária de 40 a 59 anos, confirmando pesquisas desenvolvidas por (PINTO *et al.*, 2009); (ORSO, 2008); (SANTOS, PAVARINI, 2010); (SALGUEIRO; LOPES, 2010), demonstrando a feminização dos cuidados aos idosos, ou seja, a predominância de mulheres no papel de cuidadoras.

Em estudos com cuidadores, observa-se que geralmente a mulher é quem desempenha as tarefas de cuidar em família, obedecendo a normas culturais segundo as quais cabe a ela a organização da vida familiar, o cuidado dos filhos, o cuidado aos idosos. No caso dos cuidadores de idosos, são geralmente de meia-idade, porque existe uma norma social implícita segundo a qual o cuidar dos idosos cabe aos filhos que com eles residem, ou que retornaram ao lar paterno, e aos cônjuges (FREITAS *et al.*, 2011).

Os participantes que relataram exercer o papel de cuidador de forma exclusiva incluíram essa atividade como tarefas e cuidados domésticos, denotando o não reconhecimento como ‘trabalho’. Eles destacam o tempo gasto no cuidar do

idoso e as demais tarefas complementares ao cuidado. Quanto maior o grau de dependência do idoso, maior tempo de dedicação, percebida, no caso, como atividade exclusiva.

O acúmulo de tarefas pelo cuidador é motivo principal para não haver atividades de lazer, segundo a grande maioria dos participantes do estudo, pois a maior parte do tempo é dedicada aos cuidados ao idoso. Além disso, percebeu-se a opção do cuidador em não desempenhar nenhuma atividade de lazer mesmo antes de assumir esse papel, característica que pode relacionar-se à sua personalidade.

Nas respostas quanto a assumir o papel de cuidador por opção perceberam-se justificativas dos cuidadores que responderam que assumem o papel por opção, relacionadas a valores morais construídos na família e as de foro íntimo.

Quando o idoso é o cônjuge entram em jogo normas de solidariedade, por pertencerem à mesma geração e pela participação comum no projeto pessoal e familiar do cuidador ou cuidadora. Quando é o pai ou a mãe, surge o dever moral da responsabilidade filial, lastreada em três princípios éticos: reverência, débito de gratidão ou reciprocidade, e amizade e amor (SILVERSTEIN; LITWAK, 1993).

Na situação de cuidar do cônjuge ou dos pais, existem questões afetivas profundas arraigadas no relacionamento anterior do cuidador com o idoso e de ambos com o restante da família, além de questões práticas e financeiras que se misturam a motivações afetivas (FREITAS *et al.*, 2011).

Observam-se nos dados obtidos que metade dos cuidadores investigados, que atualmente não desenvolvem nenhuma atividade de lazer já não o fazia mesmo antes do início das atividades de cuidador, por não gostarem de participar, percebendo característica de certo isolamento social, e a subjetividade com relação ao significado de lazer para os participantes.

Todos os cuidadores que referiram participar de atividades de lazer e atividades sociais citaram as atividades religiosas, indicando a religião como importante meio de enfrentamento, auxiliando a superar sentimentos negativos e encontrar sentido e apoio para seu papel, amenizando a sobrecarga que lhes é conferida, e o desgaste enfrentado em sua rotina.



O cuidador domiciliar percebe-se como alguém que cuida do outro, porém visualiza que para si não está sendo possível essa iniciativa, ocasionando insatisfação e dificultando a execução das necessidades biológicas e psicossociais, como dormir, descansar, momentos de lazer, condição que desencadeia desgaste físico e mental,

comprometendo a saúde (SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008).

As respostas relacionadas ao conceito de qualidade de vida se resumiram a respostas que diziam respeito ao bem-estar físico, social e espiritual; posteriormente, os cuidadores afirmaram ter qualidade de vida, apesar de muitos relatarem a inexistência do exercício, práticas de autocuidado e atividades de lazer.

Verificou-se que a qualidade de vida de cuidadores principais está afetada em decorrência das diversas atribuições acumuladas. Ainda assim, os fatores qualidade de vida e o estresse devem ser mais explorados e verificados, utilizando-se instrumentos específicos nessa parcela da população (AMENDOLA *et al.*, 2008).

A vulnerabilidade social, as carências de recursos individuais, familiares e sociais para atender às necessidades dos idosos contribuem para a sobrecarga física e emocional dos cuidadores de idosos que vivem em contextos de pobreza (SANTOS; PAVARINI, 2010). As dificuldades econômicas vivenciadas pelo cuidador geram prejuízos à qualidade de vida e ao bem-estar dos idosos, pois são objeto do seu cuidado (BURGOS, 2010).

Em decorrência do contexto no qual estão os cuidadores é essencial que os profissionais de saúde estejam capacitados a fornecer suporte familiar aos que cuidam de idosos no domicílio, sobretudo aos que apresentam maior dificuldade econômica (CREUTZBERG, 2000).

