



Cuidadores de idoso: análise do conhecimento de Enfermagem e o risco para desenvolvimento de estresse no exercício da função

Bruno Gonçalves de OLIVEIRA¹, bngoliveira@hotmail.com; **Mônica Félix de ALVARENGA²**; **Sônia Maria DAL SASSO³**

1. Graduado no curso de Enfermagem da Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé, MG.
2. Especialista em Enfermagem em UTI pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF); professora na FAMINAS, Muriaé, MG.
3. Mestre em Letras pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CES/JF), MG; professora na FAMINAS, Muriaé, MG; e na Universidade do Estado de Minas Gerais em Leopoldina (UEMG/Leopoldina), MG.

Artigo recebido em 08 out. 2012 e aprovado em 04 fev. 2013.

RESUMO: Este estudo visou identificar quem são os cuidadores de idosos, avaliar seus conhecimentos a respeito da função e verificar o risco do desenvolvimento de estresse nessa população. Participaram da pesquisa 12 cuidadores residentes em Muriaé (MG), que responderam a um questionário semiestruturado. Verificou-se que o papel de cuidador predominantemente recai sobre a figura da mulher. Além de possuírem baixo nível de escolaridade, a maior parte tem entre 60 e 69 anos e executam os cuidados sem qualquer esclarecimento, treinamento ou ajuda. Quanto ao estresse, metade da amostra apresentou algum sinal



da doença, sendo evidenciado, também, um caso de altíssimo estresse.

Palavras-chave: cuidadores de idosos, estresse, qualidade de vida, Enfermagem.

ABSTRACT: Elderly Caregivers: analysis of Nursing knowledge and the risk for stress development on the job.

This study aimed to identify who are the elderly caregivers, evaluating their knowledge about the function and to determine the risk of the stress development in this population. 12 caregivers residing in Muriaé (MG), participated answering a semi-structured questionnaire. It was found that the role of caregiver is played predominantly by women's figure. Besides having a low educational level, most are between 60 and 69 years old and work without any clarification, training or assistance. As for stress, half the patients showed any sign of this disease, and it was also evidenced a case of a high level of stress.

Keywords: elderly caregivers, stress, quality of life, Nursing.

RESUMEN: Cuidadores de ancianos: análisis del conocimiento de enfermería y el riesgo para el desarrollo de estrés en el trabajo.

Este estudio tuvo como objetivo identificar quiénes son los cuidadores de ancianos, evaluar sus conocimientos acerca de la función y determinar el riesgo de desarrollar la tensión en esta población. 12 cuidadores que residen en Muriaé (MG), participaron contestando un cuestionario semi-estructurado. Se encontró que el papel de cuidador se juega predominantemente por la figura de la mujer. Además de tener un bajo nivel educativo, la mayoría tienen entre 60 y 69 años y que hacen el trabajo sin ningún tipo de aclaración, capacitación o asistencia. Con relación a la tensión, la mitad de los pacientes mostraron alguno signo de esta enfermedad, y

também se evidenciou um caso de um alto nível de estresse.

Palavras chave: cuidadores de idosos, estresse, qualidade de vida, Enfermagem.

Introdução

Com o crescente avanço das pesquisas e tecnologias em saúde, melhoria do saneamento básico, bem como a melhor condição de vida no mundo, aumentou consideravelmente a expectativa de vida da população. Segundo Eliopoulos (2005, p. 30), as pessoas com idade superior a 65 anos representam mais que 12% da população dos Estados Unidos.

Diante deste crescimento da população idosa, surge a preocupação com a qualidade de vida nessa faixa etária. Muitos idosos sofrem com doenças crônicas que os impedem de se cuidarem e os tornam parcialmente ou totalmente dependentes de seus familiares ou até mesmo de terceiros para realizar suas tarefas diárias. Surge, então, a figura dos cuidadores, um papel comumente executado pelas famílias, geralmente por uma mulher (esposa, filha, irmã...) que, apesar de geralmente não possuir conhecimento do encargo, assume a responsabilidade por seus entes queridos, quer seja por vocação ou por necessidade.

O cuidar do idoso requer grande dedicação de tempo e tornou-se comum que essa obrigação recaia sobre uma única pessoa que, muitas vezes, abdica de seu lazer e momentos de descanso para atender as necessidades dos idosos. Alguns se esquecem de cuidar de si mesmos e acabam por atingir um estado de esgotamento físico e mental.

Segundo Eliopoulos (2005, p. 439), com o número crescente de pessoas que chega a idade avançada e a tendência de manter os idosos muito enfermos no ambiente doméstico, o encargo dos cuidadores familiares tende a crescer. Essa sobrecarga de tarefas associada à falta de especialização técnica e científica pode levar o cuidador a desenvolver o estresse, o que, por sua vez, pode ocasionar falha no atendimento de seus pacientes, uma vez que não conseguem se concentrar em suas obrigações. Por sua vez, os idosos sentem que estão atrapalhando o bom convívio da família, perdendo o sentido de continuarem sua luta para viver de forma digna e humana.

O cuidado com a saúde de quem cuida de idosos ainda é um assunto pouco explorado pelos estudiosos, porém, é de suma importância, pois afeta não somente a pessoa do cuidador, mas também a própria pessoa a ser cuidada e a família como um todo.

I – O envelhecimento

O acentuado crescimento dos idosos em todo o mundo, comprovado por diversos estudos epidemiológicos e demográficos, colocam os órgãos governamentais e a sociedade diante de inúmeros desafios sociais, econômicos e de saúde impostos pelo próprio envelhecimento populacional. Um dos grandes exemplos é o próprio Brasil onde se estima que, em 2025, o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos poderá atingir cerca de 32 milhões (PAPALÉO NETTO, 2007).

Segundo Papaléo Netto (2007, p. 3), todos os problemas dos idosos, sejam médicos, sociais, econômicos e psicológicos, representam desafios que deverão ser enfrentados com a finalidade de tornar menos árdua a caminhada ao longo do terceiro milênio.

De acordo com Eliopoulos (2005, p. 31), as pessoas com 65 anos ou mais podem ser categorizados como: Idoso jovem: 65 a 75 anos; idoso: 75 a 85 anos; idoso idoso: 85 a 100 anos; idoso de elite: acima de 100 anos.

O envelhecimento é um processo natural regido por mecanismos fisiológicos, sendo um processo comum a praticamente todos os seres vivos. Fisiologicamente tem início relativamente precoce a partir do término da fase de desenvolvimento e estabilização, e perdura por longo período até que alterações estruturais e/ou funcionais tornem-se grosseiramente evidentes (DUARTE; DIOGO, 2005).

As funções orgânicas se declinam em função do tempo, contudo esse declínio varia ao se considerar o ritmo de deteriorização dos diferentes sistemas orgânicos e nos diferentes indivíduos, admitindo-se como regra geral que a partir dos 30 anos essa perda de função atinja cerca de 1 %. Há que se considerar também que os efeitos dessas alterações são cumulativas e de acordo com a idade aumentam a probabilidade de morte do indivíduo (PAPALÉO NETTO, 2007).

Ainda segundo o autor, juntamente ao declínio funcional, contudo não obrigatoriamente no mesmo ritmo, ocorrem modificações celulares, teciduais, moleculares e enzimáticas que descrevem perdas celulares em alguns tecidos e perda da organização estrutural que são progressivamente aumentadas com tempo. Como exemplo, as células cerebrais sofrem uma perda de cerca de 0,2 % ao ano chegando a cerca de 20% aos 100 anos.

