



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

BRAGA

O cuidador do idoso no contexto familiar

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em
Gerontologia Social Aplicada

Luci Lemos Barbosa Borges

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

JANEIRO 2019



CATOLICA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

O cuidador do idoso no contexto familiar

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em
Gerontologia Social Aplicada

Luci Lemos Barbosa Borges

Sob a orientação da

Prof. Doutora Filomena Ermida da Ponte

Dedico este trabalho a minha mãe Leonisa Lemos Paraguassu Barbosa (*in memoriam*), modelo vivencial da fé, que me ensinou a valorizar a família e os idosos. Ao lembrá-la, percebo que a trilha que me conduziu ao tema dessa dissertação tem raízes antigas e profundas.

AGRADECIMENTOS

Sou muito grata a Deus, presente no meu dia a dia, revelando a beleza de andar em Sua companhia para ter ânimo diante das dificuldades.

Agradeço à Maria, a mãe de Deus, que me ampara nas horas de administrar esse turbilhão de sentimentos, dúvidas e alegrias que a vida traz.

Mas é bom lembrar também das pessoas que contribuíram na elaboração deste trabalho compartilhando suas vivências pessoais e me estimulando a crescer.

No Curso de Gerontologia, preciso destacar pessoas que me acolheram. À minha orientadora, Dra. Filomena Ermida da Ponte que, com rigor, incentivo e carinho orientou-me neste trabalho. Ao Professor Dr. Eduardo Duque, pelo acolhimento e pelas suas aulas que serão para mim um aprendizado constante. Obrigada pela atenção com que me atenderam.

À professora Dra. Iolanda B. dos Santos Brandão, da Faculdade Laboro, pela dedicação no acompanhamento desta pesquisa como professora e amiga. Muito agradecida por compartilhar seu conhecimento.

Agradeço a minha amiga Elza, pela disponibilidade em acompanhar-me nas entrevistas, pelas valiosas sugestões, pelo apoio operacional na digitação e pela leitura crítica. Agradeço não apenas por tudo isto, mas também pelo carinho que teve comigo durante todo o Curso.

Agradeço à Zilda, modelo de cunhada e amiga, pelo incentivo a seguir adiante em todas as etapas do curso, pelo suporte afetivo tanto nos momentos de dificuldades quanto nos momentos de alegrias e conquistas.

Do fundo do meu coração, Muito Obrigada!!!!!!

Família é um grupo de pessoas, cheias de defeitos, que Deus reúne para que convivam com as diferenças e desenvolvam a tolerância, a benevolência, a caridade, o perdão, o respeito, a gratidão, a paciência, direitos e deveres, limites, enfim, que aprendam a amar fazendo ao outro o que quer que o outro lhe faça, sem exigir dele a perfeição que ainda não temos. Nós não nascemos onde merecemos, mas onde necessitamos evoluir.

(Papa Francisco)

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DA – Doença de Alzheimer

EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

ILPI – Instituto de Longa Permanência do Idoso

PID – Programa de Internação domiciliar

PNI – Política Nacional do Idoso

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

DF – Distrito Federal

BGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RESUMO

O número de idosos cuidadores está crescendo e a responsabilidade de cuidar de um idoso dependente normalmente recai sobre um familiar também idoso; a esposa é a primeira alternativa para ser a cuidadora do marido, seguida pela filha, escolhas que confirmam o rótulo de cuidadora que a sociedade concede às mulheres. O objetivo geral deste estudo foi investigar as dificuldades do idoso no exercício do papel de cuidador de outro idoso no contexto familiar. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratória, com análise descritiva dos dados. Os participantes da investigação (n=6) são cuidadores familiares idosos residentes em Brasília que aceitaram ser entrevistados. Para a coleta de dados, utilizou-se entrevista semiestruturada realizada no domicílio dos idosos cuidados ou em outro local escolhido pelo cuidador. As informações obtidas dos cuidadores foram gravadas e, após, transcritas, para serem interpretadas por meio de Análise de Conteúdo. Dentre os resultados, verificou-se que os idosos cuidadores entrevistados estavam na faixa etária entre 61 e 78 anos de idade, eram na grande maioria do gênero feminino: 5 mulheres e 1 homem. Quanto ao grau de parentesco entre idoso cuidador e idoso cuidado entrevistou-se 1 marido, 2 esposas e 3 filhas. O tempo de cuidado ao idoso dependente variou de 2 a 5 anos. As principais queixas de doenças dos idosos cuidadores foram: depressão, estresse e insônia. Concluiu-se que as dificuldades enfrentadas pelos idosos cuidadores estão na necessidade de ajuda de uma pessoa treinada, na falta de informações sobre a doença do idoso dependente, na ausência de outros familiares para dividir as responsabilidades com o cuidado e ter um tempo para o lazer, sentir o reconhecimento de seu trabalho de cuidador pelas outras pessoas da família, ou seja, receber mais apoio, tanto formal (instituições) quanto informal (família, amigos, vizinhos).

Palavras-chave: Idoso; Cuidador familiar; Saúde do idoso; Qualidade de vida.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Faixa etária dos cuidadores.....	42
Gráfico 2	Grau de parentesco entre idosos e cuidadores.....	42
Gráfico 3	Grau de escolaridade dos cuidadores.....	43
Gráfico 4	Tempo de cuidado ao idoso dependente.....	44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Dificuldades psicofisiológicas do cuidador.....	51
Figura 2	Apoio informal aos cuidadores.....	54
Figura 3	Apoio formal aos cuidadores.....	60

INTRODUÇÃO.....	9
 CAPÍTULO I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
1. Processo de envelhecimento.....	11
1.1. Saúde do idoso.....	13
1.2. O idoso no contexto brasileiro.....	16
2. Perfil dos cuidadores familiares dos idosos.....	18
2.1. O cuidador do idoso portador de doença crônica.....	24
2.2. Apoio social formal e informal.....	27
2.3. Cuidador de idoso com Doença de Alzheimer.....	29
3. Sobrecarga, saúde e autocuidado do cuidador idoso.....	34
 CAPÍTULO II- ENQUADRAMENTO DO ESTUDO	
1. Motivação.....	37
2. Objetivos do Estudo.....	37
 CAPITULO III- MÉTODO	
1. Amostra.....	38
2. Instrumento.....	38
3. Procedimentos.....	39
4. Análise dos dados.....	40
 CAPÍTULO IV-ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
DELINEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO.....	41
1. Perfil dos cuidadores de idosos entrevistados.....	41
2. Dificuldades do cuidador de idoso portador de doença crônica.....	46
3. Apoio informal ao cuidador idoso.....	52
4. Apoio formal ao cuidador idoso.....	55
5. Sobrecarga, saúde e falta de preparo do cuidador idoso.....	61
 CONCLUSÃO.....	 65
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 67
 APÊNDICE A.....	 72
 ANEXO A -	 73

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fato real que deve ser entendido como uma grande conquista da humanidade e não como um problema. É um fenômeno recente que vem ocorrendo em ritmos diferentes, por isso as famílias e a sociedade ainda estão se adaptando a esse novo desafio.

A velhice não é uma doença. Grande parte das pessoas de idade avançada tem boa saúde, o que lhes permite viver de forma autônoma e felizes. Mas o processo do envelhecer acarreta perdas funcionais, emergindo alterações vitais. As pessoas convivem com a presença de possíveis complicações, perdendo a independência funcional e evoluindo para a necessidade de cuidados de longa duração. Estudos desenvolvidos na cidade de São Paulo sobre saúde e envelhecimento revelam percentagens elevadas em doenças crônicas. Fratezi, Gutierrez & Falcão (2010), nas suas pesquisas concluíram que 76% dos idosos participantes da pesquisa tinham pelo menos uma doença crônica e 58% apresentavam mais de uma enfermidade concomitantemente. Todas essas alterações físicas, emocionais e psicossociais podem comprometer, em diferentes graus, a percepção de bem-estar e qualidade de vida dos idosos e aumentam a possibilidade de um familiar idoso, de forma inesperada, tornar-se um cuidador, denominado cuidador informal, sem remuneração, sem folga, sem férias (Abdala, Kimura, Duarte, Lebrão & Santos, 2015).

Tradicionalmente, os cuidados com os familiares doentes migravam para os hospitais, não ficavam por conta só das famílias, dentro das residências. Hoje, a situação inverteu-se: as instituições repassam para a família a responsabilidade de cuidar da pessoa idosa. Devido à sobrecarga do sistema de saúde, tenta-se diminuir a permanência do idoso nas unidades de saúde e transfere-se muitos cuidados, antes hospitalares, para o cuidador familiar que será responsável pela assistência no domicílio (Floriani & Schramm, 2016).

O ato de cuidar pode ser executado por um familiar, por profissionais ou por instituições de saúde. No entanto, faz parte da cultura brasileira a permanência do idoso em sua casa. Se a responsabilidade vem sendo da família, o idoso enfermo terá essa expectativa e os familiares não o questionarão. A convenção sociocultural preconiza que cabe ao cônjuge zelar pelo cuidado do parceiro como uma questão de solidariedade, respeito e responsabilidade (Pereira & Dias, 2007).

Nas famílias menos abastadas, o cuidador do idoso quase sempre mora na mesma casa: a esposa ou uma filha; já nas famílias com situação financeira melhor, pode haver a presença de um cuidador formal. Existem as Instituições de Longa Permanência para Idosos, porém estão sempre superlotadas, em situação de abandono, com falta de recursos materiais e humanos, em precariedade causada pelo descaso do setor público e pelo preconceito relacionado com a condição de “velhice”.

Segundo o art. 3º do Estatuto do Idoso (Brasil, 2011), é obrigação da família acolher o idoso com paciência, amor e carinho, fazendo com que se sinta útil e amado. Porém, cuidar do idoso no âmbito familiar constitui um desafio para o outro cônjuge, visto que esse também, provavelmente, será idoso e o processo de envelhecimento traz as fragilidades próprias da idade.

O envelhecimento, principalmente se acompanhado por doenças crônicas e limitações físicas, cognitivas e sociais, impõe às suas famílias questões nunca antes experimentadas. Há ainda um despreparo nas áreas de saúde, sociais, econômicas, entre outras, para lidar com esta mudança etária, fazendo com que o aumento da longevidade seja percebido como um problema.

A diminuição ou o impedimento da capacidade de cuidar de si e a exigência de uma reestruturação da família para lidar com o cuidado traz inseguranças ao cuidador e à família. É para conhecer essa dinâmica das relações familiares onde um idoso cuida de outro idoso e doente, que iremos investigar a figura do cuidador familiar através de entrevistas com seis cuidadores de outros idosos.

Quando se discute o processo do cuidador do idoso, muitas interrogações ainda necessitam de respostas, tornando indispensável leituras e pesquisas que deem conta de toda a complexidade que este tema apresenta. Isto por si só torna essa pesquisa relevante na medida em que será mais uma fonte de investigação sobre o lidar no cotidiano do idoso. Apresenta uma relevância social e educacional. A pesquisa trará uma resposta para o problema: Quais as dificuldades encontradas pelo idoso cuidador nos cuidados dispensados a outro idoso?

Ao investigar o processo do cuidar do idoso, pretende-se chamar a atenção para a pessoa do cuidador e para a real necessidade de uma capacitação, tanto no aspecto físico da doença do idoso, como uma preparação psicológica para ser cuidador familiar. O intuito é apresentar subsídios para se pensar na formação e no apoio emocional dos cuidadores, abrindo espaço para futuras ações no campo das políticas públicas de saúde.

CAPÍTULO I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Processo de envelhecimento

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu que idoso é o indivíduo com 60 (sessenta) anos ou mais em países em desenvolvimento como o Brasil e 65 anos ou mais em países desenvolvidos. No entanto, não é possível compreender a velhice considerando apenas o número de anos que a pessoa viveu. Além da idade cronológica, considera-se também a idade biológica, de difícil definição, pois não existe um marcador biológico claro que defina o envelhecimento. Existem alguns testes que podem medir a idade funcional como o teste de equilíbrio (Fontaine, 2010).

Considera-se também a idade psicológica que se refere à capacidade de percepção, aprendizagem e memória; e a idade social, referente ao desempenho de papéis socialmente determinados para cada idade cronológica (Fontaine, 2010).

A noção de envelhecimento vem se transformando com o passar dos anos de acordo com cada cultura. Há uma diferença no significado dos termos “velho” e “idoso”. Velho representa os declínios gerados pelo envelhecer e é próprio das classes sociais menos favorecidas, já o termo idoso é mais respeitoso, associado a classes de maior prestígio. A concepção de “terceira idade” relaciona-se com a produtividade, referindo-se à aposentadoria, portanto, à inatividade. Com o aumento da longevidade, surgiu a “quarta idade” relacionada a doenças e decadência física e mental. Na “quarta idade” há alta prevalência de demências, está mais conectada a aspectos evolutivos do que à idade cronológica, embora seja próxima dos 80 anos (Rozendo & Justo, 2011).

Bosi (2003) assim ilustra essas alterações:

O velho sente-se um indivíduo diminuído, que luta para continuar sendo um homem. O coeficiente de adversidade das coisas cresce: as escadas ficam mais duras de subir, as distâncias mais longas a percorrer, as ruas mais perigosas de atravessar, os pacotes mais pesados de carregar. O mundo fica eriçado de ameaças, de ciladas. Uma falha, uma pequena distração é severamente castigada (Bosi, 2003, p. 79).

Envelhecimento e velhice são termos distintos: envelhecimento é o processo inerente ao ser humano, não é um momento da vida, começa no nascimento, evolui, é um ato contínuo; velhice é o estado de ser velho, estado da pessoa com idade avançada que sofreu o processo de

envelhecer. É universal, independe da vontade, é irreversível apesar do avanço da medicina (Pessoa, 2008).

Para que sejam desenvolvidas ações de intervenção com idosos, é necessário entender como eles vivem a velhice e o que ela representa para cada um deles, como percebem seu estado de saúde, quais suas dificuldades. A velhice também é percebida de modo diferente por cada idoso. Suas características diferem ao longo dos anos sem estarem ligadas à idade cronológica. A velhice, portanto, é um fenômeno dinâmico. É preciso entender o processo de envelhecimento, não como um avanço da idade cronológica, pois, neste processo, estão envolvidos os fatores biológicos, sociais, culturais e históricos (Beauvoir, 1990).

Não se pode estudar envelhecimento somente pelo viés biológico ou só pelo viés econômico ou só pelo sociocultural, pois envelhecer é um processo complexo que envolve muitos fatores, podendo seu reducionismo ocasionar equívocos no seu entendimento (Beauvoir, 1990).

Também é importante considerar o gênero ao estudar o envelhecimento. Há uma tendência de considerar as variações no processo do envelhecer pautadas nas identidades feminina e masculina (Beauvoir, 1990). A longevidade é maior na população feminina, fenômeno conhecido como “feminização”. Além dos fatores biológicos, as diferenças de gênero expressas no comportamento interferem na mortalidade (Camarano, 2004).

O desenvolvimento humano se dá ao longo da vida, da qual nenhum estágio é superior ao outro. O envelhecimento é um processo heterogêneo composto de ganhos e perdas – por exemplo, perdas físicas e de papéis sociais e ganhos de experiências e sabedoria. O idoso mantém a capacidade de adaptação e pode superar as perdas próprias da idade por meio dos conhecimentos adquiridos ao longo da vida (Neri, 2009).

Para que os idosos superem as perdas biológicas, são necessárias políticas públicas e serviços de saúde adequados. Há necessidade, também, de políticas de educação, pois a baixa escolaridade dificulta a aquisição de novos conhecimentos, o que pode prejudicar o desenvolvimento e a longevidade com qualidade de vida dessa população.

A preocupação científica com o idoso e com o processo de envelhecimento humano é recente. Iniciou em 1909 com a criação da especialidade chamada Geriatria, que estuda as questões orgânicas relativas à área médica. Nessa época, o envelhecimento era entendido como um processo de degeneração celular. Segundo Neri (2009), o envelhecimento era pouco

estudado porque se entendia que o indivíduo nasce, cresce, encontra a estabilidade na vida adulta e declina na velhice, obedecendo a um modelo biomédico. A disciplina científica que estuda os idosos, suas características e o processo do envelhecimento nos aspectos biopsicossociais é a Gerontologia, que aborda aspectos não orgânicos.

Beauvoir (1990) descreve como a velhice é conectada com o declínio biológico desde Hipócrates que comparou a velhice ao inverno da vida, ideia que perdurou por muito tempo. Como os estudos sobre envelhecimento aumentaram, os preconceitos com os idosos diminuíram, mesmo assim a sociedade tem medo de envelhecer e ainda há muitos tabus sobre a terceira idade ao associá-la à morte. É comum encontrar estereótipos bastante negativos relativos à velhice: dependência, fragilidade, demência, que tendem a isolar o idoso, embora existam estereótipos positivos: sabedoria, experiência, integridade e sensibilidade.

É importante distinguir envelhecimento primário ou senescência de envelhecimento secundário ou senilidade. O primeiro refere-se às mudanças próprias do envelhecer: alterações de memória, perdas sensorio-perceptivas (audição, visão, percepção e tempo de reação), redução da vitalidade (reduz a capacidade pulmonar, a força muscular e o metabolismo), maior vulnerabilidade e aparecimento de doenças, mudanças na aparência, o que implica um problema social: o medo de parecer velho (Baltes & Smith, 2006). Esse último fator é muito lembrado pela indústria cosmética, que incentiva a busca pelo retardamento dos sinais físicos do envelhecimento, já que atualmente a sociedade ocidental cultua a aparência jovem e bela.

O envelhecimento secundário é a união das transformações do envelhecimento primário aos hábitos saudáveis, ao otimismo, ao apoio social e à condição financeira. Assim, percebe-se que o aumento de doenças na velhice também é consequência de maus hábitos adquiridos ao longo da vida, por exemplo, tabagismo, consumo de álcool, ausência de atividade física, entre outros, caracterizando o envelhecimento como patológico (Baltes & Smith, 2006).