Considerações finais

A prática de cuidados em domicílio exercido pelo cuidador requer grande dedicação e a exclusividade requerida, por causa do grau de dependência do idoso, fato que dificulta o exercício do autocuidado pelos cuidadores.

Considera-se o autocuidado nos cuidadores de idosos dependentes como ações limitadas, pois os mesmos, em sua maioria, consideram-no como algo restrito às atividades de vida diária, alegando falta de tempo para a prática de atividades físicas e de lazer.

O presente estudo pretende contribuir para o direcionamento de estratégias de estímulo às práticas de autocuidado nos mais diversos cenários de sua atuação profissional.



Percebe-se que o cuidador não deve ser visto apenas como coadjuvante no cenário do cuidado do idoso, mas ator principal no exercício de ações de cuidado rotineiras no domicílio.

Quando se explora o contexto do cuidador de idosos, contribui-se para a formação de um pensamento não mais voltado apenas à saúde do idoso, mas abordando o binômio cuidador-idoso colaborando para a promoção da saúde deste, deixando-se de dar ênfase apenas a uma das partes envolvidas no processo do cuidado.



Os profissionais de saúde possuem papel fundamental no estímulo de ações autocuidativas do cuidador, como ações preventivas de saúde, lazer e participação em atividades sociais, contribuindo para a melhoria do estado físico, mental e motivacional do cuidador, possibilitando que fique melhor em sua qualidade de vida e na prática rotineira do cuidar.

São essenciais outros estudos que abordem a temática, pois verifica-se a importância da implementação de ações inovadoras de saúde direcionadas a essa parcela da população, considerando-se a relevância da manutenção da saúde, o que contribui significativamente para a promoção da saúde dos idosos.

Referências

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A.C; ALVARENGA, M.R.M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Santa Catarina, v. 17, n. 2, p. 266-72, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/09.pdf>. Acesso em: 31 de agosto de 2011.

BURGOS, A.C.G.F. *Condições de risco biológico e psicossocial, recursos psicológicos e sociais e funcionalidade em idosos residentes na comunidade* [tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Educação/ Universidade Estadual de Campinas; 2010. 210p.

BRASIL. Ministério da Justiça. Constituição Brasileira. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida,

em Defesa do SUS e de Gestão. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

CREUTZBERG, M.; SANTOS, B.R.L. Se a gente não tem família, não tem vida: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2000; v.21, n.esp, p.101-12.

FREITAS, E.V; PY, L.; NÉRI, A.L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

LITVOC J.; DERNTEL, A. M. Capacidade funcional do idoso: significado e aplicações. In: CIANCIARULLO, T.I; GUALDA, D.M.R; CUNHA, I.C.K.O; SILVA, G.T.R. *Saúde na família e na comunidade*. São Paulo: Ícone; 2011. p. 268-319.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F; CRUZ NETO, O; ROMEU. G. *Pesquisa social-teoria, método e criatividade*. 25ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2007.

ORSO, Z.R.A. *Characteristics of informal caregiver of dependent elderlies in the municipality of Veranópolis – RS* [tese de Doutorado]. Porto Alegre: Instituto de Geriatria e Gerontologia. PUCRS; 2008. 116 p.

PINTO, M.F; BARBOSA, D.A; FERRETI, C.E. L; SOUZA, L.F; FRAM, D.S, BELASCO A.G.S. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta paulista*, São Paulo, v. 22, n. 5, p.652-57, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 23 de novembro de 2012.

SANTOS, A.A; PAVARINI, S.C.I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Rio Grande do Sul, v.31, n.1, p. 115-22, 2010. Disponível em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/9430/8489>. Acesso em: 23 de novembro de 2010.

SALGUEIRO, H.; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Rio Grande do Sul, v. 31, n. 1, p. 26-32, 2010. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/14579/8485>. Acesso em: 23 de novembro de 2010.

SCHOSSLER, T.; CROSSETTI, M.G. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Santa Catarina, v.17, n.2, p. 280-7, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/09.pdf>. Acesso em: 31 de agosto de 2010.

SILVERSTEIN, M.; LITWAK, E.A. Task-specific typology of intergenerational family structure in later life. *The Gerontologist*, v. 33, n. 2, p. 258-64, 1993. Disponível em: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/33/2/258.full.pdf>. Acesso em: 13 de novembro de 2012.

Data de recebimento: 15/01/2013; Data de aceite: 22/02/2013.

Marilia Braga Marques - Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Mestre em Enfermagem; professora assistente I do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí/Campus Senador Helvécio Nunes de Barros; Picos - Piauí. E-mail: marilia@ufpi.edu.br

Maria Eliana Peixoto Bessa - Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora do curso de graduação em Enfermagem do curso de graduação em enfermagem na Universidade de Fortaleza. E-mail: elianapbessa@gmail.com

Maria Josefina da Silva - Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; Fortaleza-Ceará. E-mail: mjosefina@terra.com.br