1.1 – Principais alterações do envelhecimento

Ao se estudar sobre o processo de envelhecimento, é imprescindível observar a diferença entre senescência, que é o processo de alterações

morfológicas, funcionais e orgânicas comuns do envelhecer, e senilidade, que se caracteriza por modificações decorrentes de patologias que acometem a população idosa. Tal diferenciação é extremamente difícil em inúmeras situações (PAPALÉO NETTO, 2007)

Com o envelhecimento, ocorre o declínio da quantidade de água corpórea total que varia entre 15 a 20%, o que torna o indivíduo mais susceptível a complicações graves em relação à perda de líquidos e dificulta a rápida reposição hídrica do volume perdido. Após os quarenta anos, ocorre uma diminuição da estatura, cerca de 1 cm por década, decorrente do aumento das curvaturas da coluna, encurtamento da coluna cervical ocasionado por modificações nos discos intervertebrais, além da diminuição dos arcos do pé. A caixa torácica e o crânio tendem a aumentar de diâmetro, o nariz e os pavilhões auditivos seguem crescendo proporcionando a face típica do idoso (DUARTE; DIOGO, 2005).

Em relação ao sistema cardiovascular, nota-se um aumento de colágeno no pericárdio e endocárdio enquanto que o miocárdio sofre com atrofia das fibras musculares e/ou hipertrofia das fibras remanescentes devido a uma degeneração tecidual. Nota-se que as grandes artérias sofrem perda dos componentes elásticos e aumento do colágeno proporcionando uma maior rigidez de suas paredes. Os idosos tornam-se mais propensos a desenvolver insuficiência cardíaca diastólica em face ao aumento da fase de relaxamento e da diminuição da complacência. Inúmeros estudos demonstraram que ocorre redução do débito cardíaco e da ejeção devido ao envelhecimento (PAPALÉO NETTO, 2007).

No sistema respiratório, a maior parte das alterações relaciona-se com a diminuição da elasticidade pulmonar, o que resulta em dificuldade durante a expiração aumentando o volume residual, porém, a pressão parcial de oxigênio alveolar (PaO₂) e a pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial (PaCO₂) não sofrem modificações com a idade. Associado a estas alterações, somam-se as modificações musculoesqueléticas do arcabouço torácico (DUARTE; DIOGO, 2005).

Papaléo Netto (2007, p. 113) afirma que “as modificações da morfologia do tórax senil ou ‘em barril’, a redução da elasticidade e a atrofia dos músculos esqueléticos acessórios da respiração reduzem a capacidade da expansão da caixa torácica”.

O mesmo autor descreve que, no sistema renal, ocorre uma redução de peso e dimensão dos rins, bem como diminuição do número de néfrons. Nota-se um espessamento da membrana basal, esclerose e hialinização dos glomérulos, alterações tubulares, além de aumento de tecido conjuntivo intersticial. As primeiras estruturas a sofrerem alterações são os vasos sanguíneos devido à esclerose que provoca a obstrução nas arteríolas com consequente isquemia glomerular e tubular. Relacionado ao seu funcionamento, percebe-se

uma diminuição de 10% do fluxo plasmático após os cinqüenta anos e uma redução de 35% a 50% da filtração glomerular entre os 20 aos 90 anos. Paralelo a estas alterações, ocorre a queda da função tubular, que altera a capacidade de diluição e concentração urinárias.

De acordo com Eliopoulos (2005), as alterações do sistema gastrointestinal, embora não represente tanto risco quanto o sistema cardiorrespiratório, é um grande motivo de preocupação para a pessoa idosa. A queda dos dentes, a perda das papilas gustativas e a diminuição da saliva tornam o mecanismo de deglutição mais lento. O esôfago pode dilatar-se tornando seu esvaziamento mais lento. Aumenta-se o risco de aspiração brônquica. O estômago tem sua motilidade diminuída tornando seu esvaziamento lento. No intestino, pode ocorrer atrofia em seu percurso, o que, associado com a perda das células, causa a diminuição da absorção dos alimentos. O fígado torna-se menor tendo sua capacidade de regeneração prejudicada. Com frequência ocorre o prolapso do pâncreas que tem seus ductos dilatados e distendidos com o envelhecimento.

Duarte e Diogo (2005) afirmam que o cérebro tem seu tamanho e volume diminuídos com a idade sendo possível, através de uma tomografia computadorizada, perceber uma atrofia cerebral além de um aumento do volume dos ventrículos encefálicos. Com avanço da idade, nota-se uma perda contínua de neurônios admitindo-se um declínio de 100 a 200 células ao dia. Muitas dessas células apresentam alterações tais como inchaço na base dos dendritos, diminuição de dendritos e redução de espinhas no córtex que podem levar a morte completa da célula.

II – Qualidade de vida e proteção na terceira idade

Duarte e Diogo (2005, p. 35) afirmam que:

A preocupação com qualidade de vida na velhice ganhou relevância nos últimos 30 anos a partir do momento em que o crescimento do número de idosos e a expansão da longevidade passou a ser uma experiência compartilhada por um número crescente de indivíduos vivendo em muitas sociedades. Mais e mais as questões que dizem respeito ao bem-estar físico, psicológico e social dos idosos interessam aos planejadores de políticas de saúde, educação, trabalho e seguridade social de vários países.

Segundo Eliopoulos (2005, p. 97) “sobreviver até a velhice é um grande acontecimento. As exigências básicas da vida, como obter nutrição adequada,

ter relativa segurança e manter o funcionamento normal do corpo, devem ser preenchidas com algum sucesso”.

O envelhecer bem é hoje um dos ideais permanentes do ser humano. É uma busca que atravessa os séculos com explorações intelectuais de diversos cientistas em prol da descoberta do segredo da manutenção da juventude. Apesar de muitos esforços, ainda existem questões não resolvidas sobre o envelhecimento que aumentam ainda mais a dificuldade em definir a qualidade de vida no envelhecimento (DUARTE; DIOGO, 2005).

Ainda segundo os autores, a qualidade de vida dos idosos está intimamente ligada ao compromisso que a sociedade tem com o bem-estar de seus membros mais velhos e não somente com as condições de renda, educação, urbanização e qualidade dos serviços de saúde. No âmbito médico, a qualidade está ligada a longevidade, a boa saúde mental e física, e a funcionalidade.

Papaléo Netto (2007, p. 243) apresenta que “o velho hoje vive mais e melhor, embora não tanto quanto gostaria”. Afirma também “que o lazer tem alto significado, não só na fase da aposentadoria, mas para a sociedade como um todo”. O lazer amplia a consciência individual e coletiva, aumenta a sensibilidade em relação às manifestações culturais, desenvolve a criatividade e estimula sentimentos de solidariedade e cooperação.

Em 1º de outubro de 2003, sancionou-se a Lei n. 10.741 (Estatuto do Idoso) que entrou em vigor a partir de 1º de janeiro de 2004, o que foi uma grande conquista para a população. A lei permitiu que diversos direitos já previstos na Constituição Federal e outros documentos fossem consolidados. O documento apresenta 118 artigos que dispõem sobre os direitos fundamentais e de cidadania, saúde, educação, habitação, transporte, alimentação, convivência familiar, profissionalização, cultura, esporte e lazer, previdência e assistência sociais, assistência jurídica, medidas de proteção específica aos idosos, em especial aos institucionalizados (PAPALÉO NETTO, 2007).

III – Os cuidadores familiares de idosos

Segundo Brasil (2008, p. 5), “cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas”.

O autor acrescenta que o “cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação”.