1.1. Saúde do idoso

É normal um declínio cognitivo a partir da meia-idade, no entanto, é mais comum que ocorra após os 70 anos. A memória também é afetada, diminui a capacidade de reter informações recentes (memória episódica). Porém, o sistema nervoso central tem a capacidade de se reorganizar de acordo com as mudanças que possam ocorrer no processo de envelhecimento, mantendo, assim, a sua funcionalidade (Baltes & Smith, 2006).

Quanto ao envelhecimento patológico, a fragilidade do idoso está relacionada à idade, à má condição de saúde e à vulnerabilidade. Ela depende de vários fatores: biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais desenvolvidos ao longo do curso da vida. A fragilidade é progressiva, mas pode-se preveni-la e tratar os sintomas. Uma das dificuldades do idoso frágil é lidar com a dependência. Por isso, tenta-se preservar as capacidades funcionais do idoso para que ele continue independente (Neri, 2009).

Autonomia e independência possuem uma grande carga afetiva e avaliativa. A sociedade tende a valorizar o idoso autônomo e ter compaixão com os idosos dependentes. Os idosos citados na Bíblia Sagrada eram bastante valorizados, tanto que à família à qual pertencia o idoso, era considerada rica de sabedoria. Em Dt 32,7, o Cântico de Moisés mostra a seu povo o discernimento dos anciãos: “Interroga teu pai e ele te contará; teus anciãos e eles te dirão”. Hoje, ao contrário, para a sociedade atual o ideal seria se o homem pudesse ser eternamente jovem, mostrando que a arte de envelhecer não é valorizada nem significa compreensão e conhecimento como era em tempos passados.

Quando o idoso possui uma incapacidade física, o ambiente físico e social deve estimulá-lo. Se a perda da autonomia é vista como um evento negativo e estressante, o desejo de manter-se produtivo continua ao longo do envelhecimento. A percepção do idoso de que ele ainda pode ser útil para a sociedade, os amigos e a família está associada ao melhor funcionamento físico e maior longevidade (Neri, 2009).

É preciso diferenciar independência de autonomia. A primeira refere-se à capacidade que a pessoa tem de ser ativa sem precisar de ajuda, tem relação direta com a habilidade física; a segunda é a capacidade de tomar decisões sobre sua vida, tem relação direta com a capacidade mental. Assim, é possível que o idoso tenha autonomia sem ser independente e vice-versa, por exemplo, pode estar em uma cadeira de rodas (dependente), mas ter sua autonomia preservada (decide sobre sua vida) (Thomas, 2011).

Existe uma conexão entre sociabilidade e saúde. As relações sociais são benéficas para todos, especialmente os idosos. Aqueles que se envolvem em atividades sociais têm mais motivação para cuidar da própria saúde, mas a participação social difere com relação ao gênero. O engajamento social das mulheres idosas é um fator protetor de limitações físicas e cognitivas; em compensação, as limitações da saúde nos homens podem ser prejudiciais para que se disponham a ter compromissos sociais (Thomas, 2011). As mulheres participam mais de atividades ocupacionais e os homens, de atividades físicas. Essa sociabilidade também tem

relação com a escolaridade, com a situação financeira, com o estado de saúde. No entanto, ser ativo, para o idoso, não significa ter o ritmo de vida de quando era jovem, pois as limitações e as diferenças individuais existem e precisam ser respeitadas (Beauvoir, 1990).

Porém, mesmo com doenças e fragilidades, é possível que os idosos se sintam felizes e confortáveis com a vida que levam. O grande desafio das políticas públicas e da sociedade atual é dar condições para uma velhice saudável. Essas ações reduziriam os custos no serviço de saúde e eles deixariam de ser tratados como onerosos à sociedade. Para isso, não se deve focar só no idoso, mas também nas famílias e nos profissionais da saúde (Ribeiro, Neri, Cupertino & Yassuda, 2009).

O envelhecimento saudável é construído ao longo da vida de cada pessoa. Os homens relacionam envelhecer com saúde à estabilidade financeira, as mulheres priorizam as relações sociais. Quanto à idade, idosos mais jovens associam envelhecimento saudável à alimentação equilibrada, atividades físicas e estabilidade financeira. Então, a percepção de envelhecimento saudável varia de acordo com o gênero e a idade, além das diferenças individuais (Ribeiro, Neri, Cupertino & Yassuda, 2009).

Muitos idosos acreditam que apenas os medicamentos irão solucionar seus problemas de saúde e os utilizam como “apoio químico” para controlá-los, ou seja, não buscam ou não encontram estímulos para lidar com as dificuldades que aparecem. Uma razão para esse problema é a discriminação contra a pessoa idosa, levando-a à segregação. Também ocorre por parte do idoso uma rejeição ao próprio corpo envelhecido, fazendo com que busquem fármacos, ditos milagrosos, para evitar as marcas físicas do envelhecimento (Ribeiro, Neri, Cupertino & Yassuda, 2009).

Profissionais da saúde são procurados para retardar as transformações físicas na busca de um envelhecimento saudável. Neste sentido, o psicólogo pode auxiliar desenvolvendo ações para que o idoso aprenda a lidar com a sua condição, a evitar o envelhecimento patológico e incentivar sua participação na comunidade. No entanto, nenhuma dessas metas será atingida se não houver auxílio de equipe multidisciplinar, de vários outros profissionais, pois o objetivo é promover a saúde global do idoso (Ottoni, 2011).

Saúde é um projeto pessoal que requer cuidados preventivos do corpo e no comportamento, pois não é a ausência de qualquer doença, mas é o idoso ter habilidade para lidar com as perdas e manter a autonomia. O envelhecimento bem-sucedido apresenta-se de forma heterogênea, pois cada idoso tem necessidades diferentes.

1.2. O idoso no contexto brasileiro

Entre 1950 e 2000, a expectativa de vida, no mundo, aumentou dezenove vezes e o número de pessoas com cem anos ou mais deverá aumentar quinze vezes até o ano de 2050. Vive-se hoje a “revolução da longevidade” com impactos no indivíduo, na sociedade e nas relações sociais (Barros, 2013).

No Brasil, a taxa de fecundidade passou de 6,2 filhos por família nos anos 1960 para 1,77 em 2013, mostrando um cenário com mais idosos e menos crianças (FIOCRUZ, 2014). O país que sempre valorizou a juventude também enfrenta o desafio de ver a população envelhecendo. Segundo o IBGE (2015), o brasileiro está nascendo com expectativa de viver 75,2 anos. Separando por sexo, as mulheres poderão viver uma média de 78,8 anos; e os homens, 71,6 anos.

Devido a essa transformação, o país tem se deparado, em pouco tempo, com o aumento de enfermidades crônicas que exigem cuidados e tratamentos complexos e constantes. Grande parte das doenças crônicas pode ser evitada, pois as principais causas são ambientais e comportamentais, não genéticas. O tratamento pode ser dificultado porque muitas pessoas desconhecem que são portadoras dessas doenças, e também os familiares, dificultando as ações preventivas e o cuidado no início da doença.

Nas próximas décadas, é prevista uma população com maior número de idosos mais velhos, com maior dependência, mais internações hospitalares, famílias com menos disponibilidade para o cuidado e poucas demandas sociais e de saúde por não crescerem na mesma proporção.

A atenção ao idoso, no Brasil, é organizada em três níveis de atenção conforme determina a OMS: no nível *primário*, as condições de saúde do idoso são monitoradas e trabalha-se com a prevenção das doenças através de vacinação e programas de hábitos saudáveis. Essa assistência primária é prestada nos Postos de Saúde. Os profissionais se organizam para prestar assistência domiciliar, geralmente pertencentes ao Programa Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e clínicos gerais. Para os idosos mais graves que têm a mobilidade comprometida, há programas de internação domiciliar. A responsabilidade pelo gerenciamento dos Postos de Saúde pertence aos municípios, ou seja, às Prefeituras Municipais (Brasil, 2016).

Se o idoso precisar de atendimento especializado, é encaminhado para a atenção *secundária* para consultas ambulatoriais nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), hospital-dia, serviço domiciliar e reabilitação. A assistência prestada é de média complexidade. Conta com leitos de observação e médicos especialistas na área de Pediatria, Ginecologia, Cardiologia, Oftalmologia, Endocrinologia, Ortopedia, Psiquiatria, Enfermagem e Odontologia. Fazem parte dessa assistência os serviços de urgência e emergência a cargo também do Serviço de Atendimento Móvel à Urgência (SAMU). Quando o estado clínico estabilizar, o paciente retorna para o acompanhamento na atenção primária (Brasil, 2016).

A atenção *terciária* possui hospitais de grande porte, recursos físicos, humanos e tecnológicos mais específicos, atende os pacientes cuja condição de saúde exige tratamento de alto custo, cirurgia eletiva e reabilitação mais complexa para cuidar de vidas em risco como ao receber a quimioterapia e/ou a radioterapia. Os três níveis precisam estar integrados para uma boa atuação, o que depende essencialmente de uma boa gestão (Brasil, 2016).

Essa descentralização promove um melhor atendimento à população idosa, pois cada unidade presta determinada assistência, há uma troca de informações controlada por um banco de dados ou protocolos com registros eletrônicos das informações médicas dos três níveis. Em locais onde não há serviços de saúde públicos, a União contrata serviços de hospitais particulares.

Existe também assistência aos idosos quanto à assistência farmacêutica. A medicação para hipertensão e diabetes são distribuídas gratuitamente tal como os medicamentos de alto custo para tratamento de doenças específicas. São disponibilizadas vacinas para atender à população idosa prioritariamente (Brasil, 2016).

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de Saúde dos Homens, atende eixos temáticos também voltados para idosos: Acesso e Acolhimento, Doenças prevalentes na população masculina e Prevenção de violências e acidentes.

As políticas públicas em saúde mental não trazem intervenções específicas para o idoso. O problema é associado à falta de atenção às queixas dos idosos e à pouca divulgação dos serviços de saúde mental. Um dos problemas relacionados à saúde mental é o suicídio que pode estar vinculado à depressão, problemas financeiros e dificuldades na aceitação da velhice. Analisando todos esses aspectos, vê-se que a sociedade e os Estado não estão suficientemente preparados para cuidar dos idosos mais velhos. Ainda assim, percebe-se que houve melhorias para a população que está envelhecendo.

Devido aos avanços tecnológicos da medicina, algumas doenças que antes eram letais, hoje são curadas ou têm os sintomas controlados. Assim, atualmente, as pessoas têm um prolongamento da vida convivendo com doenças. Contudo, os idosos apresentam menos incapacidades físicas se comparados a idosos do século XX na mesma faixa etária. Esses resultados derivam também de melhorias no ambiente, maior eficácia dos sistemas educacionais na área da saúde e dos sistemas de comunicação (Baltes & Smith, 2006). Considerando essas mudanças, o foco das intervenções com idosos está visando a qualidade de vida.

Porém, não se percebe a qualidade de vida de todos os idosos sob os mesmos parâmetros. Os idosos se deparam com estressores específicos, diferentes dos jovens, o que exige deles uma reorganização em suas vidas. Essas transformações, se não forem bem conduzidas, podem comprometer o bem-estar e a saúde do idoso. Assim a qualidade de vida na velhice tem significados diferentes em cada região do país e em diferentes classes socioeconômicas (Neri, 2009).

A avaliação de qualidade de vida em idosos envolve critérios objetivos (condições físicas, recursos financeiros) e subjetivas (relato da própria pessoa ou de seu cuidador). Para o idoso, autonomia e funcionalidade são importantes para a qualidade de vida, existindo, por exemplo, idosos internados que avaliam sua qualidade de vida como positiva, ou seja, mesmo doentes, estão satisfeitos. Esta complexidade que envolve o processo de envelhecimento traz consigo mudanças no modo de vida do idoso, no autocuidado, na participação na sociedade, na forma como percebe a si mesmo e no lugar que ele ocupa na família. Este último aspecto é importante, pois vem aumentando em todo o mundo a figura do cuidador familiar, que tem função importante na manutenção da saúde do idoso (Born, 2008).

2. Perfil dos cuidadores familiares de idosos

A família vem evoluindo ao longo do tempo sob influências históricas e culturais. Dentro do sistema familiar, são definidos os papéis individuais e cumprimento de tarefas. Antigamente, o drama do casal era cuidar de tantos filhos, hoje as famílias enfrentam a angústia de assistir seus idosos, já que as maiores transformações na estrutura familiar vêm da inserção da mulher, rotulada como a cuidadora, no mercado de trabalho (Ravagni, 2008). Mesmo assim, ela é a primeira escolhida para exercer o papel de cuidadora.

O Estado tenta fazer a sua parte, principalmente em relação às intervenções da tecnologia médica. Dessa maneira, a prevenção das doenças dos idosos por meio de vacinas, o livre acesso aos serviços de saúde para que haja diagnósticos precoces, o aumento da informação quanto aos bons hábitos alimentares, o incentivo à prática de atividade física, a criação de leis de proteção aos idosos, todos esses fatores contribuem para a melhoria da qualidade de vida e aumento da longevidade dos cidadãos (Barros, 2013).

No Brasil, a desigualdade social devido à má distribuição da renda é marcante: de um lado, pessoas em condições financeiras excelentes, o que influi nos cuidados com seus idosos facilitando a longevidade; de outro, uma população à beira da miséria, vivendo em condições precárias, dando lugar à velhice doente e precoce. Diante dessa realidade social, tornam-se visíveis os desafios das famílias no cuidado com os idosos que apresentam vários problemas de saúde e necessitam de adaptação a ambientes diferentes de vida (Barros, 2013).

As exigências socioeconômicas do progresso, a sobrecarga de trabalho, o estresse da falta de tempo faz com que o cuidado pessoal e para com os outros dentro de uma família seja privilégio de poucos. Ao mesmo tempo em que o envelhecimento se tornou uma conquista, trouxe desafios às famílias, principais responsáveis pelos cuidados de seus idosos (Camarano, 2004).

É relevante salientar que o cuidador familiar é a alternativa predominante de cuidados ao idoso, mas nem sempre é possível. Há um contingente de idosos que não possuem família, há os que a possuem muito pobre ou ainda todos os familiares precisam trabalhar. Diante dessa polêmica, conclui-se que, embora a família seja a melhor alternativa, nem sempre conseguirá custear os gastos dessa função, principalmente se parar de trabalhar. Muitas vezes, o idoso depende da família para comprar os medicamentos mais caros. Se a ligação afetiva não for suficientemente forte, o cuidado ao idoso será uma carga imposta (Munhoz, Ravagni & Leite, 2008).

Há também idosos que contribuem na renda familiar com os proventos da aposentadoria, muitos chegam a sustentar a família toda com essa fonte de renda. Muitos idosos são os chefes da família e têm responsabilidades com o sustento dela. No entanto, esse fato não significa que o idoso é valorizado pelos familiares (Munhoz, Ravagni & Leite, 2008). Dessa maneira, fica desmotivado e com baixa autoestima, pois não tem suas potencialidades reconhecidas.

Cada idoso enfrenta seus problemas de saúde de maneira individual conforme Ravagni (2009), pois os fatores pessoais (idade, sexo, situação financeira) e externos (ambiente)

influenciam na saúde, tornando-o capaz ou incapaz de cuidar de si mesmo. Em ruas esburacadas que provocam quedas, longas esperas no ponto de ônibus, casas precárias sem facilitadores como rampas, corrimão, barra de apoio no banheiro, elevador, podem acelerar as doenças próprias do envelhecimento, especialmente no caso de pessoas idosas com dificuldade de movimento e fragilidade visual.

Se o idoso não tem condições de melhora, pelo menos deve-se cuidar para que não piore nem sofra. É importante não fazer por ele o que ele ainda consegue dar conta com seus próprios meios, só deve ser ajudado naquilo que realmente lhe é impossível realizar sozinho (Paschoal, 2008). Por outro lado, o idoso dependente necessita de maiores cuidados e, se não for auxiliado, corre o risco de adoecer cada vez mais ou sofrer acidentes domésticos (Ravagni, 2008).

É neste cenário que surge a necessidade do cuidador familiar. Nas famílias mais pobres, há duas alternativas: internar em uma instituição o idoso que necessita de cuidados ou designar outro familiar idoso como cuidador, o qual terá, perante o núcleo familiar, a responsabilidade pelos cuidados integrais. No início, parece ser um encargo temporário, mas depois percebe-se que é para sempre e que a responsabilidade só aumenta com o tempo. Para o restante da família que trabalha, esse papel é destinado para o outro idoso que mora sob o mesmo teto, deixado em segundo plano, visto muitas vezes como uma pessoa sem utilidade, sem valor social, por não mais fazer parte da força de trabalho remunerado (Moreira & Nogueira, 2008).

Conforme Abdala, Kimura, Duarte, Lebrão & Santos (2015), na Irlanda, vários levantamentos foram realizados em 2013 e 2014 para identificar os cuidadores de outros idosos, apresentando como resultados a identificação de que a maioria eram mulheres, com idades entre 60 e 74 anos (33%) e com mais de 75 anos (39,5%).

A opção pelos cuidados nem sempre é do cuidador, mas, muitas vezes, esse é o desejo do paciente idoso, ou falta outra opção, podendo, também, ocorrer de modo inesperado para um familiar que, ao se sentir responsável, assume esse cuidado mesmo não se reconhecendo como cuidador.

A responsabilidade pelo cuidado quase sempre recai sobre uma pessoa só e a relação de proximidade com o idoso faz com que a pessoa aceite esse papel. A maior disponibilidade de tempo do familiar em comparação com os outros parentes também influencia na escolha (Budó & Resta, 2004).