Smeltzer et al. (1998) *apud* Nakatani et al. (2003) relatam que:

Muitos cuidados prestados a estes pacientes podem ser realizados no domicílio, indo ao encontro à tendência atual das instituições hospitalares de conceder alta precoce ao geronte, para diminuir os custos e acelerar sua recuperação num ambiente familiar.

A pessoa que cuida de idosos nem sempre escolheu ser cuidador. A necessidade de cuidar de um idoso decorre de uma imposição circunstancial mais do que de uma escolha (PAPALÉO NETTO, 2007, p. 712).

Segundo Zem-Mascarenhas e Barros (2009, p. 51), “tornar-se cuidador é um processo que ocorre gradual ou repentinamente, de acordo com a patologia do dependente”.

Papaléo Netto (2007) indica que os motivos que levam uma pessoa a ser cuidador são o instinto, quando essa assume a responsabilidade por impulsos inconscientes a fim de satisfazer a necessidade de sobrevivência do outro; por capacidade, quando o cuidador é dotado de um preparo técnico para executar a missão e que o motive; pela conjuntura que ocorre em vista da falta de outro cuidador mais adequado devido a necessidades secundárias; e pela vontade, em que a pessoa necessita de satisfazer suas próprias emoções através da relação com o outro.

Conforme Caldas (2003, p. 776), “a família e os amigos são os primeiros a prestar cuidados aos idosos, sendo que um grande fator para a institucionalização de longa duração é a falta de suporte familiar”.

Eliopoulos (2005, p. 442) afirma que “a maior parte do cuidado domiciliar das pessoas idosas é proporcionada por membros da família, não por serviços formais”. O autor acrescenta que as esposas compreendem metade das pessoas envolvidas no cuidado direto do idoso, seguidas pelas filhas e noras.

Papaléo Netto (2007, p. 711) relata que:

O cuidador familiar principal geralmente reside na mesma casa e se incube de prestar a ajuda necessária ao exercício das atividades diárias dos idosos dependentes, tais como higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos ao cotidiano, como, por exemplo, ida a bancos ou farmácias.

O lar influencia positivamente na manutenção da identidade do idoso, permitindo uma melhora da qualidade de vida, garantindo uma recuperação

mais satisfatória, além de beneficiar a autonomia e independência deste. Porém, faz-se necessário que as pessoas que se submetem a prestar os cuidados sejam devidamente preparadas para este fim (NAKATAMI et al., 2003).

Duarte e Diogo (2005, p.106) expõem que

O cuidar da pessoa idosa, na saúde e doença, envolve procedimentos senão complexos, ao menos específicos, e para que o cuidador leigo possa desenvolvê-los, mesmo nos aspectos mais básicos, necessita de um treinamento demarcado e acompanhamento, no mínimo, de um profissional enfermeiro especializado.

De acordo com Brasil (2008, p. 7), “o bom cuidador é aquele que observa e identifica o que a pessoa pode fazer por si, avalia as condições e ajuda a pessoa a fazer as atividades. Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita”.

3.1 – O cuidador e o exercício de sua função

Para Brasil (2008, p. 8),

a função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Ressaltando sempre que não fazem parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de Enfermagem.

Ainda segundo o autor, o cuidador é o elo entre a família, a equipe de Enfermagem e o idoso, competindo-lhe ajudar o idoso nos cuidados com a higiene, alimentação, na locomoção e atividades físicas; estimular atividades de lazer e ocupacionais; auxiliar na administração de medicamentos, seguindo orientações da equipe de saúde e da prescrição médica; promover mudanças de decúbito tanto na cadeira quanto na cama, realizar massagens de conforto; além de ouvir atentamente o idoso e comunicar a família e a equipe sobre mudanças do quadro de saúde da pessoa cuidada.

3.2 – Cuidando do cuidador

“O alto custo emocional e físico desta função tem sido frequentemente citado pelos estudiosos que, dentre outras coisas, o associam ao despreparo

dos cuidadores informais e formais que assumem a responsabilidade do cuidar” (MAFFIOLETTI; LOYOLLA; NIGRI, 2006, p. 1086).

Segundo Fernandes e Garcia (2009, p. 470), o “ônus relacionado ao cuidado de idosos dependentes faz com que o cuidador familiar deva ser visto, também, como um cliente que merece ser enfocado criteriosamente”.

Para Karsch (2003, p. 864), “o cuidador familiar de idosos incapacitados precisa ser alvo de orientação de como proceder nas situações mais difíceis, e receber em casa periódicas visitas de profissionais, médico, pessoal de Enfermagem, de Fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capacitação”.

Consoante Nakatani et al. (2003, p. 16), a “falta de preparo dos cuidadores informais é uma realidade de difícil solução a um curto prazo, tornando importante conhecer o perfil destas pessoas, nas diferentes áreas geográficas”.

Caldas (2003, p. 778) relata que “os cuidadores mencionaram que, quando da alta hospitalar, os familiares raramente receberam informações claras a respeito da doença, orientação ou apoio para os cuidados, nem indicação de um serviço para prosseguir o tratamento”.

O cuidar de alguém se soma as outras atividades diárias, deixando o cuidador com uma carga excessiva de trabalho, visto que, muitas vezes, não existe revezamento nos cuidados. Frente a essa condição, o cuidador sofre com desgaste físico e mental do indivíduo que podem ser prejudiciais tanto para o cuidador quanto para a pessoa cuidada e a família (BRASIL, 2008).

Resende e Dias (2008, p. 863) destacam que “esta sobrecarga de papéis tem trazido consequências na qualidade do cuidado do idoso e na saúde do próprio cuidador” .

Karsch (2003, p. 863) afirma que:

Cuidar do idoso em casa é, com certeza, uma situação que deve ser preservada e estimulada; todavia, cuidar de um indivíduo idoso e incapacitado durante 24 horas sem pausa não é tarefa para uma mulher sozinha, geralmente com mais de 50 anos, sem apoios nem serviços que possam atender às suas necessidades, e sem uma política de proteção para o desempenho deste papel.

Papaléo Netto (2007) acredita que o cuidador de idosos necessita receber orientações e esclarecimentos sobre a continuidade da assistência e dos processos patológicos que afetam o idoso para o desempenho de suas atividades. Também deve ser acompanhado (o cuidador) por um médico, considerando que tal atividade é extremamente desgastante e pode trazer riscos à saúde do mesmo.

Para Duarte e Diogo (2005, p. 112) “cuidar de quem cuida passa a ser um problema real da família de uma maneira mais próxima e do profissional que assiste ao idoso de forma particular”. Os autores afirmam que “sempre que possível, o enfermeiro deve capacitar mais que um membro da família e/ou comunidade para a prestação de cuidados aos idosos”.

De acordo com Brasil (2008, p. 11) “é fundamental que o cuidador reserve alguns momentos do seu dia para se cuidar, descansar, relaxar e praticar alguma atividade física e de lazer, tais como: caminhar, fazer ginástica, crochê, tricô, pinturas, desenhos, dançar, etc”.

3.3 – O estresse e o cuidador

De acordo com Lipp (2000), o *stress* é um estado de tensão que resulta numa ruptura do equilíbrio interno do organismo. A palavra *stress* vem do latim e é utilizada na área de saúde desde o século XVII, porém, foi somente em 1926 que o médico Hans Selve fez seu uso para definir como um estado de tensão patológico do organismo. Apesar de já constar nos dicionários a palavra “estresse”, muitos estudiosos ainda utilizam a forma *stress*.

Ainda segundo a autora, todo o corpo funciona em sincronismo, tendo cada órgão seu ritmo próprio que se entrosca com os demais. A esse equilíbrio dá-se o nome de homeostase, porém, quando ocorre o *stress*, essa relação se quebra e os órgãos começam a trabalhar de forma desordenada, alguns acabam trabalhando mais e outros menos para lidar com esse problema que se considera como *stress* inicial. Paralelo a essa situação, o organismo se esforça para restabelecer o equilíbrio, resposta adaptativa, exigindo considerável desgaste e utilização de reservas de energia física e mental.

Fernandes e Garcia (2009, p. 470) afirmam que:

A experiência de assumir a responsabilidade por idosos dependentes tem sido colocada pelos cuidadores familiares como uma tarefa exaustiva e estressante, pelo envolvimento afetivo e por ocorrer uma transformação de uma relação anterior de reciprocidade para uma relação de dependência, em que o cuidador, ao desempenhar atividades relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso, passa a ter restrições em relação à sua própria vida.

Os autores ainda afirmam que o cuidador é um doente oculto uma vez que, ao procurar atendimento para o idoso, evidenciam-se alterações em sua saúde decorrentes da sobrecarga e ou exaustão que a responsabilidade de cuidar do outro proporciona.

Quando a busca pela homeostase se prolonga por grande período ou não é bem sucedida, a pessoa passa a vivenciar a fase intermediária do *stress*. Esse tempo varia de acordo com cada pessoa e depende de sua resistência natural e das estratégias de enfrentamento, o que definirá o período em conseguirá resistir aos estressores crônicos ou muito intensos (LIPP, 2000).

A autora completa que algumas pessoas possuem uma fonte de *stress* permanente e difícil, como uma ocupação complexa ou uma situação de conflito familiar. Para estes, o processo pode se constituir em vários altos e baixos em que o organismo se restabelece temporariamente, podendo se prolongar por anos até que sua capacidade adaptativa acaba e ela começa a adoecer. A memória começa a falhar, acorda cansado após uma boa noite de sono, surgem questionamentos sobre sua competência, apatia e desinteresse por aquilo que lhe dava prazer anteriormente; são sinais de que a tensão está excessiva. Quando não se faz nada para aliviar a tensão, o corpo já enfraquecido começa a sofrer com as doenças como gastrite, gripes, problemas dermatológicos... Com a continuidade do estresse, a pessoa passa a apresentar-se cada vez mais cansada, com crise de depressão, ansiedade e desânimo. Surgem dificuldades para se concentrar, autódúvida, podem ter pesadelos. No contexto físico, podem surgir úlceras, hipertensão, herpes, psoríase ou vitiligo, crise do pânico. Ainda podem apresentar problemas graves como infarto, caso não sejam tratados. Importante que se ressalte que o estresse não causa as doenças, ele apenas propicia aquelas para as quais o indivíduo tem predisposição.

Consoante Fernandes e Garcia (2009, p. 472), “a cuidadora, ao coabitar com o idoso, encontra-se imersa numa relação contínua com os estressores presentes na situação de cuidado, favorecendo maior exposição aos efeitos negativos desses estressores”.

É importante ressaltar que “compete ao psicólogo a função de auxiliar o paciente a trabalhar com as fontes de *stress*, principalmente se elas forem internas, criadas pelo modo de ser do próprio indivíduo” (LIPP, 2000, p. 16).

V – Metodologia

Realizou-se um estudo descritivo com amostragem de 12 cuidadores de idosos que atuam na cidade de Muriaé (MG), em suas residências, escolhidos de forma aleatória. Os dados foram coletados através de um questionário semiestruturado, contendo 13 questões aplicadas à amostra, analisados por meio de abordagem quantitativa e qualitativa e organizados em categorias de acordo com os objetivos do trabalho. Para análise do risco de desenvolvimento do estresse, utilizou-se o Levantamento de Sintomas de *Stress* desenvolvido pelo Centro Psicológico de Controle do Stress de São Paulo (LIPP, 2000).

A pesquisa é de abordagem quali quantitativa. Segundo Minayo (2006), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Para Minayo (2006), o uso de métodos quantitativos tem como objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática.

V – Resultados e discussão

Durante elaboração deste estudo, foram realizadas 12 entrevistas com cuidadores familiares de idosos residentes na cidade de Muriaé. Primeiramente foi traçado o perfil dos cuidadores.

A primeira questão relaciona os cuidadores quanto à faixa etária, resultando a idade média em torno de 55 anos. Observa-se predominância na faixa de 60 a 69 anos (Figura 1). Quatro (33,3%) cuidadores têm entre 60 e 69 anos; três (25%) encontram-se nas faixas de 20 a 39 anos e 40 a 59 anos; e dois (16,6%) na faixa acima de 70 anos. Conforme estudo de Karsch (2003), 59% dos cuidadores estavam acima de 50 anos e 41% tinham mais de 60 anos. Verifica-se que pessoas idosas estão cuidando de outros idosos e, considerando as condições físicas destes cuidadores, pode-se afirmar que eles são potencialmente doentes, já que também necessitam de cuidados.

Na segunda questão, os cuidadores foram divididos quanto ao gênero. Percebeu-se predomínio do gênero feminino (Figura 2). Nota-se uma diferença considerável no número de mulheres cuidadoras (83,3%), enquanto os homens (16,6%) representam uma pequena parcela do total. O estudo de Karsch (2003) mostrou que 92,9% dos cuidadores de idosos eram do gênero feminino. Para Nakatami et al. (2003), esse fato se deve a uma cultura que imputa à mulher o papel de cuidar, seja ela filha, neta ou esposa.

Identifica-se, na questão 3, que cerca de 75% dos cuidadores não chegaram a completar o Ensino Fundamental ou 1º grau. De acordo com a Figura 3, cinco (41,6%) dos cuidadores declararam possuir o 1º grau incompleto; quatro (33,3%) são analfabetos; um (8,3%) possui o 1º grau completo; um (8,3%), o 2º grau incompleto; e um (8,3%), o 2º grau completo.

Conforme Nakatami et al. (2003), a falta de escolaridade interfere direta ou indiretamente na prestação de cuidados ao idoso. Para o autor, ocorre um déficit da qualidade do atendimento ao idoso, visto que, muitas vezes, necessitam de auxílio para tomar as medicações, por exemplo, que devem seguir a prescrição corretamente a fim de evitar erros na assistência.