O autor Born (2008) compreende situações diferentes dependendo do grau de parentesco: a esposa é a primeira alternativa para ser a cuidadora do marido, mas dificilmente ele é capaz de ser o cuidador da mulher. A atribuição de papéis e tarefas de cuidar seguem normas culturais que esperam do homem o sustento material da família e a autoridade; e, da mulher, a organização da vida familiar, o cuidado dos idosos e tudo o que se relacione à casa, inclusive essa é a realidade também presente para as mulheres que trabalham fora.

Se o filho ou filha for cuidador, há um impacto emocional ao dar-se conta de que o pai ou a mãe já não podem cuidar de si. Os filhos, de maneira geral, acostumaram a ser cuidados e dependentes dos pais por anos de suas vidas e num dado momento passam a experimentar uma inversão nessas relações, agora a situação dos pais passa a lhes exigir novas responsabilidades. Apanhados de surpresa, temem que essa responsabilidade atrapalhe seu futuro profissional. Mesmo porque os idosos carregam a expectativa de receberem atenção e cuidados dos filhos e netos no momento em que chegarem às doenças incapacitantes, medo que os persegue e preocupa. Fatores emocionais, motivação, capacidade de doação podem interferir nas tarefas de cuidar.

A literatura internacional apresenta quatro fatores presentes na escolha do cuidador idoso: parentesco (cônjuges), gênero (principalmente mulher), proximidade física (vive junto), e proximidade afetiva (conjugal ou pai e filha). Independente desses fatores, o processo de construção da identidade do cuidador dá-se a partir do enfrentamento da rotina de cuidados (Born, 2008).

É importante ressaltar que a Constituição Brasileira, no Título VIII, Capítulo VII, art. 229, estabelece: “Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”. Porém, não foi discutida a diferença entre paternidade legal e afeto, ou seja, obrigar filhos a cuidarem dos pais idosos não garante a atenção que eles necessitam. Também consta no Parágrafo 1 do artigo 230, que os “programas de amparo ao idoso serão executados preferencialmente em seus lares”.

Os desafios são inúmeros, as famílias hoje são constituídas de poucos membros, logo a responsabilidade recairá sobre a esposa idosa que, devido à idade, também apresenta saúde debilitada e vulnerabilidades físicas e/ou mentais. Se ela não assumir tal função, considerada pela sociedade um dever moral, sofrerá pressão dos demais membros da família (Budó & Resta, 2004).

Cabe salientar que o modelo de família extensa se modificou. Hoje as famílias têm um número menor de membros e a maneira de viver é mais agitada, tornando o convívio mais restrito e a atenção para com o idoso da família também, fazendo com que ele tenha sentimentos de abandono. Porém, a redução da quantidade de membros não precisa ser vista como negativa, pois hoje há recursos que podem substituir a necessidade da ajuda familiar. Em termos financeiros, por exemplo, os idosos de hoje estão mais autossuficientes. Com relação ao cuidado, as Instituições de Longa Permanência do Idoso (ILPI) estão se transformando em alternativa de vida, não mais como uma alternativa a ser evitada (Budó & Resta, 2004).

Na ausência da esposa, a probabilidade é que o responsável seja a filha mais velha, o que pode trazer como recompensa a aproximação entre pais e filhos e um sentimento de retribuição pelos cuidados que os pais lhe destinaram ao longo da vida e repetindo o padrão cultural de que cuidar é atribuição de mulher, afinal é quem cuida dos filhos, da casa, do marido, dos netos. Além disso, a expectativa de vida da mulher é mais extensa que a do homem (Camarano, 2004).

Porém, estas não são as únicas razões que levam a mulher a cuidar do idoso da família. Pode ser por manter o bem-estar do idoso com quem se identifica, pela gratidão que recebe dele, por sentimento de culpa do passado, para evitar a censura dos amigos. A qualidade e o tipo de ajuda são influenciados pelo peso de um ou outro motivo (Born, 2008).

O quantitativo de homens e mulheres entre os idosos favorece as mulheres e é denominado feminização da velhice, fenômeno em que a presença delas na população idosa é superior à dos homens. A longevidade das mulheres se deve ao maior cuidado que elas têm com a saúde, principalmente nas metrópoles, em virtude da melhor qualidade de serviços nessa área (Camarano, 2004).

Os filhos homens, quando podem, ajudam no sentido material, participam externamente dos cuidados, auxiliam nos interesses econômicos dos pais e ajudam a movimentar o idoso de um ambiente para outro (Gvozd & Dellaroza, 2012).

Os autores Budó e Resta (2004) identificam dois tipos de cuidadores familiares de idosos: 1) os *dedicados*, exercem seu papel com amor e se colocam no lugar do idoso cuidado, não se queixam do trabalho, têm paciência; 2) os *obrigados* exercem esse papel porque não tem mais ninguém que possa exercê-lo. São da família, mas não há afeto. Queixam-se do trabalho, não têm interesse em aprender a cuidar e sempre conseguem desculpas por não ter realizado bem todas as ações do cuidado. Para Robbe (2008), as pessoas muito dedicadas se tornam escravas, esforçam-se e trabalham além dos limites aceitáveis.

Entre as tarefas habituais do cuidador familiar, segundo Born (2008), estão: cozinhar, lavar, acompanhar o idoso aos passeios, assistir o idoso na sua movimentação em casa, ajudar na higiene e cuidados pessoais, administrar o dinheiro e os medicamentos, tranquilizar o idoso nos momentos de crise, ajudá-lo na comunicação com os outros quando ele apresenta dificuldades, alcançar um copo d'água, acomodá-lo em frente à TV, ou seja, a vida do cuidador é só cuidar do idoso 24 horas por dia, ele mesmo não tem vida própria.

A quebra dos laços de solidariedade reduz a possibilidade de mais membros da família cuidarem, coletivamente, de um idoso dependente; e a matriarca idosa, então, enfrenta sozinha as várias dificuldades desse encargo. O fato da esposa idosa ter uma história comum com o idoso cuidado aumenta seu desgaste e sua dúvida se está agindo corretamente (Born, 2008).

Para Gonçalves, Leite, Hildebrandt, Bisogno, Biasuz & Falcade (2013), a qualidade de vida do idoso e de seu cuidador estão entrelaçadas e desenvolvem-se juntas, pois o cuidar de idosos expõe o cuidador a doenças. À medida em que o cuidador é idoso também vai adquirindo incapacidades, apresenta cada vez mais dificuldades para cuidar de si mesmo e do outro, o que aumenta a vulnerabilidade de ambos. Por isso, casais idosos devem ser avaliados clinicamente como uma unidade.

O trabalho que o cuidador idoso pode dispensar ao familiar que dele depende pode não ser o mais adequado, mas estará envolvido por laços de afetividade, cumplicidade e compartilhamento das histórias vividas por cada família (Gratão, Talmelli, Figueiredo, Rosset, Freitas & Rodrigues, 2013). Porém, para o idoso cuidador, a sobrecarga de trabalho é excessiva, muitas vezes sem orientação ou suporte de profissionais especializados. É importante lembrar que nem sempre o cuidador pode ter o livre arbítrio de aceitar ou não.

As dificuldades enfrentadas pelo idoso que cuida de outro idoso, no contexto domiciliar, são inúmeras: perda do companheiro, perda da privacidade, ônus físico, psíquico e financeiro, desinformação sobre a doença, ausência de suporte emocional, conflitos familiares, não divisão das tarefas e sobrecarga de papéis. É comum ocorrer exclusão social, isolamento afetivo, depressão, transtornos do sono, agravados pelo fato de cuidador e paciente morarem na mesma casa (Fratezi, Gutierrez & Falcão, 2010).

O idoso que precisa de ajuda para as tarefas pessoais, muitas vezes resiste e até agride a cuidadora, não obstante o avanço da doença fazer com que ele se apegue cada vez mais à esposa cuidadora solicitando sua presença e atenção a todo o momento.

Estudo realizado por Neri (2009) descreveu características que dificultam a prestação de cuidados de um idoso a outro idoso: ônus físico, falta de preparo e de informação, competição entre papéis profissionais e familiares, a solidão e os conflitos dentro da família. Os conflitos podem ocorrer por diversos motivos, desde a ausência dos demais familiares frente aos cuidados com o idoso até a falta de consideração e reconhecimento do esforço do cuidador durante 24 (vinte e quatro) horas diárias.

A ocupação do cuidador de idosos recebeu o Código 5162-10 na Classificação Brasileira de Ocupações da (CBO), ao definir o cuidador como alguém que cuida a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene e lazer da pessoa cuidada (MTECBO, 2017).

2.1. O cuidador de idoso portador de doença crônica

Apesar de não serem próprias da velhice, com o envelhecimento aumenta a ocorrência das doenças crônicas, isto é, incuráveis, reconhecidas pela evolução lenta e previsível, de causas múltiplas, curso longo (mais de três meses), geralmente definitivas. Além das mortes, as doenças crônicas podem levar ao aumento de número de anos de vida perdidos devido às incapacidades (Gonçalves, Nassar, Daussy, Santos & Alvarez, 2011).

As enfermidades crônicas que acometem os idosos podem ser distintas de três formas, conforme Fratezi, Gutierrez & Falcão (2010):

- Forma *progressiva* – A principal característica é a ausência de períodos sem sintomas, eles progridem sem que nada possa ser feito para impedi-los. Os sintomas são progressivos e graves, causando sofrimento, tensão e desgaste crescente na família, especialmente no cuidador. Ex.: Alzheimer, Parkinson, câncer.
- Forma *constante* - Apresentam um evento grave inicial e se estabilizam. Exigem uma adaptação da família, pois há uma transformação semipermanente que permanecerá estável e previsível por um tempo. Ex.: acidente vascular encefálico, trauma resultante de amputação, paralisia devido à lesão na coluna vertebral.
- Forma *episódica* – A família e o cuidador familiar se adaptam de maneira diferenciada, vivem sob constante tensão e estresse devido à incerteza de quando irá surgir a próxima crise devido ao agravamento da doença. Ex.: câncer em remissão, estágio inicial de esclerose múltipla, doenças mentais.

A doença crônica do idoso, por exigir cuidados especiais, provoca na família frustrações, pendências legais e financeiras e, conseqüentemente, modifica os laços familiares. Se essas enfermidades não forem tratadas adequadamente, o idoso torna-se dependente e incapaz, aumentando o risco de morte. O cuidador, também com doenças próprias da velhice, passa a enfrentar desafios diante das expectativas sobre o futuro do idoso enfermo. Em virtude da cumplicidade e convivência de ambos, surgirá uma relação solidária e responsável, capaz de oferecer ao idoso doente segurança, afeto e qualidade de vida (Camargo, 2010).

O idoso cuidador, em decorrência da sobrecarga emocional e física, passará a conviver com inseguranças e dilemas éticos, individuais e culturais, desencadeando outra situação crônica capaz de abalar toda a família diante do processo de morrer e da morte do membro idoso. Quando há uma doença crônica, é importante que o cuidador conheça a patologia e suas complicações, além de incentivar os outros membros da família a desenvolverem habilidades para o cuidado a fim de melhor assistir o idoso. Todos precisam conhecer a enfermidade e aceitá-la, pois passarão a conviver com ela (Camargo, 2010).

A religiosidade das famílias tem significado importante no processo do cuidar. A espiritualidade proporciona a fé e a esperança que possibilitam aceitar a realidade e oferecem respostas àquilo que o homem não consegue explicar (Vizzachi, Daspett, Cruz & Horta, 2015).

À medida que a doença vai se agravando, as dificuldades vão se tornando maiores e dificultando as breves ausências do cuidador, tão necessárias para sua interação com amigos e vizinhos. A dinâmica dessa família sofre uma mudança, pois o local dos passeios é o serviço de saúde, as compras mais urgentes serão medicamentos, haverá muitas reinternações hospitalares ao longo do processo e a vida pessoal do cuidador é prejudicada (Born, 2008). Por vezes, a incapacidade de lidar com uma situação nova acaba afetando as relações entre irmãos, entre pais e filhos ou até entre cônjuges.

Vizzachi, Daspett, Cruz & Horta (2015) detectaram que a maioria dos cuidadores familiares não possui vínculo empregatício porque o cuidado ao idoso, na residência, ocupa toda sua agenda diária. Essa situação pode trazer depressão, medo, frustração e, conseqüentemente, o uso de psicotrópicos.

Na pesquisa de Perracini & Neri (2002) com cuidadores de idosos de alta dependência sobre as tarefas de cuidado, atividades semelhantes foram classificadas como fáceis e difíceis por diferentes cuidadoras. Para essas cuidadoras, o que elas mais necessitam é de ajuda de uma pessoa treinada e ter alguém da família com quem dividir as responsabilidades para ter um

pouco de lazer. Essas dificuldades interferem no senso de competência, de dever e de doação. A estrutura psicológica das cuidadoras passa pelo tipo de cuidado, pela natureza esporádica ou contínua das tarefas, demandas e apoios recebidos.

O estudo de satisfação de uma cuidadora familiar idosa, conforme Perracine & Neri (2002), depende de sua saúde, da rede de apoio formal, do reconhecimento, das informações sobre cuidar, da capacidade de suportar aborrecimentos e manifestações do idoso cuidado (mau humor, alucinações, insônia).

As idosas cuidadoras também podem apresentar depressão, principalmente se precisam envolver-se nas demais tarefas da casa. E por exercerem o cuidado no interior do domicílio, seu papel é invisível aos olhos das políticas públicas que não lhe amparam formalmente, provocando seu adoecimento, embora cada cuidador seja afetado de maneira distinta, dependendo do nível da enfermidade, da lucidez do idoso doente e também da resistência de quem cuida. Mesmo que os cuidados sejam distribuídos entre os demais membros da família, a carga mais pesada é carregada por um só: o cuidador principal, geralmente a esposa (Ravagni, 2008).

A sobrecarga é maior no início do desempenho do trabalho de cuidador, depois diminui e estabiliza, dependendo de como as tarefas modificam sua vida. Assim, não se pode afirmar que cuidar de um idoso seja prejudicial ou estaria sendo adotado um modelo linear simplificado que não analisa a situação em sua complexidade (Perracini & Neri, 2002).

O idoso cuidador familiar pode desenvolver condutas controladoras e superproteção com o idoso enfermo, sendo comum a monopolização do papel de cuidador. A relação de afeto e reciprocidade é substituída pela necessidade de fazer pelo outro, sem obter retorno pessoal. Acha que ninguém cuida como ele, porém, esse fato pode despertar a ausência justificada de suporte dos demais familiares. A idosa que cuida do marido doente acha normal viver em função dele, esquecer de si, prestar-lhe dedicação exclusiva, porque o excesso de zelo leva à superproteção como maneira de aliviar o sofrimento do outro e o seu (Pereira & Dias, 2007).

A cuidadora precisa reconhecer seus limites e saber o momento de pedir ajuda para evitar comportamentos agressivos de violência involuntária contra o idoso (Munhoz, Ravagni & Leite, 2008).

Outro problema decorrente dessa situação é que, se o cônjuge morrer, a esposa cuidadora poderá perder seu sentido de vida, pois para desempenhar o papel que definia sua identidade, negligenciou sua vida, ou parte dela, perdendo a liberdade e isolando-se (Budó & Resta, 2004).

O despreparo técnico é outra dificuldade enfrentada pelo cuidador familiar. O ato de cuidar é um aprendizado constante, acompanha o desenvolvimento da doença e as necessidades do idoso, dia a dia torna-se mais complexa. Geralmente o cuidador familiar aprende tudo sozinho. As dificuldades financeiras também crescem, pois o benefício da aposentadoria é baixo e as despesas aumentam (Budó & Resta, 2004).

Diante das alterações na vida do idoso cuidador, ele pode desenvolver a resiliência, ou seja, a capacidade de enfrentar as adversidades, adaptar-se às mudanças e ser bem-sucedido diante das situações de risco. Trata-se de aceitar os acontecimentos como desafios que o ajudarão a crescer, mudar seus valores, tornar-se mais humano, mais autoconfiante e descobrir potencialidades que ele próprio não sabia que tinha (Robbe, 2008).

No caso dos idosos com demência, diminui a memória de curto prazo, embora ele procure mostrar que está bem, mas frustra-se com suas falhas e é comum ficar deprimido e recusar ajuda. Nessa fase, a esposa já se identifica como cuidadora e precisa buscar um diagnóstico, informar-se sobre a doença e informar os demais familiares, buscando apoio e participação deles. Esse é o momento dos grandes conflitos: uns não concordam com o tratamento e querem trocar de médico; outros já começam a discutir a administração dos bens e assim por diante (Robbe, 2008).

Se o cuidador entender que a única solução é enfrentar a doença do(a) companheiro(a), pode criar alternativas para superar os conflitos da melhor forma possível. Por isso, nas áreas da prevenção psicossocial, através do apoio social, são fortalecidos os aspectos positivos, criativos e resilientes dos idosos cuidadores e das famílias (Moreira & Nogueira, 2008).

2.2. Apoio social formal e informal

Apoio social são orientações de grupos ou de pessoas que se conhecem e implica comportamentos de ajuda. Apoio social é qualquer informação ou auxílio material vindo de pessoas ou grupos delas que resultam em comportamentos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece o apoio, ou seja, é um processo recíproco. As redes de suporte social são formadas por pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações sociais, especialmente

entre os membros da família, contribuindo para o bem-estar das pessoas e fortalecendo as estratégias para enfrentar a situação do adoecimento (Camargo, 2010).

É chamado de apoio informal quando o apoio vem da própria família, amigos, vizinhos, grupos comunitários que podem auxiliar nas atividades de higiene, alimentação, mobilização, na parte financeira e nas tarefas externas. Compreende o nível de recursos especificados em quatro aspectos: apoio emocional (expresso pelo amor e amizade), apoio instrumental (provimento das necessidades materiais, ajuda para trabalhos práticos e ajuda financeira), apoio de informação (conselhos, sugestões, orientações sobre como lidar com as dificuldades) e interação social positiva (disponibilidade de pessoas com quem é possível compartilhar momentos de lazer) (Nardi & Oliveira, 2008).