GRÁFICO 1 Distribuição dos entrevistados quanto à faixa etária

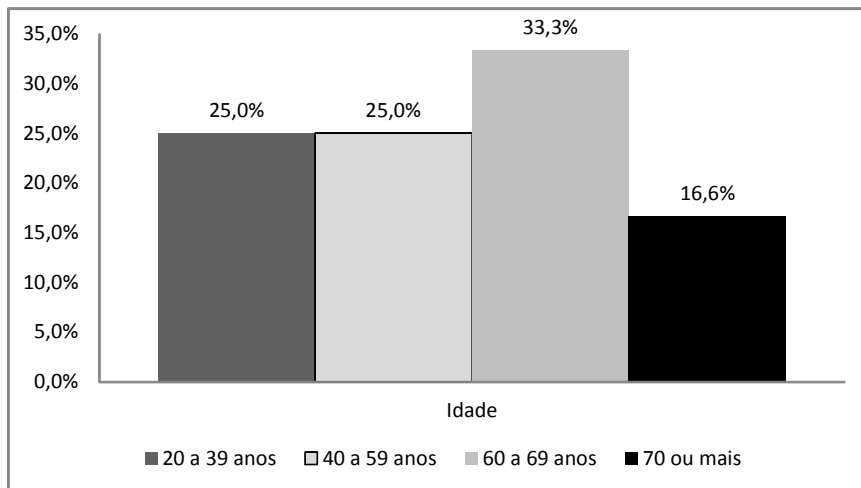


GRÁFICO 2 Distribuição dos entrevistados quanto ao sexo

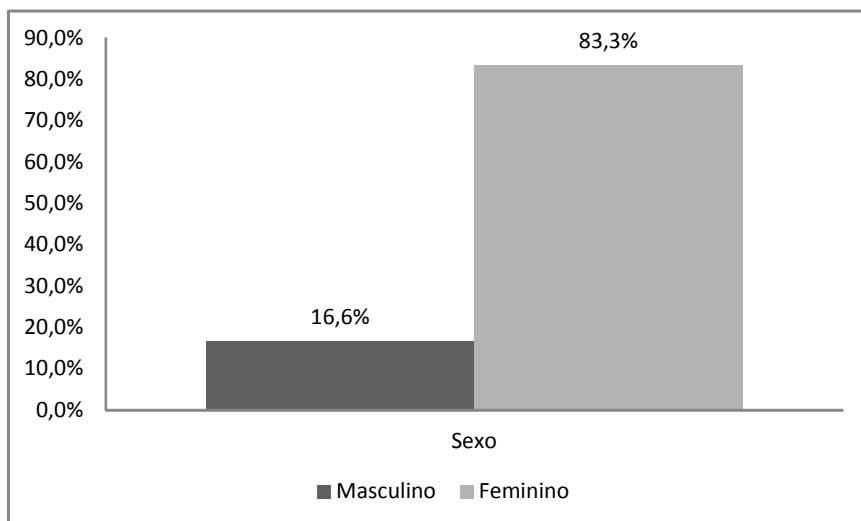
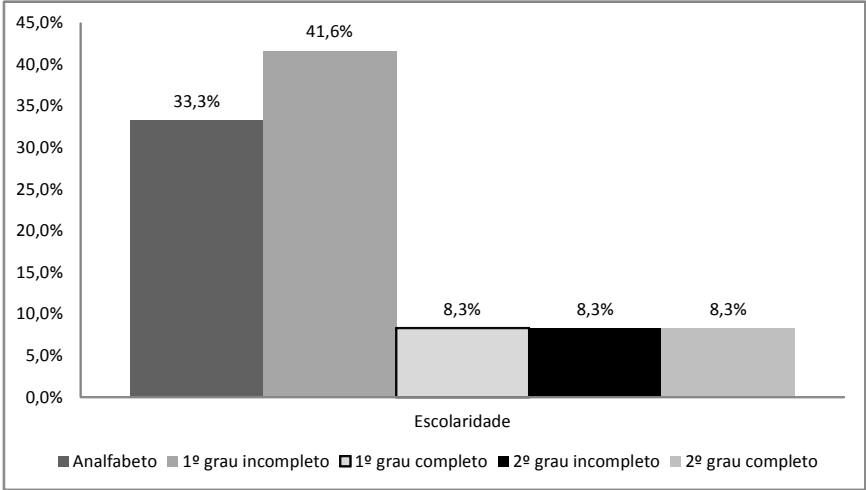


GRÁFICO 3 Distribuição dos entrevistados quanto ao grau de escolaridade



Observa-se, na questão 4, a predominância de pessoas casadas sobre as solteiras. A Figura 4 apresenta que o número de cuidadores casados corresponde a 75% do total, enquanto que os solteiros respondem por 25%, contradizendo Nakatami et al. (2003) que afirmam que as solteiras costumam desempenhar, com maior frequência, o papel de cuidadora informal.

Em estudo realizado por Papaléo Netto (2007), 79% das cuidadoras eram casadas. Nota-se um acúmulo de tarefas sobre as mulheres, principalmente as casadas, que geralmente têm filhos e se dividem entre cuidar do seu familiar idoso, da casa, filhos e marido, ocasionando-lhes um alto desgaste físico e mental.

Na questão 5, foi verificado o grau de parentesco com o idoso, apresentando discreta diferença entre filhas e esposas, que juntas correspondem a cerca de 75 % do total. Na Figura 5, observou-se que todos os entrevistados possuem parentesco com o idoso cuidado, sendo que: cinco (41,6%) são filhas; quatro (33,3%) são esposas; duas (16,6%) são filhos; e uma (8,3%) é irmã. O estudo de Papaléo Netto (2007) confirma a prevalência das mulheres como cuidadoras (84%); sendo 38% filhas, 34% esposas, 7% noras e 5% netas. De acordo com autor, a figura do cuidador informal emerge de relações familiares, quase sempre fragilizadas pela doença.

Verificou-se, na questão 6, o tempo aproximado que os entrevistados atuam como cuidador de idosos, tendo se destacado o período de um a cinco anos de serviços prestados. A Figura 6 demonstra que cinco (41,6%) dos cuidadores exercem a função há cerca de 1 a 5 anos; quatro (33,3%), de 6 a 10 anos; um (8,3%), de 11 a 15 anos; e dois (16,6%) relataram que assumiram essa responsabilidade há mais de 15 anos. Na faixa de 0 a 364 dias não foi evidenciado nenhum cuidador.

Eliopoulos (2005) descreve que os idosos sofrem mais com doenças crônicas do que com as agudas, a maioria tem pelo menos uma, e estas causam limitações nas atividades nas atividades de cuidados pessoais em 49% dos idosos e 27% apresentam dificuldades na administração da casa. Associado ao aumento da longevidade, os cuidadores tendem a passar longos períodos dedicados ao tratamento e cuidado de seus idosos.

A questão 7 apresenta as atividades mais desempenhadas pelos cuidadores entrevistados. Verifica-se, na Figura 7, que 12 (100%) dos cuidadores são responsáveis pela preparação ou administração da alimentação; nove (75%) afirmam que auxiliam na movimentação dos idosos; oito (66,6%) são responsáveis pelo banho e pela administração de medicamentos; cinco (41,6%) realizam curativos; e 1 (8,3%) afirma que ainda lhe compete realizar a higiene e troca de fraldas do idoso. De acordo com a pesquisa de Zem-Mascarenhas e Barros (2009), os pesquisados afirmaram que realizam mais de uma atividade; sendo

GRÁFICO 4 Distribuição dos entrevistados quanto ao estado civil

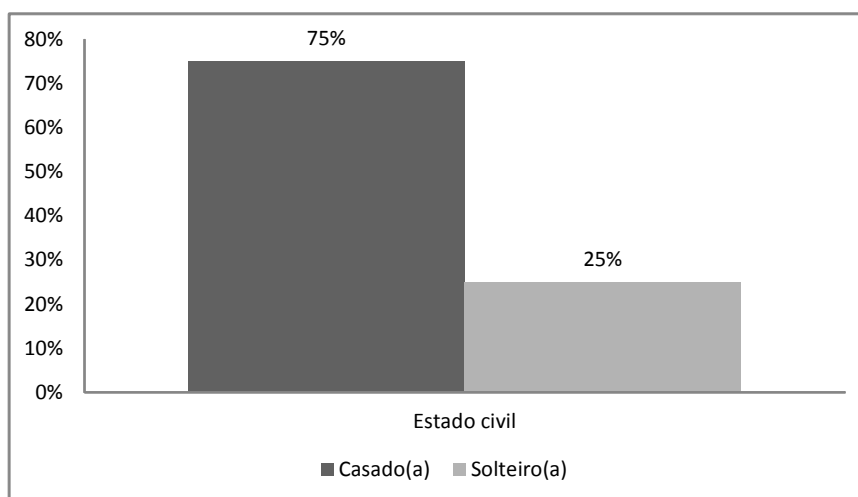


GRÁFICO 5 Distribuição dos entrevistados quanto ao grau de parentesco com o idoso

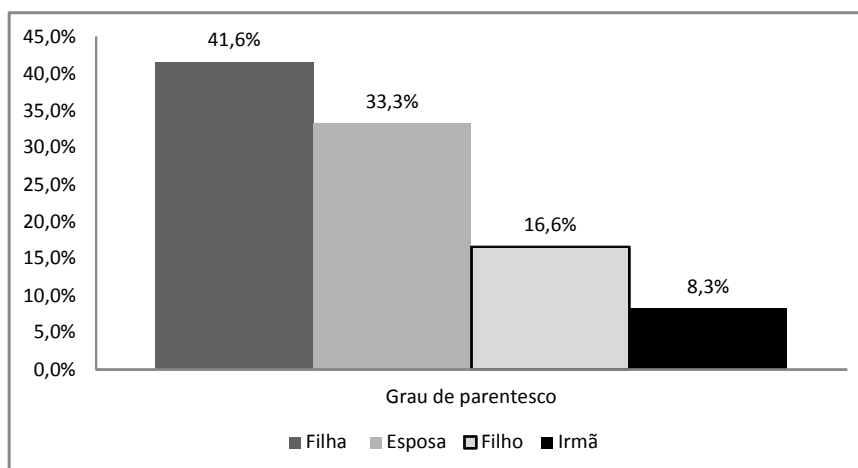


GRÁFICO 6 Distribuição dos entrevistados quanto ao tempo dedicado ao cuidado com o idoso

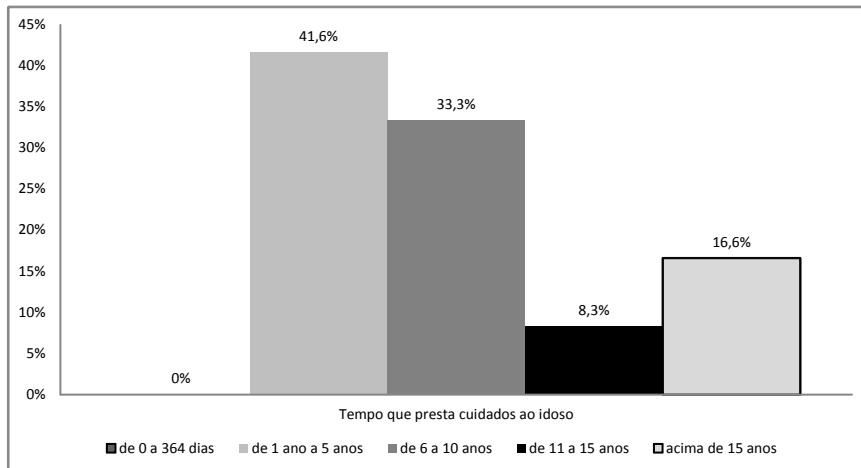
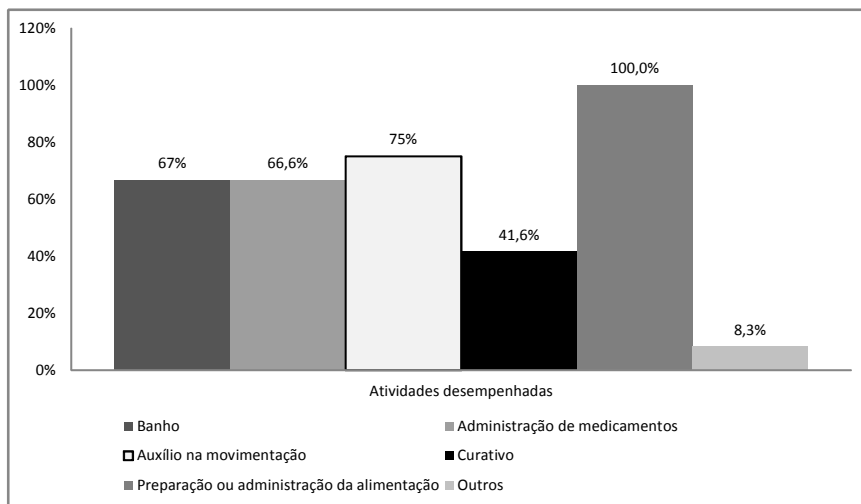


GRÁFICO 7 Distribuição dos entrevistados quanto às atividades desempenhadas no cuidado com o idoso



a mais mencionada o preparo da alimentação; relatada por 35 dos 40 participantes. Contrariando o exposto, o auxílio a locomoção aparece como o quinto cuidado mais realizado, sendo mencionado por 27 dos 40 entrevistados, enquanto que o banho e a administração de medicamentos aparecem empatados em terceiro lugar, sendo executado por 29 dos 40 cuidadores. A realização do curativo não foi explicitada na pesquisa dos autores, e quatro dos 40 entrevistados relataram realizar outras atividades. Na pesquisa deles, foram abrangidos outros cuidados tais como marcação de consultas, vestuário, higiene pessoal, compra de medicamentos, limpeza da casa, pagamentos, administração das finanças, mudança de decúbito, exercícios e oferecer a dieta, os quais são impertinentes nesta pesquisa.

Na questão 8, foi verificada a preparação dos cuidadores para o exercício de suas atividades. Ficou evidenciado que a totalidade dos participantes afirma não ter recebido qualquer tipo de treinamento para desempenhar a função de cuidador (Figura 8). Duarte e Diogo (2005, p. 105) afirmam que “em razão da complexidade cada vez maior na organização de nossas sociedades, exige-se de qualquer cidadão para alguma empreitada um preparo e um aprendizado específicos”. A falta de informação sobre a forma correta e segura de prestar o cuidado ao idoso pode gerar grandes prejuízos à saúde do idoso e do próprio cuidador, uma vez que proporciona um aumento das falhas na assistência e uma descontinuidade do tratamento especificado.

A questão 9 mostra as dificuldades apresentadas pelos entrevistados decorrentes do encargo inerentes ao exercício de suas atividades. A Figura 9 descreve que as maiores dificuldades encontradas pelos participantes foram o banho e a realização do curativo, apresentadas por 25% dos participantes; em segundo lugar, aparecem a administração de medicamento, o transporte e movimentação, com 16,6% ; em terceiro, aparece o controle da alimentação e a vigilância, com 8,3% de incidência. 16,6% dos entrevistados relataram não ter qualquer dificuldade no tratamento do idoso.

É perceptível que muitos cuidadores apresentam limitações, sejam pelas condições físicas ou intelectuais, que proporcionam dificuldades em atender todas as exigências do encargo assumido pelos mesmos. Duarte e Diogo (2005) relatam que compete ao enfermeiro capacitar os cuidadores da região onde atua e que a melhor forma seria executar a tarefa junto com o cuidador dentro da situação real em que este se encontra inserido.

Na questão 10, foi perguntado se o cuidador possuía outras ocupações. Na Figura 10, verifica-se que sete (58,3%) dos entrevistados possuem outras ocupações; e que cinco (41,6%) não possuem. Nakatami et al. (2003) afirmam que “essa sobrecarga de papéis dificulta a prática do cuidado com o idoso, pois precisam dividir o tempo entre todas as suas atividades, gerando um estresse físico e psicológico”.