O apoio formal vem das relações profissionais: equipes da Saúde da Família, fonoaudióloga, assistente social, fisioterapeuta, psicóloga, serviços de vacinas. O apoio formal nem sempre é prestado no domicílio, os dois idosos, paciente e cuidador precisam deslocar-se ao serviço de saúde. No Brasil, as estruturas de suporte social não constituem uma rede de apoio organizada, há reduzidas políticas públicas para dar suporte às famílias cuidadoras (Nardi & Oliveira, 2008). E o pouco suporte oferecido aos familiares nem sempre os auxilia. É importante distinguir entre o suporte oferecido e o suporte realmente recebido por ser o necessário. Também é importante definir o tipo de suporte em socioemocional ou instrumental. O suporte só trará resultados positivos quando for do tipo que o cuidador necessita naquele momento.

De acordo com Guedea (2006), os cuidadores familiares de idosos manifestam necessidades:

- emocionais – uma relação de confiança precisa ser estabelecida para compartilhar as dificuldades do cuidado e devido à necessidade de ser valorizado pelo que faz;
- de apoio econômico e prático – precisa que outros familiares dividam as tarefas e o auxiliem nas grandes despesas;
- de orientação – necessita de informações para lidar com a saúde do idoso e com outros problemas familiares.

Pesquisa realizada por Koerner, Shirai & Kenyon (2010) mostrou que os cuidadores que possuem menor apoio socioemocional relataram mais estressores direta e indiretamente ligados ao cuidado, especialmente nos dias em que a tarefa de cuidar é mais intensificada, acompanhados de sintomas depressivos. Intervenções focadas na saúde física e mental de cuidadores diminuem a quantidade e intensidade dos estressores próprios do cuidado.

As casas de repouso, hospitais e consultórios médicos também fazem parte do apoio formal. Importantes também são os investimentos em Programas de Internação Domiciliar (Lei 10.424/2002), que tratam de estratégias para reverter a atenção centralizada em hospitais. Essa lei é uma conquista capaz de proporcionar a prestação de cuidados com a saúde com mais conforto às pessoas clinicamente estáveis e que podem ser tratadas em sua residência. O atendimento domiciliar deve ter a mesma qualidade de um atendimento hospitalar. O objetivo da lei é humanizar os atendimentos, reduzir a hospitalização desnecessária, as taxas de reinternação e as infecções hospitalares. Existe um atendimento domiciliar que abrange somente a faixa etária com mais de sessenta anos e portador de doença crônica (Brasil, 2002).

Pesquisa realizada em São Paulo verificou mudanças positivas no estado emocional do cuidador após treinamento e acompanhamento da equipe de saúde no domicílio. Esses resultados evidenciam que a saúde mental dos cuidadores pode ser preservada em decorrência do apoio formal. Aqueles idosos que relataram maior satisfação com o apoio recebido sentem menos sobrecarga e menos depressão em comparação aos cuidadores com poucos laços sociais (Camargo, 2010).

2.3. Cuidador de idoso com Doença de Alzheimer – DA

Dentre as doenças crônicas mais impactantes, consta uma demência chamada Doença de Alzheimer (DA). A demência é muito marcante para o idoso, sua família e a sociedade e o acompanhamento do paciente é um desafio para os profissionais de saúde e cuidadores.

A dependência da pessoa idosa acometida por DA é uma importante questão de saúde pública, pois desorganiza a vida dos familiares, especialmente dos cuidadores. O cuidado ao paciente com DA pode ser encarado pelo cuidador como uma missão, algo que transcende a um emprego, atribuição, trabalho domiciliar. São poucas as famílias que conseguem dividir o trabalho entre seus componentes de maneira igualitária (Falcão & Bucher-Maluschke, 2010).

Surgem novas maneiras de se organizar, revelando um nível superior de organização em relação ao precedente. Isto quer dizer que, quando as circunstâncias mudam ou eventos imprevisíveis acontecem, a família busca se adaptar. Convém lembrar que os relacionamentos não são estáticos. Por exemplo, nos casos em que os netos tinham maior aproximação afetiva com os avós antes da DA, a reação à enfermidade, diante da demência, pode ser maior ((Falcão & Bucher-Maluschke, 2006).

Os conflitos vivenciados por essas famílias, quando não resolvidas entre seus membros, podem levar à necessidade de intervenção de profissionais de psicologia, serviço social e, em casos extremos, da área jurídica. Com a criação das Varas de Idosos em algumas cidades brasileiras, mais um campo de atuação foi aberto para esses profissionais. Tal fato constitui um desafio que exige atuação em psicogerontologia (psicologia do envelhecimento) e áreas afins (Bagne & Gasparino, 2014).

A DA é neurodegenerativa, incurável, com agravamento lento, mas progressivo. O transtorno se manifesta pelo declínio cognitivo e da memória devido à morte de neurônios relacionados ao modo como os indivíduos percebem o mundo ao seu redor, a alterações comportamentais, às suas interações com o outro e vários sintomas neuropsiquiátricos (Brasil, 2013).

No processo de envelhecimento, ocorrem perdas celulares que levam a um prejuízo cognitivo, porém, esse fato não significa necessariamente demência. Apesar dos idosos apresentarem esquecimento à medida que a idade aumenta, muitos com mais de oitenta anos conservam total lucidez, o que nos leva ao entendimento de que, embora a probabilidade da DA aumente com a idade, a velhice, por si só, não provoca a doença (Brasil, 2013).

A DA começa com o idoso apresentando comprometimento da memória para fatos recentes, preservando a memória antiga. Nesse momento, o tratamento é bastante eficaz, mas de início essas atitudes do idoso são confundidas com envelhecimento normal e o tratamento não começa no momento adequado. Depois, aparece a deterioração das funções cognitivas, chegando ao estado vegetativo num período de aproximadamente 15 (quinze) anos após os primeiros sintomas (Bagne & Gasparino, 2014).

A comunidade médica define três estágios principais de agravamento: inicial, intermediário e avançado. Apesar de não haver uma delimitação exata entre os estágios, os pacientes apresentam determinadas características que permitem localizar o avanço da doença (Vizzachi, Daspett, Cruz & Horta, 2015).

O estágio *inicial*, de acordo com Martinez, Constantino & Messina (2014), é caracterizado por déficits na memória recente, dificuldade para lembrar-se de lugares habituais e para executar atividades cotidianas. É comum que o idoso saia de casa para ir à igreja, por exemplo, ande por um tempo e esqueça o motivo de ter saído. É possível também que o seu desempenho em leitura vá ficando deficiente, grave muito pouco do que lê, tenha dificuldade para formar

uma sentença, repita várias vezes a mesma pergunta. Fica prejudicado o ato de dirigir, de lembrar-se de lugares habituais e descuida-se da aparência.

No estágio *intermediário* da DA, a perda da memória se acentua e o idoso passa a apresentar dificuldade em reconhecer pessoas, lembrar-se do passado, como a escola que frequentou, os nomes de membros da família, o telefone, o endereço. Torna-se agressivo e incapaz de exercer julgamentos e autocensura. Não consegue compreender as situações de risco, cuidar das finanças pessoais, fazer compras, tomar decisões e planejar atividades sequenciais. Nesta fase, ele precisa do auxílio ininterrupto de um cuidador, pois não consegue executar atos elementares como tomar banho, alimentar-se, vestir-se. Esquece os nomes de objetos comuns, não encontra a palavra adequada para expressar opinião, iniciam-se as dificuldades motoras com prejuízo na marcha (Bagne & Gasparino (2014).

No estágio *avançado* da doença, o idoso com DA não reconhece as pessoas próximas; depende totalmente de um cuidador devido à intensidade das alterações cognitivas; a capacidade intelectual, a iniciativa e a fala articulada estão deterioradas; tem alucinações; ora irrita-se facilmente, ora torna-se apático e emudece; muitos têm depressão; o controle do corpo é afetado, pode apresentar incontinências. Entretanto, os distúrbios neuropsiquiátricos são apontados como o problema maior, já que diminuem a qualidade de vida do paciente que, nessa fase está preso ao leito ou à poltrona até atingir o estado vegetativo (Poltroniere, Cecchetto & Souza, 2011).

O tempo em que permanece no leito favorece as infecções pulmonares, a pneumonia por aspiração, a embolia e patologias que tornam o idoso dependente. Em virtude do declínio do equilíbrio, associado ao uso de medicamentos, as fraturas decorrentes de quedas são fatores de risco para internação hospitalar (Ilha, Zamberlam, Nicola, Araújo & Backes, 2014).

Os idosos com DA tendem a se tornar cada vez mais passivos ou agressivos na demonstração de emoções e menos espontâneos, podendo apresentar sintomas psicóticos como delírio e alucinação. A apatia é definida como perda de motivação, baixo engajamento social, fadiga, entre outros aspectos, e também é um sintoma comum na DA (Falcão & Bucher-Maluschke, 2010).

À medida que a DA evolui, as atividades dos cuidadores vão aumentando. A crescente dependência do idoso com DA requer atenção contínua para suprir a incapacidade funcional, provocando intenso desgaste físico, mental e emocional em seus cuidadores. O isolamento

social, em função da vigilância constante ao idoso enfermo deixa o cuidador impaciente, solitário, deprimido e estressado (Seima, Lenardt & Caldas, 2014).

Quando o cuidador é filho ou filha, são conscientes de que abandonaram sua subjetividade e seus planos de vida para viver em função do idoso que já não os reconhece. A profissão, o curso superior, a vida social, viagens, também fazem parte das renúncias dos cuidadores. Em alguns momentos, eles sentem-se anulados, prisioneiros, o que os torna inseguros (Oliveira & Caldana, 2012).

A demonstração de dependência do familiar com DA traz para o familiar cuidador o medo de um dia ser acometido por doença que o faça perder a capacidade funcional e torne-se dependente dos outros, segundo Oliveira e Caldana (2012). Nas esposas que cuidam de maridos com DA, os sentimentos vivenciados são também a solidão e a vergonha. Sentem-se constrangidas porque o paciente aborda os desconhecidos na rua, tem crise de ciúme sem motivo e não lembra dela como mulher.

Conforme Falcão e Bucher-Maluschke (2010), os conflitos familiares incluem frequência, modo de expressão, duração, intensidade e grau de resolução como elementos importantes que devem ser considerados ao examinar-se o impacto das doenças na família. Ademais, os conflitos envolvem disputas entre duas ou mais pessoas com relação a valores ou competição por poder e recursos, dentre outros.

Os conflitos das famílias com idosos afetados pela DA, além dos fatores já mencionados, são causados, especialmente, por comunicação deficiente; desinformação e percepções equivocadas acerca da enfermidade, do cuidado e do exercício do cuidar; estigmas e preconceitos em relação à velhice e à doença; posse ou distribuição desigual dos recursos materiais; falta de dinheiro; falta de solidariedade; ausência de redes de apoio formal e informal; fatores da personalidade dos envolvidos; relacionamento desfavorável entre os membros antes da doença do familiar e fatores psicológicos e ambientais que podem prejudicar a divisão nas tarefas do cuidado (Falcão & Bucher-Maluschke, 2010).

Começando pelo diagnóstico da enfermidade, é comum que alguns membros da família vivenciem conflitos entre os membros do grupo como resultado da negação e da não aceitação da doença, chegando, por vezes, a dificultar o tratamento e ausentar-se da convivência com o idoso demenciado. Podem também surgir dúvidas como se deve falar, ou não, a verdade para o idoso, especialmente no estágio inicial. Além disso, os desafios diante da imprecisão do diagnóstico e a incerteza da origem da DA, uma vez que há a possibilidade de envolver aspectos

genéticos, preocupam os parentes que temem passar pela mesma doença (Oliveira & Caldana, 2012).

Luders & Storani (2005) entendem que a angústia, a culpa e a depressão podem acompanhar toda a família a cada mudança de estágio da DA. Muitas dessas reações estão ligadas à perda da pessoa idosa e do lugar que ela ocupava na família. Por isso é importante considerar-se os acontecimentos anteriores à doença. Na literatura, encontram-se casos em que os filhos não dão atenção à mãe ou ao pai com Alzheimer ou que o esposo não auxilia no cuidado à esposa enferma, alegando que era difícil para ele exercer o papel de cuidador de uma pessoa que foi a vida toda amarga, violenta, enfim, que não cumpriu o papel esperado de um pai, uma mãe ou uma esposa. Portanto, diante desse fato, sentem-se no direito de descuidarem de seus idosos dependentes. É quase uma forma de se vingar da opressão que lhe foi imposta.

Porém, é válido destacar que, se um oprime é porque o outro se deixa oprimir. Em contrapartida, há casos em que, mesmo no caso em que a pessoa idosa tenha sido dominadora ou violenta, ainda assim o parente deve assumir o papel de cuidador e resgatar o vínculo afetivo. Contudo, é comum que, em situações de crise, os conflitos se propaguem, ocasionado separações irreversíveis (Luders & Storani, 2005).

São poucas as famílias que conseguem administrar, entre seus membros, a divisão de tarefas voltadas para o idoso com DA. Na maioria das vezes, pelo fato dessa pessoa ser o patriarca ou a matriarca da família, ela ocupava uma posição central ou tinha poder na hierarquia familiar antes da doença, o que perde devido à enfermidade. Isso pode afetar o sentido de união da família, pois quem era o “elo” nas relações não exerce mais sua autoridade. Assim, os parâmetros de autoridade são modificados: o cuidador familiar assume a posição central de poder, influenciando negativa ou afirmativamente a relação com os demais familiares (Falcão & Bucher-Maluschke, 2006).

Percebe-se que nas varas de família, a maior parte dos conflitos que envolvem idosos com DA são resultantes de questões com dinheiro, violência e descaso com a pessoa enferma. Alguns parentes, especialmente filhos, por meio de procurações, fazem saques de dinheiro nas contas bancárias de idosos com DA e vendem bens materiais de maneira ilícita, causando revolta e mal-estar entre os demais familiares (Falcão & Bucher-Maluschke, 2006).

No Estatuto do Idoso, art. 106, é crime “induzir pessoa idosa, sem discernimento de seus atos, a outorgar procuração para fins de administração de bens ou deles dispor livremente”.

Igualmente é crime “apropriar-se de bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento do idoso” (Art. 106) (Brasil, 2011).

O processo de interdição envolvendo idosos com DA pode vir acompanhado de várias brigas que ecoam no judiciário. É fundamental atentar aos familiares que, mesmo tendo demência e sendo interdito, o idoso é um cidadão e, como tal, tem seus direitos e deveres garantidos pela justiça.

Percebe-se que, quando as leis internalizadas pelas famílias não são cumpridas, busca-se a justiça para acabar as desavenças. Nesse sentido, conforme diz Bagne e Gasparino (2014), elas podem funcionar como um auxílio na reorganização da estrutura familiar após o desencadeamento da doença. O papel da mediação familiar, hoje um dos recursos que a justiça procura utilizar na resolução de conflitos, passou a ter uma grande importância.

3. Sobrecarga, saúde e autocuidado do cuidador idoso

A falta de preparo do cuidador idoso para cuidar de outro idoso gera angústia e estresse. Ele desconhece as particularidades da fase da vida em que ambos se encontram e não sabe lidar com a doença do outro. Os problemas físicos, psíquicos e sociais decorrentes do ato de cuidar são descritos como *burden* (do cuidador familiar) ou *burnout* (do cuidador profissional). *Burden* é traduzido para o português como sobrecarga para descrever os aspectos do cuidar que alteram negativamente a vida do cuidador quanto ao excesso de preocupações, de culpa e pela ausência de interação com amigos e familiares (Camargo, 2010).

Sobrecarga é o estado psicológico que resulta da demanda superior à capacidade de desempenho do trabalho físico, das restrições sociais, das dificuldades financeiras do cuidador por falta de tempo ou de preparo. A responsabilidade por esta demanda não atendida causa exaustão e mau desempenho da função de cuidador.

A sobrecarga do cuidador idoso é muito intensa, varia de acordo com o grau de dependência e com a doença que o idoso dependente tem. Essa sobrecarga refere-se às dificuldades do dia a dia: problemas com sua própria saúde (fadiga constante, insônia, dores musculares, cefaleia, depressão, agressividade, dificuldades financeiras, mudanças na rotina, ausência de sociabilidade) e também como o cuidador vê o efeito das dificuldades na sua própria vida, como ele sente essa sobrecarga (Camargo, 2010).

Cansaço emocional é a perda progressiva de energia, esgotamento emocional, refletindo a situação pela qual os trabalhadores estão passando na área afetiva. É um desgaste psicológico em razão da assistência prestada a quem precisa de ajuda, ou seja, um fazer solitário onde são vivenciados conflitos e sentimentos ambivalentes. Esses momentos solitários fazem com o idoso cuidador e o idoso cuidado se lancem numa relação de busca para refazer e reestabilizar a vida que tinham antes, o que não é mais possível devido à dependência de um deles (Budó & Resta, 2004; Camargo, 2010).

As fases do cuidar, a progressão da incapacidade, a instalação súbita ou gradual da dependência, o diagnóstico da doença do idoso e os recursos que o cuidador dispõe para cumprir sua tarefa oneram sua resistência física e psicológica. E a redução desses problemas decorrentes do cuidar depende em parte da habilidade do cuidador em lidar com tantas situações adversas ao mesmo tempo, de compatibilizar as tarefas do cuidado com tarefas da casa, de organizar seu comportamento e o dos outros, de mobilizar recursos internos e apoios externos e de tomar decisões (Camargo, 2010).

O cuidado é uma representação de atitudes, preocupações, responsabilidades e envolvimento. No caso dos idosos, espera-se que haja alguém capaz de desenvolver ações de ajuda naquilo que eles não podem realizar por si só. Devido à ocorrência de depressão e ansiedade, muitos cuidadores acabam se tornando pacientes. Agravam-se as fragilidades e doenças crônicas dos cuidadores devido à sobrecarga física. Esse efeito, além de perverso, sob o ponto de vista social, acaba por sobrecarregar o sistema público de saúde. É comprovado que quanto menor o nível de suporte social maior é a sobrecarga do cuidador (Gvozd & Dellarozza, 2012).