GRÁFICO 8 Distribuição dos entrevistados quanto à preparação para o desempenho da atividade

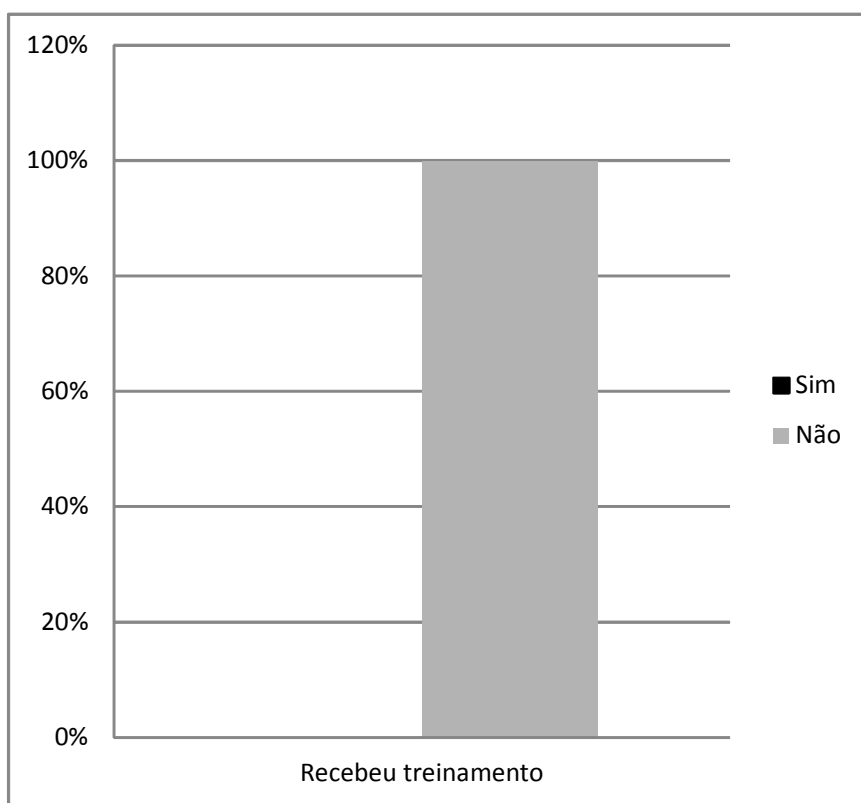


GRÁFICO 9 Distribuição dos entrevistados quanto às dificuldades enfrentadas no cuidado com o idoso

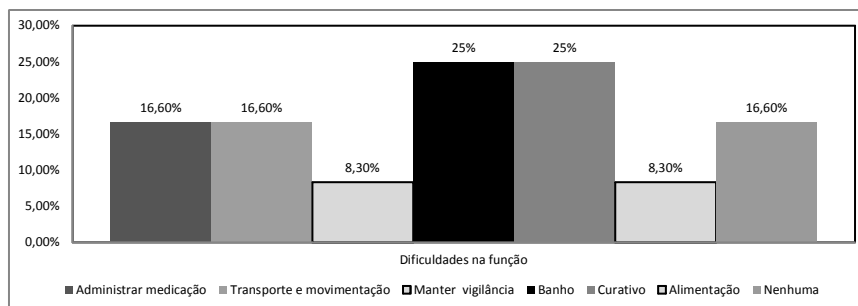
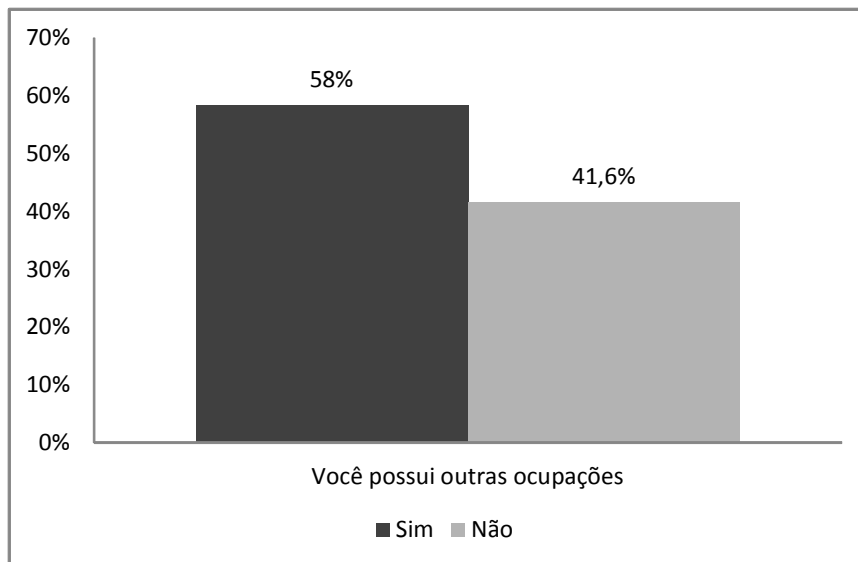


GRÁFICO 10 Distribuição dos entrevistados quanto a outras ocupações



A questão 11 apresenta a relação de rodízio no cuidado do idoso. A Figura 11 mostra a diferença considerável que permeia a questão do rodízio no atendimento do idoso. Nove (75%) afirmam que não ocorre rodízio, contra três (25%) que relatam haver revezamento entre os familiares na prestação dos cuidados. Essa tarefa árdua, exaustiva e estressante precisa ser dividida por todos que possuam capacidade na família uma vez que a sobrecarga do encargo é altamente prejudicial para o cuidador. Como afirma Eliopoulos (2005) “uma família carinhosa, interessada, é um dos recursos mais valiosos que o indivíduo pode ter na idade avançada”.

Na questão 12, foi perguntado aos participantes se eles dedicavam alguma parte de seu tempo ao lazer. Nota-se, na Figura 12, que 10 (83,3%) cuidadores relatam que não realizam atividades de lazer e apenas dois (16,6%) afirmam que conseguem dedicar parte do seu tempo para essas atividades. Para Brasil (2008, p. 11), “é fundamental que o cuidador reserve alguns momentos do seu dia para se cuidar, descansar, relaxar e praticar alguma atividade física e de lazer, tais como: caminhar, fazer ginástica, crochê, tricô, pinturas, desenhos, dançar, etc”.

Na questão 13, foi aplicado o Levantamento de Sintomas de *Stress* LIPP (2000) que verifica o *stress*, por meio de sintomas tais como dores, distúrbios de sono, irritabilidade, sensação de incompetência, hiperacidez estomacal, esquecimento, ansiedade, vontade de sumir, dentre outros .

Após a análise dos dados, como descreve a Figura 13, constatou-se que seis (50%) cuidadores não apresentavam risco de estresse, quatro (33,3%) tinham pouco estresse, um (8,3%) estava com nível de estresse alto, e 1 (8,3%) encontrava com nível altíssimo de estresse. Destaca-se que o caso mais grave está relacionado a uma mulher de 37 anos, casada, que possui outras ocupações fora do lar. Esta apresentou um altíssimo nível de estresse indo ao encontro do explícito por Fernandes e Garcia (2009) ao afirmarem que “cuidadoras jovens encontram-se mais susceptíveis à tensão por se confrontarem com a necessidade de balancear as demandas competitivas dentro da família e do emprego”.

Nota-se que 50% dos cuidadores sofrem com estresse baixo e moderado.

VI – Considerações finais

A busca por uma vida saudável e satisfatória é a meta de todo ser humano, contudo, nem todos conseguem alcançar a qualidade de vida que tanto esperam.