Segundo Born (2008), o autocuidado não é importante só para o cuidador, mas também para a qualidade dos cuidados com o idoso enfermo. Cuidar de um familiar supõe um excesso de trabalho sem um descanso diário suficiente, sem tempo para fazer o que lhe dá prazer, não visita os amigos, não sai de casa. Acrescente-se a isso os pedidos exagerados do idoso enfermo: finge sintomas para chamar a atenção, acorda a cuidadora à noite mais do que o necessário, pede mais ajuda do que necessita.

Há diferenças entre esses estressores, conforme Camargo (2010). Eles podem ser definidos em primários e secundários. Os primários dependem das características do idoso dependente (comprometimento para realizar as atividades do cotidiano, déficits cognitivos, comportamento depressivo ou agressivo). Já os estressores secundários relacionam-se com o cuidador (abrange

conflitos familiares, aspectos econômicos, restrição da vida social). Os desencadeadores dos estressores, tanto primários quanto secundários, dependem da renda, escolaridade, gênero, idade, personalidade, relacionamento anterior com o idoso. O cansaço, a insônia, a irritabilidade, a ansiedade, a depressão, a fragilidade física e psicológica são condições que, acrescidas dos estressores, podem levar o cuidador ao esgotamento físico e/ou mental.

Para não adoecer, conforme Budó e Resta (2004), o cuidador familiar precisa estar atento às recomendações:

Dormir o suficiente – Cuidar do idoso significa atendê-lo também à noite. Sem um sono reparador, poderá acidentarse, adormecer em situações perigosas, irritarse sem motivos significativos. Pode organizar turnos ou dormir de dia na hora em que o idoso dorme.

Praticar atividade física – Se o idoso estiver em condições, podem caminhar juntos, mesmo que seja por um breve espaço de tempo. Ou coloque uma música, dance.

Evitar o isolamento – Para evitar a sobrecarga e o estresse, disponha de um tempo livre para realizar atividade que lhe dê prazer como encontrar amigos.

Sair de casa – Peça a um familiar que fique com o idoso e visite alguém. Tente descansar um fim de semana de vez em quando.

CAPITULO II- ENQUADRAMENTO DO ESTUDO

1.Motivação

O entendimento sobre a velhice é uma área de conhecimento cada vez mais relevante em virtude da longevidade que hoje alcançamos. No entanto, qualquer alegação que generalize a velhice deve ser deixada de lado. A velhice é individual: cada um tem sua saúde, sua família, suas experiências. Por isso a decisão de utilizar entrevistas individuais nesse estudo.

Fiz parte, há alguns anos, da Pastoral da Saúde, grupo de pessoas voltadas para visitas a doentes e idosos. Era costume deparar-me com cuidadores idosos convivendo com a carga de trabalho, que parecia mais intensa a cada visita, devido ao cuidado dispensado a outro idoso com capacidade funcional comprometida. Quase sempre era uma cuidadora idosa, esposa ou filha, solitária e desprovida de atenção, necessitada também de cuidados. Foi aí que surgiu o interesse em investigar esse cuidador idoso, que fazia questão de manter uma relação, com o idoso cuidado, de retribuição, dedicação, amor, despojamento, respeito. Seria ingênuo supor que os idosos eram cuidados sem ônus para o cuidador idoso. Por isso senti-me motivada a investigar quais as dificuldades e os prejuízos físicos, sociais e emocionais que o cuidador idoso encontrava.

2.Objetivos do Estudo

1. Geral

Investigar as dificuldades do idoso no exercício do papel de cuidador de outro idoso no contexto familiar.

2. Específicos

Conhecer os padrões de funcionamento das famílias nos cuidados com idosos dependentes no domicílio.

Traçar o perfil do idoso que se torna um cuidador familiar de outro idoso.

Entender as consequências da sobrecarga de trabalho do cuidador idoso para sua saúde e vida pessoal.

Verificar se os idosos cuidadores estão recebendo apoio social formal (de profissionais da saúde) e/ou informal (da família e amigos).

CAPITULO III- MÉTODO

O estudo é uma pesquisa de abordagem qualitativa de natureza exploratória com análise descritiva. Foi escolhida por possibilitar a busca de experiências de vida dos participantes, pessoas idosas que, no contexto familiar, são responsáveis pelos cuidados de outro idoso.

(i) Amostra

Os participantes da investigação (n=6) são cuidadores familiares idosos¹ residentes em Brasília que, voluntariamente, aceitaram ser entrevistados em seus domicílios, ou outro local por eles escolhidos de maneira que não atrapalhasse sua rotina de cuidador, em horário previamente marcado pelo entrevistado.

(ii) Instrumento

O instrumento de coleta dos dados foi uma entrevista semiestruturada com os cuidadores, ferramenta relevante por propiciar o acesso direto a pessoas que relatam como compreendem e como vivem um determinado problema social (Gaskell & Bauer, 2011). A entrevista desenvolve-se como uma conversa calma, informal, com linguagem adequada a cada participante (que deve poder falar livremente) atendendo aos objetivos da pesquisa.

É fundamental que sejam observadas, conforme Gaskell e Bauer (2011, p.1) a relação entre as perguntas e os objetivos; 2) a seleção criteriosa dos entrevistados; 3) o emprego de pseudônimos para não identificar as pessoas; 4) cuidar que as perguntas sejam abertas, evitando respostas de “sim” ou “não”; 5) utilizar um “tópico guia” para abordar os temas centrais.

As questões preliminares abaixo foram o “tópico guia” norteador da entrevista sem, contudo, retirar a flexibilidade da conversa:

- Dados de identificação (primeiro nome, idade, parentesco com o idoso, escolaridade, tempo de cuidador)
- Membros da família na mesma casa (quantos, qual o parentesco).
- Mudanças no cotidiano da vida do cuidador (o que fazia antes e deixou de fazer?).
- A sobrecarga de trabalho do cuidador (qual a atividade que acha mais estressante e que gostaria de alguém para auxiliar).
- Sentimentos do cuidador no desempenho desse papel (Aceitação? Depressão?)

¹ De acordo com o Estatuto do Idoso, Lei 10.741/2003, idosos são as pessoas com 60 anos ou mais.

- O cuidador do idoso fragilizado e/ou dependente com doenças degenerativas (Existem cuidados especiais porque o idoso tem câncer ou Mal de Alzheimer, por exemplo).
- Consequências para a saúde e qualidade de vida do cuidador idoso (Se o cuidador está com problemas de saúde e quais? Tem tempo para se tratar com médico?)
- Recebe apoio informal (Familiares? Vizinhos? Amigos?) Eles ajudam em quê?
- Recebe apoio formal (Psicólogos? Assistente social? Enfermeiro? Posto de Saúde?)

Para garantir a eficácia das entrevistas foram observadas, conforme sugestão de Gaskell e Bauer (2011, p. 1) a seleção criteriosa dos entrevistados; 2) o emprego de pseudônimos para não identificar as pessoas; 3) a relação entre as perguntas da entrevista e os objetivos; 3) perguntas abertas, evitando respostas de “sim” ou “não”; 4) utilização de um “tópico guia” para assegurar que os temas centrais fossem abordados.

(iii) Procedimentos

Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, do Ministério da Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), responsável pelos aspectos éticos das investigações com seres humanos, que deu Parecer favorável sob o nº 162/2018 (ANEXO A).

Inicialmente, foi realizado contato telefônico com os cuidadores onde já foram previamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa.

Todas as entrevistas foram precedidas de conversa informal onde a entrevistadora apresentou-se, reafirmou os objetivos, o método e o sigilo da pesquisa e solicitou aos idosos cuidadores a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), quando o instrumento de pesquisa é a entrevista, o fato do pesquisador estar presente facilita o entendimento da linguagem não verbal do entrevistado. Além disso, o entrevistado não precisa saber ler nem escrever, o que justifica ter dentre os entrevistados um cuidador idoso analfabeto.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2018, sendo que 4 cuidadores receberam a pesquisadora na própria residência, 1 cuidadora preferiu ser entrevistada em uma igreja próxima e 1 cuidadora foi até a residência da pesquisadora.

No momento da entrevista, foi solicitado aos cuidadores participantes autorização para que a entrevista fosse gravada em aparelho de áudio (gravador ou celular previamente testado), esclarecendo que, caso o entrevistado quisesse narrar algo sem gravar, o aparelho de gravação poderia ser desligado temporariamente.

As informações obtidas dos cuidadores, após gravadas, foram transcritas, transformando-se a gravação em fala escrita na primeira pessoa, de modo inteligível.

4. Análise dos dados

As falas foram analisadas através de Análise de Conteúdo seguindo as etapas necessárias:

Pré-análise – Organizou-se todo o material, as entrevistas, buscando, de acordo com os objetivos, os trechos mais significativos.

Exploração do material – Essa foi a etapa mais demorada, pois exige a repetição exaustiva da leitura do material até a impregnação do conteúdo. Cada entrevista foi lida inúmeras vezes. Nessa leitura, foram sendo sublinhadas as ideias mais marcantes, tendo assim o primeiro esboço das falas que seriam consideradas. Dessa forma, selecionou-se fragmentos das entrevistas

Tratamento dos resultados e interpretação – Finalmente, fez-se a interpretação das falas buscando as crenças, as ideologias e as características do fenômeno analisado que foram as dificuldades vividas pelos cuidadores de idosos no contexto familiar.

CAPÍTULO IV- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos na investigação. Em função da quantidade das variáveis utilizadas e por razões de inteligibilidade, optamos por um formato de apresentação organizado por pontos estruturantes.

1. Perfil dos cuidadores de idosos entrevistados

Cada idoso cuidador recebeu um pseudônimo, um nome de flor que lhe deu personalidade sem identificá-lo e o apresenta como uma pessoa especial:

Rosa – cuida do pai.

Margarida – cuida do esposo.

Gardênia – cuida do esposo.

Violeta – cuida da mãe.

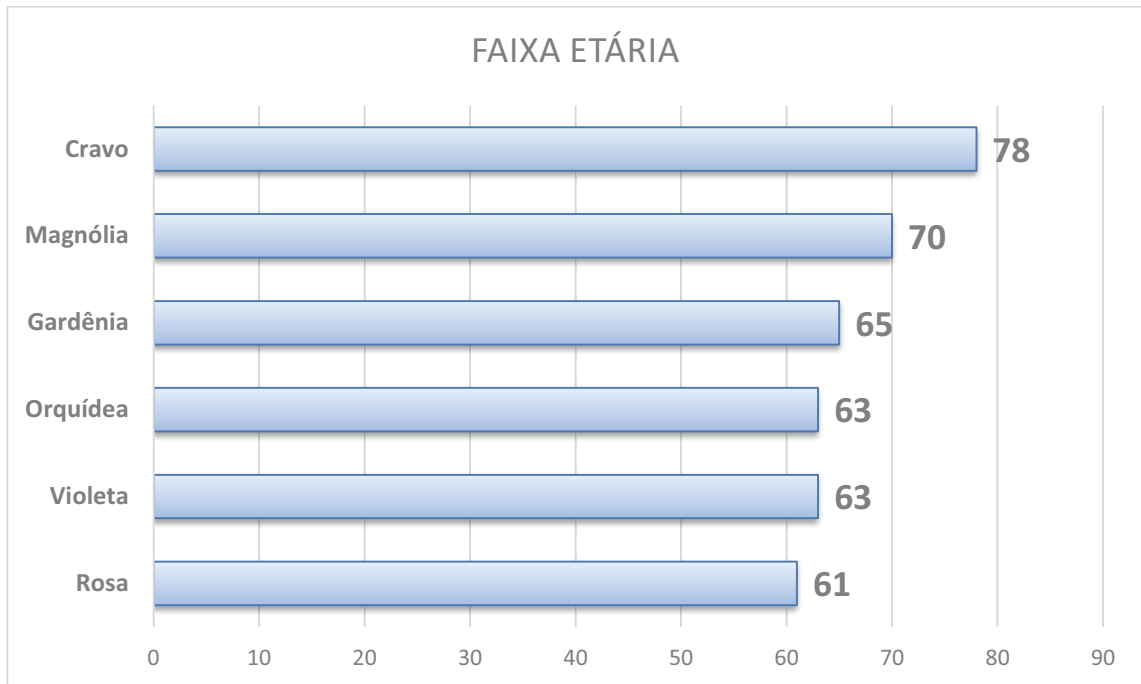
Orquídea - cuida da mãe.

Cravo – cuida da mulher.

As filhas idosas despontaram como as principais cuidadoras (50%), reafirmando o fato de que o cuidado é assumido por respeito, reconhecimento ao outro, senso de dever e de gratidão, conforme fora afirmado por Neri (2009) e vários outros autores.

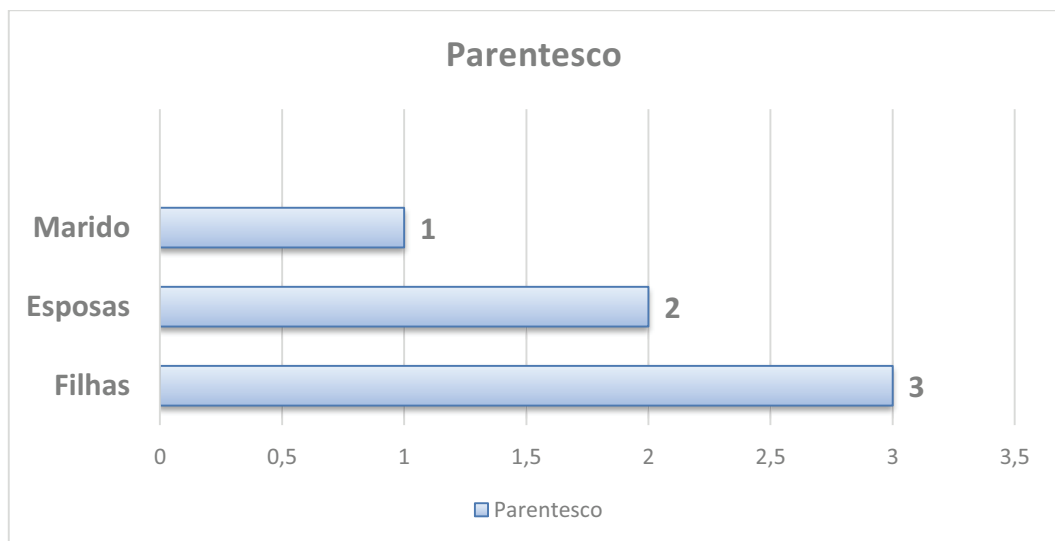
Na análise do perfil dos entrevistados quanto ao gênero, foram encontrados em sua maioria cuidadores familiares idosos do gênero feminino (83%). O predomínio de mulheres no exercício do cuidado está ligado ao contexto sociocultural, já que o papel da mulher é o de cuidar, alimentar, satisfazer as necessidades básicas da família, cuidar do bem-estar de todos, promover a recuperação da saúde dos filhos e do marido. Essas tarefas do cuidado são ensinadas às mulheres dentro da própria família, a discriminação dos papéis do homem e da mulher na sociedade vem atravessando gerações (Neri, 2009).

No Gráfico 1, verifica-se a faixa etária dos cuidadores, sendo que a idade mínima encontrada foi de 61 anos e o cuidador mais idoso contava 78 anos.

Gráfico 1 – Faixa etária dos cuidadores idosos

Fonte: Entrevistas com os cuidadores

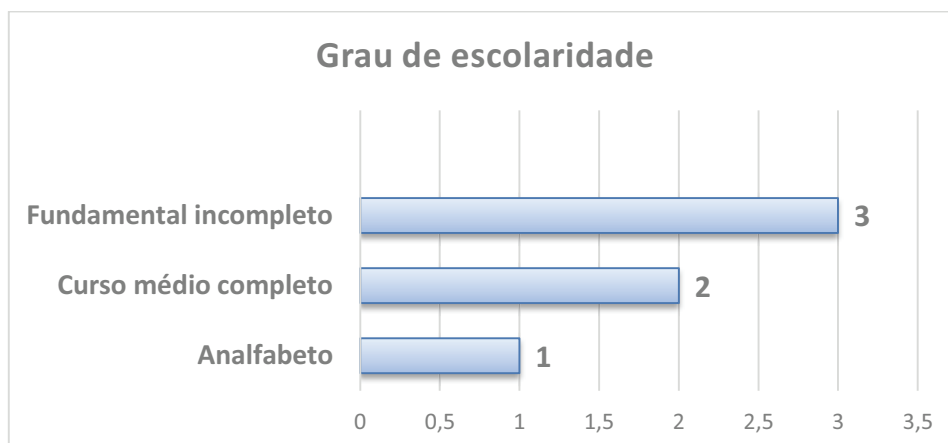
Os cuidadores e os idosos dependentes de cuidados coabitavam no momento do diagnóstico da doença, elemento importante para a escolha do cuidador. Com relação ao parentesco dos cuidadores com os idosos cuidados, foram encontrados, conforme Gráfico 2:

Gráfico 2 – Grau de parentesco entre os cuidadores e os idosos cuidados

Fonte: Entrevistas com cuidadores

Nenhum idoso foi previamente capacitado para ser cuidador do outro idoso. O grau de instrução entre os cuidadores variou do analfabetismo até o curso médio completo. O cuidador do gênero masculino (Cravo) é o único analfabeto conforme Gráfico 3.

Gráfico 3 – Grau de escolaridade dos cuidadores idosos



Fonte: Entrevistas dos cuidadores

É importante que os idosos cuidadores tenham uma boa escolaridade, pois ao exercerem o cuidado são responsáveis pela medicação com horários e doses corretas e, na maioria das vezes, cuidam da parte econômica da casa.