Com este estudo, pode-se perceber a necessidade urgente de uma nova visão sobre o atendimento à saúde dos cuidadores de idosos. A falta de conhecimento, as múltiplas funções no contexto familiar e a pressão imposta

GRÁFICO 11 Distribuição dos entrevistados quanto à relação de rodízio no cuidado com o idoso

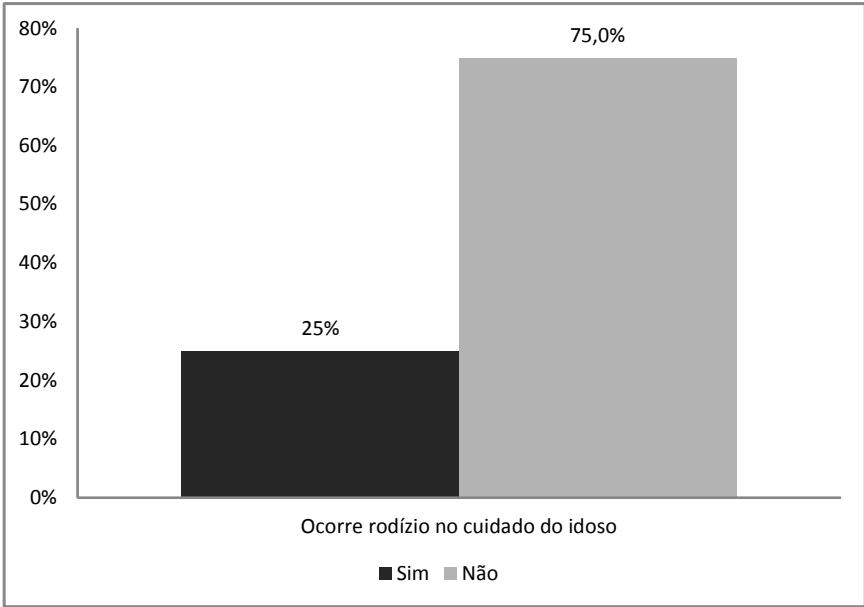


GRÁFICO 12 Distribuição dos entrevistados quanto à dedicação de tempo para seu lazer

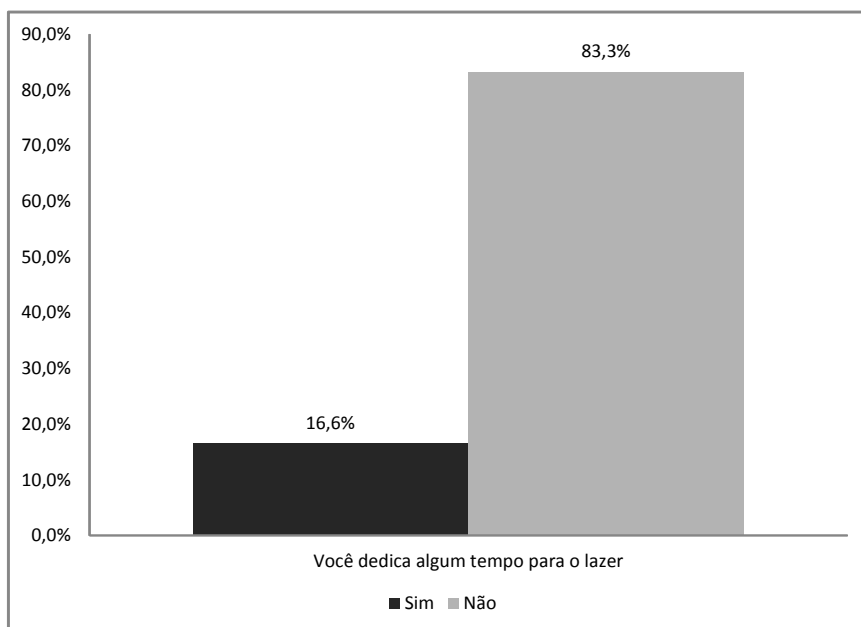
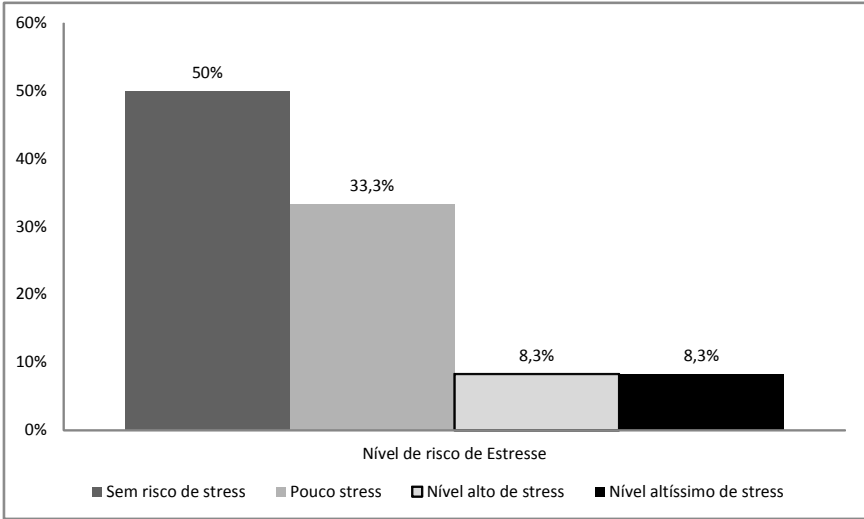


GRÁFICO 13 Distribuição dos entrevistados quanto ao nível de estresse



pelos encargos são fatores altamente prejudiciais para aquele que cuida, resultando em problemas físicos e psicológicos que atrapalham a convivência sadia entre os membros das famílias. Necessita-se que as famílias compreendam o quão é difícil lidar com essa tarefa e passe a dividi-la para o bem-estar de todos.

Faz-se necessário implementar uma nova política que venha a abranger essa população, proporcionando qualificação eficaz e atendimento médico e psicológico, entre outros, que propiciem tratamento digno e seguro de que todos os idosos e familiares necessitam e esperam receber, melhorando, assim, sua autoestima e qualidade de vida.

Uma forma, que parece viável, seria uma maior integração entre enfermeiros, médicos e outros profissionais que atuam nos programas de saúde à família, dentro de suas respectivas áreas de abrangência, com esses idosos dependentes e seus cuidadores, permitindo um sistema de referência e contra referência eficiente que atenda aos anseios da sociedade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-81 mai.-jun., 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>>. Acesso em: 08/08/2011.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2005.

ELIOPOULOS, Charlotte; THORELL, Ana; YOSHITOME, Aparecida Yoshie. **Enfermagem gerontológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Estrutura conceitual da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. 2009, v. 1, n. 3, p. 469-76. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a02.htm>>. Acesso em: 02/08/2011.

KARSCH, Ursula M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, mai.-jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15890.pdf>>. Acesso em 08/08/2011.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **O stress está dentro de você**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2000.

MAFFIOLETTI, Virgínia Lúcia Reis; LOYOLA, Cristina Maria Douat; NIGRI, Fortunée. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, out.-dez. 2006. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/630/63011429/63011429.html>>. Acesso em: 02/08/2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

NAKATANI, A. Y. K. et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1 p. 15-20, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/Revista>>. Acesso em: 08/08/2011.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MURIAÉ. Disponível em: <<http://www.muriae.mg.gov.br/conteudo/conteudo.php?id=1>>. Acesso em: 10/09/2011.

RESENDE, Márcia Colamarco Ferreira; DIAS, Elizabeth Costa. Cuidadores de idosos: um novo/velho trabalho. **Physis** [online], vol. 18, n. 4, p. 785-800, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400010>. Acesso em: 02/08/2011.

ZEM-MASCARENHAS, S. H.; BARROS, A. C. T. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a06.htm>>. Acesso em: 01/08/2011.