A escolaridade da população idosa brasileira é considerada baixa pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016). Entre as pessoas com mais de 60 anos, a taxa de analfabetismo é de 20,4%, sendo que as mulheres apresentam níveis de instrução mais elevados do que os homens. Das mulheres jovens que deixaram de estudar, 26% delas precisaram abandonar a escola para realizar afazeres domésticos ou cuidar de pessoas idosas ou crianças.

Quanto às condições socioeconômicas, os cuidadores entrevistados são pessoas de poucos recursos financeiros, moradores da periferia de Brasília, exceto Rosa que possui renda familiar diferenciada, pois coabitam Rosa, o marido aposentado, três filhos e um genro e todos contribuem para as despesas inclusive o idoso cuidado, seu pai, que recebe aposentadoria da Previdência Social.

Quando se verifica o tempo decorrido desde o início do exercício da função de cuidador do idoso dependente, observa-se que todos desempenham a atividade do cuidado a esses idosos há anos, conforme demonstrado no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Tempo de cuidado ao idoso dependente

Fonte: Entrevistas dos cuidadores

ENTREVISTA 1 - ROSA

A cuidadora Rosa, ao aceitar fazer parte da pesquisa, sugeriu ser ouvida na casa da entrevistadora (bem próxima). Desse modo, garantiu-se a privacidade, evitou-se interrupções e a entrevistada sentiu-se mais à vontade, já que na sua residência há muitos moradores. Seu pai doente, nesse momento, ficou sob a responsabilidade de seu marido.

A entrevista durou 25 minutos.

a) Dados de identificação: Rosa, cuidadora do pai de 86 anos, portador de câncer em estado terminal.

b) Membros da família que coabitam:

Marido idoso de Rosa, 2 filhos solteiros, 1 filha, 1 genro e 2 netos.

ENTREVISTA 2 – MARGARIDA

A entrevista ocorreu na cozinha da residência da entrevistada, o que demonstrou o quanto ela estava à vontade. Junto a ela, o idoso doente. A cuidadora de 70 anos, com aspecto cansado, aparentava mais idade. A entrevista durou 34 minutos.

a) Idoso cuidado - Marido de 78 anos portador do Mal de Alzheimer.

b) Membros da família que coabitam: Margarida e o marido dependente.

ENTREVISTA 3 – GARDÊNIA

Demonstrava ansiedade por estar com o marido um pouco próximo e permaneceu sempre atenta aos cuidados com ele. Apresentou dificuldade para entender sobre o que iria falar na entrevista que durou 30 minutos.

a) Idoso cuidado - Marido de 74 anos portador do Mal de Alzheimer.

b) Membros da família que coabitam: Gardênia e o marido idoso dependente.

No mesmo terreno em uma casa nos fundos residem a irmã e uma sobrinha de Gardênia.

ENTREVISTA 4 – VIOLETA

Violeta marcou a entrevista na Igreja próxima à sua casa. Cuida de sua mãe que, naquele momento, ficara aos cuidados do marido aposentado, idoso de 66 anos. Parecia muito confiante com os cuidados à sua mãe, pois o marido cuida da sogra dependente com carinho, embora ela seja uma pessoa difícil de lidar. A entrevista durou 40 minutos.

a) Idoso cuidado - Mãe de 82 anos portadora do Mal de Alzheimer.

b) Membros da família que coabitam:

Violeta, a mãe idosa doente, o marido idoso, a filha e a neta.

ENTREVISTA 5 – ORQUÍDEA

Orquídea aparentava estar muito cansada e emocionada, seus olhos marejados de lágrimas todo o tempo mostravam sua emoção. A entrevista, em sua residência, durou 45 minutos.

a) Idoso cuidado - Mãe de 84 anos portadora do Mal de Alzheimer e diverticulite. No decorrer desses 4 anos, durante 6 meses (enquanto a cuidadora se tratava de depressão), a mãe permaneceu em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

b) Membros da família que coabitam: Orquídea e a mãe idosa dependente.

ENTREVISTA 6 – CRAVO

A entrevista durou 55 minutos.

a) Idoso cuidado - Esposa de 71 anos com sequelas de AVC (há 5 anos), diabetes e hipertensão.

b) Membros da família que coabitam: Cravo, a esposa idosa dependente e 1 filha solteira.

2. Dificuldades do cuidador de idoso portador de doença crônica

Idosos possuem 11 (onze) vezes mais chances de desenvolver neoplasias do que os adultos mais jovens. Ao envelhecer, o corpo perde progressivamente a capacidade física e metabólica para realizar suas funções adequadamente e conservar-se equilibrado (Martinelli, 2017). Foi o que aconteceu com o pai de Rosa.

Surgiu um câncer no timo, próximo do coração de meu pai [...]. Ficou internado por 4 meses na cardiologia. Depois, subiu para a oncologia. Quando terminou a quimioterapia [...] (Rosa).

Em casa, caiu e quebrou o quadril. Foram mais 4 meses de hospital. Voltou para casa sem poder andar, o que aumentou muito o cuidado (Rosa).

o envelhecimento é acompanhado de mudanças em todos os sistemas do organismo. As quedas são consequências das alterações do sistema músculo-esquelético que acontecem por anormalidades do equilíbrio, fraqueza muscular, consumo de medicamentos, dentre outros. O acidente do pai de Rosa aconteceu no domicílio, o que comprova a necessidade de adaptações simples da moradia do idoso para prevenir fraturas. Os cuidadores de idosos leigos em tratamentos de saúde necessitam, antes da alta hospitalar, de orientações sobre a adaptação do ambiente ao idoso. Durante a hospitalização, o cuidador já pode começar a praticar o cuidado, retornando à casa com independência nessa prática, como esclareceram Monteiro e Faro (2016).

Comecei a notar que meu marido estava com dificuldade para lembrar das pessoas que tínhamos visto há poucos dias e que eram importantes para nós. Depois foi deixando de falar sobre os assuntos que a gente sempre conversava, às vezes parecia que ele não me conhecia mais. Começou a criar um mundo só para ele (Margarida, cuidadora de idoso com DA).

Como indicam Martinez, Constantino e Messina (2014), esses sintomas são próprios do 1º estágio da DA. Em princípio, a DA caracteriza-se pela dificuldade em lembrar de algo ou alguém. Como provoca degeneração e morte de células do cérebro, o declínio das aptidões mentais é progressivo.

Qualquer doença do idoso perturba a rotina da casa e angustia os parentes mais próximos e os cuidadores familiares; no entanto, no caso da DA, há muitos desafios, sendo o maior deles adaptar-se a uma doença progressiva, ou seja, quando o cuidador entende como agir diante de determinado comportamento, surge outro completamente diferente ou o primeiro se agrava como esclarecido por Fratezi, Gutierrez e Falcão (2010).

Ocorreu um desastre na nossa vida. De repente, ele não sabia onde tinha colocado as coisas, falava mal de todo mundo, implicava comigo e com os vizinhos. É difícil lembrar que ele conversava sobre tudo, fazia suas coisas e hoje tá assim, não se veste, não toma banho, não come sozinho (**Gardênia, idosa cuidadora de idoso com DA**).

O idoso com DA torna-se um estranho para o cuidador familiar, com hábitos esquisitos e personalidade desagradável. Por isso o cuidador idoso precisa se fortalecer, não se isolar e buscar redes de apoio. Informação, afeto e paciência são grandes aliados dos cuidadores idosos nesses casos. A Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ) é uma entidade apoiadora do cuidador familiar e de todos os envolvidos com a DA para a aceitação da nova situação. Desenvolve trabalho voluntário oferecendo informação e apoio às famílias. Através de encontros mensais com os cuidadores, são compartilhadas as experiências de quem cuida de idoso com DA (Guia Alzheimer, 2016).

Mesmo fragilizado, meu marido até já brigou com vizinho, mas com toda a dificuldade eu cuido dele o melhor que posso porque tudo que tenho dentro de casa devo a ele. Minhas vinte e quatro horas são dele [...] Hoje ele está na cama, fala com dificuldade... (**Gardênia**).

Segundo os estudos de Bagne e Gasparino (2014), o marido de Gardênia encontra-se no estágio intermediário da DA, onde existe uma baixa sociabilidade acompanhada de agressividade. Gardênia cuida do marido com Alzheimer, segundo ela merecedor do melhor cuidado pelo homem exemplar que foi. Apresenta dificuldades de adaptar-se a este novo homem que sequer a reconhece. Segundo ela, é um exercício de paciência: *Tudo passa, mas isso parece não ter fim*”.

A forma agressiva de comportar-se, por causa do processo de demência, nem sempre é entendida pela família.

Vou continuar cuidando, não tem outro jeito. Estou com problemas nos pulsos de carregá-la de um lado prá outro. Ela nunca quer nada, só comer e dormir que é fácil e ainda tem os dias em que tá agressiva (**Violeta, cuidadora da mãe com DA**).

Conforme Neri (2009), o cuidador familiar cansado, ansioso, prisioneiro de um papel que não optou por executar, tem também a incumbência de dar conforto emocional ao idoso doente.

Ela não vive mais, nem eu. Todo mundo ficou doente aqui em casa. A doença é um castigo [...] Todos me pedem que eu tenha paciência com ela.

E quem tem paciência comigo? Às vezes ameaço de amarrá-la se ela não me obedecer. Mas nunca vou fazer isso (Violeta).

Geralmente a situação de violência inicia com agressão verbal. Para Silva e Dias (2006), se o cuidador familiar foi vítima de violência no passado, colocará o idoso cuidado no lugar em que esteve um dia e que talvez ainda esteja. As pessoas agressivas quase sempre pertencem a famílias onde foram rejeitadas ou castigadas. A violência sofrida na infância e o testemunho de maus tratos vividos pelos familiares mais velhos levam à reprodução da agressividade. Para Lurdes & Storani (2005), é quase uma forma de vingança. Desse modo, pensar sobre a vida de idoso dependente requer proteger também o cuidador familiar idoso. Não é só o idoso dependente que é vulnerável, é toda a família.

Com esse entendimento concordam Munhoz, Ravagni e Leite (2008). Segundo eles, se a ligação afetiva familiar não for suficientemente forte, o cuidado ao idoso não terá o envolvimento de todos os parentes

Eu dou o banho, ela usa fraldas, tem diverticulite, então a alimentação é diferente, tem de passar no liquidificador, não pode tomar leite. A comida é dada na boca senão ela não come. Na hora do banho, sai da cadeira de rodas que não passa na porta do banheiro e vai para uma cadeira de plástico. É igual a um bebê (Orquídea, cuidadora da mãe com DA e diverticulite).

O DA faz com que o idoso perca a capacidade motora, então a comida precisa ser dada na boca. Além disso, com a perda cognitiva o idoso não sabe mais como realizar essa atividade. Quando a cuidadora fala que a alimentação da idosa cuidada é diferente, ela quer dizer que o trabalho com a alimentação é dobrado, pois a comida da idosa é diferente das demais pessoas. O ambiente da casa onde o idoso doente reside também muda, pois aumenta o risco de quedas e as portas precisam ser alargadas de maneira que passe a cadeira de rodas. Essas barreiras dificultam o cuidado e muitas vezes deixam o idoso dependente solitário em seu quarto.

Teve um AVC hemorrágico. Tudo de repente demais. Cuido dela porque se eu estivesse no lugar dela (da esposa doente), ela fazia o mesmo. Cuido dela porque ela é minha mulher. Fico satisfeito porque ela tá vendo que eu é quem mais cuida. (Cravo, cuidador da mulher com sequelas do AVC, diabetes e hipertensão).

Cravo fica feliz por tratar de uma pessoa querida no momento em que ela precisa, sente-se assumindo um papel que só pode ser exercido por ele. O fato dele ser casado com ela é

importante na decisão de ser o cuidador familiar. É uma expectativa da sociedade, é cultural, é uma obrigação. A motivação para o cuidado com a esposa é a reciprocidade do amor por ela.

O AVC hemorrágico provoca sequelas físicas e cognitivas, pois acontece quando há ruptura de vaso sanguíneo na região encefálica e tem a hipertensão como o maior fator de risco. As principais incapacidades relacionadas ao AVC estão relacionadas aos déficits no funcionamento físico, com impacto no cotidiano, no desempenho das atividades diárias, tais como banho e higiene em geral, alimentação e deslocamento, sintomas agravados se houver desmotivação e falta de esperança. (Scheffer, Klein & Almeida, 2013).

A esposa de Cravo teve como sequela grave a hemiplegia caracterizada pela perda de controle motor

Quando foi diagnosticado com Alzheimer, a gente não contou nada prá ele. No começo, parecia que de vez em quando ele sabia de tudo, mas ele não falava com a gente sobre a doença (Margarida).

Não falamos nada prá ele. O médico disse que ele sabia sim, ele queria era poupar a gente. Ele não falava com a gente sobre a doença e a gente também não falava. O médico disse que isso se chama “pacto de silêncio”. Quando ele começou a quimioterapia, o médico falou prá ele que era um tratamento com injeção na veia (Rosa).

Nesse caso, os profissionais da saúde que zelam pela ética e pelo cuidado acabaram se unindo à família através do “pacto” também conhecido como “conspiração” de silêncio e nada falaram sobre a gravidade real do quadro do Mal de Alzheimer ou do câncer.

O pacto de silêncio, conforme Rodriguez (2014), é um acordo implícito ou explícito entre os médicos, enfermeiros e familiares a fim de esconder do paciente o diagnóstico ou a gravidade da doença, especialmente quando não há possibilidade de cura. Margarida e Rosa, as cuidadoras idosas, também fazem parte da conspiração, sentem-se no dever de proteger e evitam falar em morte com a pessoa cuidada. A família sente-se insegura e quanto maior o medo, mais ela evitará falar sobre o tema morte, por isso pedem ao médico que não fale a verdade sobre o diagnóstico (Rodriguez, 2014).

A conspiração do silêncio acordada pela família de Margarida e de Rosa chama-se adaptativa: o paciente silencia, parece não saber o que está acontecendo como forma de proteger a si e aos familiares; por outro lado, na desadaptativa, o paciente quer saber, imagina o que está acontecendo, mas ninguém confirma suas suspeitas (Rodriguez, 2014).

Para Volles, Bussolletto e Rodacoski (2012), o impacto da verdade está mais vinculado ao jeito de informar do que à notícia que transmite. Os autores entendem que o pacto de silêncio é

um processo que não deve ser incentivado, a equipe médica precisa ser preparada para dar más notícias e faz de conta que está tudo bem.

Quando minhas filhas vêm aqui, parece que ninguém tem coragem para ouvir as verdades que tenho para dizer, por exemplo: que a memória dele está indo embora rapidamente, que ele não dorme e não me deixa dormir à noite, ou parece que elas não me ouvem (Margarida).

Percebe-se aqui o pacto de silêncio na família. Não é permitido pelas filhas falar sobre a doença do pai e a mãe idosa cuidadora não tem espaço para falar de si. Compreende-se que nem sempre o não falar é protetor, é sim uma demonstração de medo na tentativa de proteger a si e aos outros (Rodriguez, 2014).

Às vezes vamos ao Hospital de Apoio que oferece cuidados paliativos para as doenças terminais, mas não fazem nenhum tratamento, no máximo remédio para tirar a dor. Já estou participando de preparo, inclusive minhas irmãs, para a morte dele. É horrível. Parece que estão arrancando minha alma. Ai é com a psicóloga (Rosa).

Nas fases iniciais do câncer, o tratamento é geralmente agressivo, com objetivo de cura ou remissão. Quando a doença já está avançada, os cuidados paliativos servem para aliviar os sintomas de difícil controle (Bernardes, Bitencourt, Parker, Luz & Vargas, 2014). São oferecidos cuidados que não têm como objetivo a cura, mas o conforto e o controle da dor e dos outros sintomas, prevenindo assim o sofrimento do paciente (Hermes e Lamarca, 2013). Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) delegou aos profissionais envolvidos com os cuidados paliativos a função de, além de aliviar as dores físicas, dar suporte espiritual e psicossocial ao paciente e familiares ((Bernardes, Bitencourt, Parker, Luz e Vargas, 2014).

A OMS enfatiza que o tratamento ativo e o tratamento paliativo não são excludentes e propõe que os cuidados paliativos comecem cedo, no decurso da doença, aumentando gradativamente até a morte (INCA, 2016).

O cuidado paliativo privilegia as relações interpessoais, afetivas e religiosas nas práticas paliativas por entender que, nos casos em que a medicina não tem como oferecer a cura, pode oferecer meios para o paciente ter um final de vida digno e humano, pois já percorreu um trajeto de terapias invasivas e dolorosas (Hermes & Lamarca, 2013).

De acordo com o INCA (2016), são considerados fundamentais durante os cuidados paliativos: cuidar do paciente e da família, ética em todos os momentos do cuidado e uma

perfeita comunicação entre enfermagem, família e paciente, o que favorece a aceitação da morte.

O resumo das dificuldades psicofisiológicas do cuidador idoso estão resumidas na Fig. 1.

Dificuldades psicofisiológicas do cuidador



Figura 1 – Dificuldades psicofisiológicas do cuidador idoso.

Fonte: Pesquisa da autora, 2018.

3. Apoio informal ao cuidador idoso

Esse é o meu trabalho, solitário... (Margarida).

Muitas vezes me pego sozinha pensando: Quem é meu amigo? Ainda tenho amigas? Parece que a vida dá um nó (Violeta)

Na medida em que os melhores amigos já morreram, o companheiro permanece ausente pela doença, o trabalho já ficou para trás, os filhos moram longe e a vida social está vazia, é fácil a solidão instalar-se na vida dos idosos.

A família dele mora em outro estado, não tem nenhuma ligação com a gente. Ele tem um filho do primeiro casamento que faz visitas às vezes. É só. Ninguém nos procura, ninguém liga (Gardênia).

Quanto mais o cuidador se envolver sozinho com o cuidado, mais os demais familiares se afastam ou entendem a pouca atenção que dão ao pai como uma colaboração, uma cooperação à distância, mas a cuidadora precisa de uma divisão real de tarefas. Além disso, o idoso dependente nem sempre é vítima. Se ele não cultivou uma boa relação com os filhos, eles não aceitarão ajudá-lo nos cuidados pessoais. Os filhos entendem que é hora de vingar-se do idoso com quem mantinham laços tênues, que abandonou a família ou foi um pai agressivo (Silva e Dias, 2016).

Quem tem muito carinho com ela é a minha neta de 14 anos. Ainda bem que quando me vê muito nervosa ela vem me socorrer. Eu não daria conta sozinha. Sabe? Preciso muito do meu marido e da minha neta. Se não fosse eles, minha mãe estaria num asilo (Violeta).

E imprescindível a existência de uma rede de apoio ao cuidador. Se o idoso dependente não tem irmãos, nunca se casou, então não tem mulher nem filhos, se perder a autonomia, o Estado terá de assumir essa responsabilidade garantindo os direitos fundamentais do idoso e sua proteção, talvez em uma Instituição para Idosos. A institucionalização é uma forma de dividir as responsabilidades pelo cuidado ao idosos dependentes entre o Estado e a família.

Minha irmã não quer saber de nada. Quando minha mãe estava no “asilo” ela ia lá visitá-la nos domingos. Ela diz que eu é que tenho de cuidar porque é eu que fico com a aposentadoria dela. Eu me decepcionei com ela, com mãe não se faz isso (Orquídea).

Não vou nem nas festas da família. As pessoas nem convidam mais de tantas vezes que eu disse não (Violeta).

Ainda que o idoso dependente tenha outros familiares que possam cuidá-lo, uma outra pessoa idosa se vê sozinha na prestação do cuidado sem ter com quem compartilhar o peso da atividade. Quando o cuidador idoso não tem apoio da família, desencadeiam-se os conflitos familiares.

A vizinha às vezes me traz a comida quase todos os dias, outra me traz um bolo, outro traz um pouco de açúcar, outro traz um mexido. Tem uma senhora que vem um dia por semana e limpa a casa e leva a roupa para lavar na casa dela. Outra vizinha me ajuda a dar banho nela. Nos fins de semana só que minha filha vem nos ajudar (Cravo).

O casal mora em um lugar com poucos vizinhos, o que oportuniza a relação de proximidade, os laços de vizinhança são um precioso auxílio nos momentos de dificuldade. O cuidador sente a necessidade de ter mais ajuda de uma mulher principalmente no que se refere à higiene: “alguém que viesse aqui todo dia para tirar ela da cama e lavar a casa”.

Passa semanas que meu filho não vem aqui, só minha nora, nem meus netos, (lágrimas nos olhos). Nem para perguntar assim: Minha mãe tá precisando de alguma coisa? (Cravo).

É inerente às tarefas do idoso cuidador de outro idoso dependente, a falta de apoio emocional, a falta de reconhecimento de seu trabalho. Eles têm necessidade de desabafar e de serem ouvidos. Vê-se que dos seis cuidadores entrevistados, todos se queixaram do distanciamento dos parentes próximos.

Meu marido é boníssimo e ajuda demais com os serviços de rua, tudo ele busca, a qualquer hora, mas gosta de estabelecer regras no cuidado e sente ciúmes. As duas irmãs não querem ajudar, mas elas visitam ele nos domingos (Rosa).

O apoio informal recebido pelos cuidadores idosos está resumido na Figura 2.

Apoio informal aos cuidadores

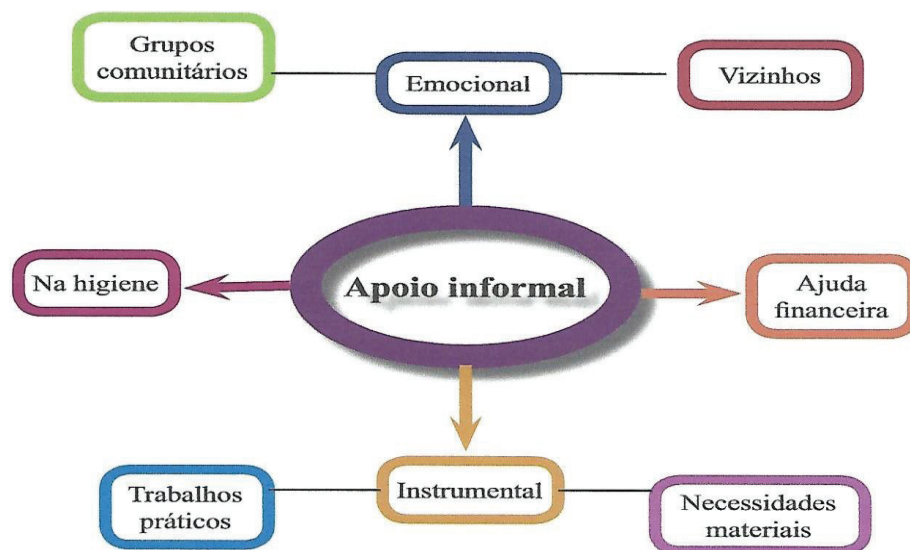


Figura 2 – Apoio informal aos cuidadores idosos
Fonte: Pesquisa da autora, 2018.

4. Apoio formal ao cuidador idoso

O pessoal fala mal do governo, mas tenho um atendimento de primeira. O Programa de Internação Domiciliar é excelente. Tenho médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta que visita meu pai uma vez por semana. Cada médico cuida de 50 pessoas a domicílio. Recebemos material como luvas, remédios, gaze, álcool, fraldas geriátricas (Rosa).

A internação domiciliar é reconhecida no Brasil como uma política pública existente no âmbito do SUS e está voltada para pessoas em estado de dependência funcional.

O Programa de Internação Domiciliar (PID) exige que o paciente tenha diagnóstico de doença crônica degenerativa, dependência que exija cuidados e a existência de um cuidador que seja dedicado, responsável, facilitador da vida do paciente, condições desgastantes para o idoso cuidador de forma contínua (Gratão, Talmelli, Figueiredo, Rosset, Freitas e Rodrigues, 2013).

O PID possibilita a humanização do atendimento substituindo o foco na doença pela centralização do cuidado no contexto familiar desde que haja condições mínimas de higiene, espaço, saneamento e segurança no domicílio. Todavia, o domicílio precisa de uma infraestrutura que garanta a continuidade dos cuidados dentro dos princípios do SUS e traga benefícios para os envolvidos no cuidado: família e paciente. O PID desonera o Estado de gastos de hotelaria, disponibiliza leitos hospitalares e diminui os custos de assistência do SUS (Brasil, 2016a)

O primeiro passo para o cuidado domiciliar eficiente é a parceria entre a equipe de saúde, paciente e família, a qual receberá instruções elementares e distribuição de responsabilidades. A variedade das situações de moradia e de poder aquisitivo, a diversidade de condições encontradas, tanto do paciente quanto do cuidador, demanda da equipe de saúde uma atenção especial. O fato da demanda reprimida, apenas 50 pacientes simultâneos, é causada pela falta de materiais e insumos para atender o paciente, por problemas de transporte para ir até o domicílio e pela grande quantidade de pacientes que necessitam.

Uma vez por mês tem um cuidado com a gente cuidadora, tem um encontro com assistente social, enfermeiro, muito zelosos. Eles dizem que se a gente não se cuidar, como vai cuidar do outro? É chamado “Cuidando do cuidador” (Rosa).

A drástica alteração na dinâmica da família, o desgaste do cuidador e a necessidade de ensinar o cuidado ao cuidador levou o PID a criar o “Cuidando do Cuidador” como estratégia de acolhimento, assistência à saúde e capacitação dessas pessoas. Além da assistência direta ao

paciente, há reuniões com o cuidador familiar para esclarecimentos técnicos, mediação de conflitos, atendimento ambulatorial para orientar o cuidador familiar, entrega de fraldas descartáveis, de material para curativos, seringas para aspiração e infusão de dietas enterais, atendimento por telefone para monitorar.

Rosa é a única cuidadora familiar de idoso entrevistada que está incluída no projeto Cuidando do Cuidador. Observa-se nela maior autoestima, segurança nos cuidados prestados com qualidade, bom relacionamento familiar embora tenha assumido o cuidado sozinha, o que confirma o fato de que investir nos cuidados ao cuidador repercute positivamente na sua qualidade de vida e na assistência prestada ao idoso cuidado.

Tento aprender sobre a doença, quando levo ele ao médico, pergunto muita coisa. Sinto que os médicos não dão nenhum valor ao que eu digo, às minhas opiniões (Margarida).

O cuidador idoso que é ouvido pelo médico sobre a doença do paciente ou sobre o tratamento fica menos deprimido do que o cuidador que não é ouvido. Os cuidadores precisam falar de suas dificuldades, de se queixarem, de serem ouvidos, de serem elogiados e de ter reconhecido seu trabalho (Ottoni, 2011).

Frequento um Grupo de Apoio na Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ) (Violeta).

A Política Nacional do Idoso (PNI) trouxe uma proposta de apoio aos cuidadores familiares visando ampliar o conhecimento sobre as doenças da velhice e desenvolver práticas de cuidado (Brasil, 1994). No entanto, ao ser implementada, houve um desvirtuamento do objetivo da lei ao recrutarem pessoas de baixa qualificação profissional que estavam desempregadas, deixando de lado o treinamento específico de cuidadores familiares.

E assim continua a falta de apoio dos serviços públicos de saúde às famílias cuidadoras desassistidas no domicílio do idoso. O cuidador idoso desenvolve seu trabalho apoiado na intuição e nos sentimentos de carinho e solidariedade enquanto improvisa. Somente a disponibilidade e o afeto podem não ser suficientes para que o idoso seja bem cuidado, por exemplo, se o cuidador não souber fazer a manobra correta para colocar o idoso na cama ou na cadeira pode prejudicar a si e ao idoso cuidado, a medicação em hora errada pode implicar efeitos adversos (Perracini & Neri, 2012)

*Às vezes o médico pede exame, ela faz e a outra consulta demora tanto que eu nem sei se o exame ainda vale. Já tive de esperar 2 anos por uma consulta com oncologista quando ela teve um câncer de pele [...].
Levei a um geriatra particular e ele me instruiu. Tive orientação porque paguei (Orquídea).*

De acordo com as leis de proteção ao idoso, eles têm prioridade no atendimento, mas faltam recursos para atender a todos. Nesse caso, o cuidador cria estratégias para o atendimento: pede dinheiro emprestado para pagar exames ou para pagar o médico. Todas os cuidadores entrevistados vivem com rendimentos de aposentadoria que, sabe-se, não é muito, mas para serem melhor orientados precisam pagar. O cuidado ao idoso demanda recursos: cadeira de rodas, cadeira de banho, andador, sondas, fraldas, alimentação de qualidade, remédios caros. Mesmo que ele receba benefício da Previdência social, este não é suficiente para todas as despesas.

Para atendê-los com qualidade não são só os exames e os médicos que precisariam mudar. No transporte urbano, os ônibus não têm plataforma de elevação para a cadeira de rodas nem cinto de segurança, levando o cuidador a utilizar os serviços de ambulâncias por falta de transporte melhor. Netto, Luders e Klein (2007) mencionam que as famílias com poucos recursos financeiros apresentam menores opções de apoio. Quando há boas condições financeiras, os equipamentos usados no cuidado são de melhor qualidade e pode-se contratar empregada doméstica ou cuidador formal para auxiliar no cuidado.

Um dia não aguentei mais. Fui à Procuradoria e falei que não tinha mais condições de cuidar de minha mãe. “Ou acham um asilo prá ela ou vou ter de abandoná-la”. Me prometeram achar uma vaga em uma instituição e algumas semanas depois ela foi para a Casa Lar São Vicente (Orquídea).

A cuidadora idosa que precisava de cuidados só conseguiu ser ajudada quando procurou um órgão de garantia de direitos.

O art. 4º da PNI (Brasil, 1994) estimula a criação de alternativas de atenção ao idoso dependente como:

CENTRO DE CONVIVÊNCIA - Local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas e de educação para a cidadania com o objetivo de preservar a memória, os vínculos e sociabilidade.

CENTRO DE CUIDADORES DIURNOS – Destinado à permanência diurna do idoso dependente ou com deficiência temporária que necessite cuidados médicos ou assistência multiprofissional.

CASA LAR – Residências cedidas por instituições públicas ou privadas destinadas a idosos sem família e sem renda para sobreviver.

ATENDIMENTO DOMICILIAR – Serviço prestado ao idoso que vive só ou com algum grau de dependência, para ajudá-lo nas necessidades básicas diárias. Precisa de equipe multiprofissional da área de saúde ou pessoas qualificadas da comunidade. Atualmente está sendo em parte substituída pelo Programa Saúde da Família (PSF).

Sabe como fiquei sabendo que existia um lugar onde poderia buscar ajuda? Quando eu ia dar banho nela, ela gritava que eu estava batendo nela, que fazia dias que não comia. Um vizinho ouviu e me denunciou. Vieram aqui e me levaram prá Delegacia do Idoso. Foi aí que fiquei sabendo que existia um monte de coisas que eu não sabia. Eles vieram, acompanharam a alimentação dela, viram as coisas que eu comprava para ela e não fizeram nada (Orquídea).

A cuidadora fala que descobriu vários serviços, recebeu visitas, mas, segundo ela, não ficou clara a finalidade disso tudo pois nada mudou na sua vida de cuidadora idosa.

Enquanto eu cuidava da minha depressão ela ficou no “asilo” 6 meses [...] Ela sofre um tipo de sofrimento e eu sinto outro tipo (Orquídea).

Sintomas depressivos em idosos cuidadores estão associados à sobrecarga e ao estresse. A depressão é um estado de tristeza ou desânimo, perda de interesse e prazer nas atividades, irritação, dificuldade de concentração e pensamentos recorrentes sobre morte devido aos eventos estressantes cotidianos. As pessoas na faixa etária entre 56 e 64 anos são os que apresentam índice mais elevado de depressão, sendo que no idoso cuidador está associada à sobrecarga e à depressão do idoso dependente. Quanto mais precocemente for diagnosticada a depressão, menos danos causará à vida do idoso e dos que estão ao seu redor. Além disso, quanto mais problemas de memória e de comportamento apresentar o idoso cuidado, mais severos serão os sintomas depressivos no idoso cuidador (Dourado, Rolim, Ahnerth, Gonzaga & Batista, 2018).

O Posto de Saúde ficou de vir aqui todos os meses, mas vem de vez em quando para tirar a pressão e a diabetes. A médica vem aqui 2 vezes por ano. A médica do Posto me deu um papel com o que ela pode e o que não pode comer. A enfermeira disse que ela não pode comer açúcar. Quando não sei alguma coisa sobre o AVC e a diabetes pergunto prá enfermeiras no Posto de Saúde. O exame de sangue é feito aqui. Já me ajuda. Quando ela precisa ir ao hospital não chamo a vizinha, chamo o SAMU. É mis um apoio quando estou de mãos atadas (Cravo).

A visita domiciliar é a principal atividade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), integrante do PID de Brasília. Todavia, as visitas deveriam ser agendadas semanalmente. Faz parte da assistência domiciliar a coleta de exames complementares, educação em saúde no contexto comunitário, empréstimo de equipamentos necessários para o paciente mediante disponibilidade no DF (cadeira de rodas por exemplo) (BRASIL, 2016a). Porém, mesmo com grandes esforços investidos para fortalecer os programas de saúde pública, essa política ainda é frágil e não atinge todos os espaços em que deveria estar.

Uma idosa com sequelas de AVC necessita de reabilitação contínua para recuperar-se funcionalmente, o que envolve tratamento medicamentoso, fisioterápico, fonoaudiológico e nutricional, o que não é uma prática possível em todo o país, aumentando as desigualdades regionais no atendimento à saúde pública voltada para paciente e cuidador idosos (Abramczuk & Villela, 2018).

A experiência de cuidar de idoso com sequelas de AVC é frequente nas famílias. Na maioria das vezes, o cuidador não tem capacitação prévia, nenhuma noção de gerontologia, segue sua intuição apoiada em crenças e experiências anteriores ou baseado em informações de terceiros de sua rede social. As principais dificuldades para o cuidador, nesses casos, são o esforço físico, a desinformação, o medo e o constrangimento ao lidar com o corpo do outro (Scheffer, Klein & Almeida, 2013).

O apoio formal recebido pelos cuidadores idosos está resumido na Figura 3.

Apoio formal aos cuidadores



Figura 3 – Apoio formal recebido pelos cuidadores idosos
Fonte: Pesquisa da autora, 2018.

5. Sobrecarga, falta de preparo e a saúde do cuidador idoso

De acordo com Budó & Resta (2004), a sobrecarga está relacionada à falta de suporte às suas tarefas, ao estresse ou ligada aos sintomas do paciente. Os cuidadores informais por não possuírem capacitação para o cuidado apresentam maior risco de sobrecarga, seja ela física, emocional ou financeira ao colocar seus projetos pessoais em segundo plano. O fardo maior é a falta de conhecimento, de preparo, de informação para o cuidador, o que dá um sentimento de impotência pois influi no jeito de cuidar.

Sou eu que preparo a sopa dele. Na hora de comer, quer comer com as mãos ou levanta da mesa dizendo que já comeu sem ter comido nada. A hora do banho é difícil porque ele nunca quer. E tem de ser rápido. Separo as roupas para ele vestir. Botões e zíper ele não fecha (Margarida).

Tenho que dar o banho, trocar as fraldas, dar os remédios, o café, o almoço e o jantar na boca, cozinhar, lavar e cuidar da casa. E já quase fui agredida por ele, mas compreendo que ele não sabe o que faz. Cuidar dele é muito pesado, ele é teimoso, foge de casa. Não posso adoecer, não posso morrer e quando penso nisso fico desesperada (Gardênia).

Emocionada, demonstra sua fragilidade através do choro.

O Alzheimer faz com que o idoso perca a capacidade motora, então a comida precisa ser dada na boca. Além disso, com a perda cognitiva, o idoso não sabe mais como realizar essa atividade. Percebe-se em Gardênia uma necessidade de fazer tudo pelo outro pessoalmente, acha que ninguém cuida dele como ela, o que pode justificar a falta de mais suporte familiar como Pereira & Dias (2007) encontraram em seu estudo, no qual detectaram que na maioria das vezes o cuidador não reconhece seus limites.

É o dia inteiro e a noite inteira em volta dela. Eu seria muito agradecido se aparecesse alguém que dissesse assim: “Eu vou cuidar dela, descansa uns dias”. Se eu pudesse, não queria ninguém fazendo, só eu. Eu queria um tempinho só prá mim, mas não dá. Minha filha precisa trabalhar, tem a vida dela (Cravo).

A sobrecarga física e psicológica, o sentimento de impotência diante da doença da esposa e os conflitos familiares influenciam de maneira negativa na vida do cuidador, porém, em certos momentos da entrevista, percebia-se que Cravo aceitava os acontecimentos como desafios e a

doença da esposa fez com que ele descobrisse a solidariedade da vizinhança e potencialidades próprias que ele desconhecia, tal como foi explicado por Robbe (2008).

O Cravo é um homem que está aprendendo a cuidar de sua mulher com sequelas de AVC e a cuidar de tudo: da casa e da vida de ambos, trabalho nada fácil para quem está com 78 anos, para ele essas atividades pertencem ao universo feminino, o que torna tudo mais difícil pois ainda precisa ultrapassar a barreira do preconceito. É um idoso corajoso e amoroso ao colocar sua vida à disposição do outro e assumir o “mundo feminino” por necessidade e amor à esposa idosa.

A aceitação da doença da mulher e a disponibilidade de Cravo para cuidar dela contrariam alguns estudos com os de Camarano (2004) e de Born (2008), que acham impossível o marido cuidar da mulher devido ao padrão cultural onde cuidar é “coisa” de mulher.

Eu sinto que parece que estou cuidando de outra pessoa, não do meu marido. Tem atitudes muito estranhas, mas ele não me dá trabalho (Margarida).

Margarida cuida do marido de forma integral, improvisada, sem orientações, o cuidado ao idoso é mais uma obrigação do que uma realização pessoal, no entanto minimiza e/ou nega a sobrecarga, diz que ele “não dá trabalho”. Teve piora na saúde, mas não relaciona isso ao cuidado. Os idosos cuidadores, apesar de saberem que o cuidado traz prejuízos à sua saúde, não conseguem reconhecer seus limites, talvez pela falta de conhecimento em relação a essa fase da vida em que eles próprios se encontram (Neri, 2009).

Sou passadeira diarista 5 dias por semana, mas comecei a faltar muito. Estou só com 1 dia na semana para não sobrecarregar meu marido nas compras de remédio. Não aguento mais essa situação, também quero ganhar dinheiro e poder cuidar de meu marido que também é idoso (Violeta).

Ser cuidador traz consequências para a vida profissional. Conforme Munhoz, Ravagni & Leite (2008), os cuidadores que trabalham fora de casa passam por conflitos, sentem-se falhando tanto no cuidado com o idoso quanto nas atividades profissionais (faltas, impontualidade). Ao diminuir a carga horária, diminui a renda da família que passa a ter dificuldades financeiras.

A carga era muito pesada, juntou um monte de coisas e eu acabei ficando doente e já fui internada em hospital psiquiátrico. Fiquei lá 15 dias, tive uma depressão profunda e tomo remédio até hoje (Orquídea).

A doença do cuidador influi diretamente nos cuidados ao idoso doente. A sobrecarga e o estresse do cuidador desprotegem o outro idoso dependente, sem contar que pode descontar nele suas frustrações, cansaço e raiva pelo que tiveram de abandonar para cuidá-lo.

Sinto dores nos braços, nas costas, fico cada vez pior. Quando ajudo no banho, dói a coluna. Para ajudar a tirar da cama, dói a hérnia. A minha vida é em função dela. Trato de mim muito mal. Mas não quero que ela sonhe que está sendo difícil pra mim. Foi Deus quem quis assim. Tenho de aceitar (Cravo).

Além dos problemas que surgem com a má postura pelo esforço para levantar a idosa, os homens são mais negligentes com a saúde do que as mulheres. Além disso, muitas dificuldades os homens ocultam, não admitem que passam.

Cravo confessou que tem dificuldade para trocar a fralda da idosa, o que comprova a necessidade de formação prática para cuidadores familiares de idosos.

Ainda não acertei mudar aquilo como no hospital, pegam nela tão fácil... Queria aprender a fazer como eles fazem [...]. Eu nunca troquei as fraldas dos meus filhos quando eram crianças [...]. Quando casei com ela era para ela cuidar de mim, afinal é mais nova que eu, mas eu é que cuido dela (Cravo).

As dificuldades maiores que serviram de queixa do Cravo são os cuidados diários com a esposa dependente. Sente-se incompetente para realizar certos procedimentos, por isso os cuidadores de idosos deveriam fazer parte de programas de apoio que desenvolvessem práticas específicas do papel a desempenhar.

Outra parte difícil para o cuidador idoso do sexo masculino é a alimentação: “*Eu sei mais ou menos que ela não deve comer doces, nem banana, nem biscoitos*”

Cravo fica feliz por tratar de uma pessoa querida no momento em que ela precisa, sente-se assumindo um papel que só pode ser exercido por ele: “*Fico satisfeito porque ela tá vendo que eu é que cuido*” (Cravo).

É importante ressaltar que a assistência de Cravo à sua esposa dependente de cuidados leva em conta a vontade da idosa: “*Vejo televisão só se ela quiser. Olho as notícias dali (mostra a cama dele ao lado da cama dela) mas sempre bem baixinho, para ela não ouvir [...] Quando quero desabafar, vou lá fora e grito para não chorar. Guardo tudo pra mim*”. Talvez esse desabafo seja o desejo de todos os idosos cuidadores de idosos dependentes.

Percebeu-se que todos os cuidadores entrevistados podem ser identificados como do tipo “dedicado” dentro da classificação de Budó e Resta (2004) que os dividem em *dedicados* (cuidam com amor) e *obrigados* (cuidam sem afeto, porque não há ninguém que o faça).

Nos cuidados dos idosos com DA, a pesquisa confirmou o entendimento de Fratezi, Gutierrez & Falcão (2010): os sintomas progressivos e graves causam desgaste no cuidador e em toda a família, a qual não consegue adaptar-se a esse novo idoso dependente que está “substituindo” o chefe da família, antes independente e autônomo. A necessidade de uma rede de apoio no cuidado ao idoso foi uma situação que envolveu todos os cuidadores, tanto na ajuda informal vinda da família, quanto na ajuda formal por parte do Estado, como estudado por Perracine e Neri (2002).

Todos os cuidadores de idosos com DA entrevistados enfrentam problemas nas ligações familiares, o que vem ao encontro das percepções de Bagne & Gasparino (2014) ao dizerem que cuidadores de idosos com demências precisam de ajudas profissionais de áreas diversas: gerontólogos, psicólogos e juristas.

Detectou-se, conforme informado pelas cuidadoras de idosos com DA que eles preenchem os três estágios da doença conforme Bagne e Gasparino (2014); Vizzachi, Daspet, Cruz & Horta (2015) e Martinez, Constantino & Messina (2014) explicaram:

- O marido idoso cuidado por Margarida apresenta as características do estágio inicial, especialmente o esquecimento de fatos recentes e a preservação da memória antiga, o esquecimento do nome dos filhos e a repetição de ações: quer sair para tirar xerox dos mesmos documentos várias vezes ao dia.
- A idosa cuidada por Violeta aparenta estar no estágio intermediário: às vezes agressiva e incapaz de exercer julgamentos e autocensura.
- A mãe de Orquídea apresenta sintomas da fase intermediária e da fase avançada, conforme explicado pelos autores não há uma linha divisória entre os estágios, os sintomas se misturam.
- O marido de Gardênia parece encontrar-se no estágio avançado por apresentar uma série de alterações cognitivas, na fala e na mobilidade.

O problema psíquico da cuidadora Orquídea, descrita por ela como grave depressão, foi explicada por Born (2008). O cuidador ao não conseguir fazer o que lhe dá prazer, não ter vida social, enfrentar problemas financeiros, facilmente terá um esgotamento mental (Orquídea precisou de internação) se for acrescido de insônia, ansiedade, sobrecarga e depressão.

CONCLUSÃO

Nesta circunstância, término do trabalho cujo preceito obriga à conclusão, afirmamos seguramente termos desenvolvido uma investigação preliminar, longe de estar concluída. Contudo, estamos convictos de termos alicerçado possibilidades de projetos futuros exequíveis, quer numa lógica de outras investigações quer no sentido de “abrir portas” para a intervenção noutras dimensões na área deste estudo.

Os resultados desse trabalho foram analisados e foram recolhidos os aspectos essenciais de forma a proferir ilações em função dos objetivos da investigação.

A interpretação das entrevistas dos cuidadores idosos revelou as dificuldades do cotidiano nas ações do cuidado. Identificou-se os impactos decorrentes do processo de cuidar como a sobrecarga, o desgaste físico, a falta de reconhecimento dos esforços, a desinformação sobre a doença do idoso cuidado, a redução das relações de convívio com vizinhos, amigos e parentes próximos que se distanciam. Todas essas dificuldades do idoso cuidador implicam em grave depressão e estresse.

Percebeu-se que as dificuldades encontradas pelo idoso que tem a responsabilidade de cuidar do outro começam nas necessidades físicas: hérnias e dores nos braços e na coluna advindas do esforço para movimentar o idoso doente; insônia derivada da preocupação com o idoso que não tem um sono tranquilo, acorda a qualquer hora da noite, levanta e anda pela casa; falta de dinheiro pelo aumento das despesas com medicação.

A ausência de acesso aos direitos sociais é outro fator dificultador das suas atividades: falta uma política dinâmica de saúde que lhe oriente como tratar de um idoso dependente e da sua doença; falta atendimento médico domiciliar mais eficaz e mais rápido para todos, igualmente, não só para alguns; falta apoio psicológico de profissionais especializados e não só das redes de solidariedade estabelecidas pelos vizinhos e grupos comunitários.

No estudo do perfil dos idosos cuidadores, todos têm uma preocupação comum: manter-se vivo para exercer o cuidado de quem ele ama e precisa dele, o que faz com que privilegie as questões familiares em detrimento das necessidades pessoais. Mesmo aquele que não optou por ser o cuidador, desempenha esse papel com resignação, afetividade e responsabilidade. Predominaram nesse estudo as cuidadoras do sexo feminino, esposas e filhas, que moravam na mesma casa do idoso adoentado, e a responsabilidade sempre recai sobre uma só pessoa, corroborando o que se leu na literatura sobre o tema.

Percebeu-se, no contato com esses idosos cuidadores, que todos recebem apoio social, uns mais outros menos, que resultam em gratidão por parte deles. Há um somatório e, ao mesmo tempo, uma alternativa de formas de auxílio: apoios informais das pessoas próximas e apoios formais do Serviço de Atendimento Móvel à Urgência (SAMU), visitas domiciliares de profissionais da saúde, ainda insuficientes, pois apenas um dos entrevistados recebe apoio psicológico e apoio material (cadeira de rodas, fraldas), que deveriam ser recursos distribuídos pelo Estado a todos os idosos que necessitassem. Os vizinhos e grupos de amigos auxiliam na sobrevivência dessas famílias, perpetuando a troca do direito pelo da solidariedade.

Nesse sentido, entende-se ser conveniente que as pesquisas com idosos continuem por meio de ações efetivas para consolidar a dignidade de todos eles, através de uma rede de serviços públicos que atenda seus direitos, especialmente na doença. O envelhecimento e as fragilidades da velhice precisam ser entendidos como questões intrínsecas à sociedade contemporânea, logo, dizem respeito a todos: família, governo, profissionais da saúde.

Os dados colhidos refletem uma realidade local e não podem ser generalizados, mas contribuem para mostrar que existem idosos cuidando de outros idosos e estão precisando de receber atenção e cuidado. Apesar de, nas entrevistas, os cuidadores minimizarem seus problemas de saúde, todos apresentavam sintomas depressivos, altos níveis de estresse, sobrecarga e pareciam desconhecer seus limites, indo além deles. A soma dessas atitudes representa um risco para o idoso cuidador familiar, o que mostra a necessidade de suporte a essas pessoas. Por isso, esclareci a eles por ocasião do encontro para a pesquisa que, nos Postos de Saúde, há palestras periódicas para ensinar os cuidados com o familiar doente, de acordo com a doença, há palestras com a nutricionista para ensinar a alimentação mais saudável para cada caso e há encontros com atividades físicas para relaxamento dos cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdala, G. A., Kimura, M., Duarte, Y. A., Lebrão, M. L. & Santos, B. (2015). Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. *Revista Saúde Pública*, v. 49, n. 55, pp. 49-55.
- Abramczuk, B., Villela, E. (2018). A luta contra o AVC no Brasil: ComCiência
- Bagne, B., Gasparino, R. (2014). Qualidade de vida do cuidador do portador de Doença de Alzheimer. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 22, n. 2, pp. 258-263.
- Balthes, P. B., Smith, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento. *Revista A Terceira Idade*, v. 17, n. 36, pp. 7-31.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barros, R. Por uma história do velho ou do envelhecimento no Brasil. (2013). *CESJF Revista*, v. 27, n.1, p. 75-92.
- Beauvoir, Simone (1990). *A velhice*. São Paulo: Difusão Europeia do Livro.
- Bernardes, C., Bitencourt, J. V., Parker, A. G., Luz, K. R. & Vargas, M. A. (2014). Percepção de enfermeiros frente ao paciente oncológico em fase terminal. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 28, n. 1, p.31-41, 2014.
- Born, T. (Org.). (2008). *Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do cuidador da pessoa idosa*. Brasília, Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- Bosi, E. (2003). *Memória e Sociedade: lembranças de velhos*. 10. ed. São Paulo: Cia. Das Letras.
- BRASIL. (1994). **Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/Lei8842.htm>. Acesso em: 1 jul. 2018.
- Brasil. (2002). Lei 10.424, de 15 de abril de 2002. Regulamenta a Assistência Domiciliar no SUS e dá outras providências. Brasília: Presidência da República.
- Brasil. (2011). Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2013). Portaria Ministério da Saúde 1298/2013. Aprova o \Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas da Doença De Alzheimer. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2016). Ministério da Saúde. Redes de atenção à saúde no SUS. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/sus>. Acesso em: 13 abr. 2018.

Brasil. (2016a). Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Serviço de Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_4_2016. Acesso em: 07 jul. 2016.

Budó, M. & Resta, D. (2004). A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá, v. 26, n. 1, pp. 53-60.

Camarano, A. A. (2004). Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA.

Camargo, R. C. (2010). Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos. *Revista Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 6, n. 2, pp. 231-250.

Carvalho, J. A. & Garcia, R. A. (2003). O envelhecimento da população brasileira. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, pp. 725-733.

Dourado, D. M., Rolim, J. A., Ahmerth, N. M., Gonzaga, N. M. & Batista, E. C. (2018). Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental, v. 1, ano 8, pp. 153-167.

Falcão, D., Bucher-Maluschke, J. (2006). A interdição de pessoas idosas com demência: uma ênfase nos conflitos familiares. In: Falcão, D. (Org.) (2010). *A família e o idoso: desafios da contemporaneidade*. Campinas: Papyrus.

_____. (2010). Os conflitos nas relações familiares de idosos com a Doença de Alzheimer. In: Falcão, D. (Org.) (2010). *A família e o idoso: desafios da contemporaneidade*. Campinas: Papyrus, pp. 129-149.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde do idoso: país começa a ser reconhecido por suas políticas públicas. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/saude-do-idoso.html>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

Floriani, C. A., Schramm, F. R. (2016). Cuidador do idoso com câncer avançado. *Cadernos de Saúde Pública*, v 22, n. 3.

Fontaine, R. (2010). *Psicologia do envelhecimento*. São Paulo: Loyola, 2010.

Fratezi, F., Gutierrez, B. & Falcão, D. (2010) Doença crônica: o processo de morrer e a morte do idoso na família. In: Falcão, D. (Org.). *A família e o idoso*. Campinas/SP: Papyrus, pp. 191-210.

Gaskell, G. & Bauer, M. (Orgs.) (2011). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução de Pedrinho Guareschi. 9. ed. Petrópolis: Vozes.

Gonçalves, L. T., Leite, M. T., Hildebrandt, L. M., Bisogno, S. C., Biasuz, S. & Falcade, B. L. (2013). Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 16, n. 2, pp. 315-325.

Gonçalves, L., Nassar, S., Daussy, M., Santos, S. & Alvarez, A. (2011). O convívio familiar do idoso na quarta idade e seu cuidador. *Ciências, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 10, n. 4, pp. 746-754.

Gratão, A. C., Talmelli, L. F., Figueiredo, L. C., Rosset, I., Freitas, C. P. & Rodrigues, R. A. (2013). Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Revista de Enfermagem USP*, v. 47, n. 1, pp. 137-144.

Guedea, L. V. (2006) Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e crítica*, v. 19, n. 2, pp. 301-308.

Guia Alzheimer. (2016). 10. ed., São Paulo: On Line Editora.

Gvozd, R. & Dellarozza, M. S. (2012). Velhice e a relação com idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 15, n. 2, pp. 295-304.

Hermes, H. R., Lamarca, I. C. (2013). Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais da saúde. *Ciência e Saúde coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2577-2588.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população 2015. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/Estimativas_de_populacao/Estimativas_2015>. Acesso em: 13 abr. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População do Brasil com 25 anos ou mais. (2016). Disponível em: <http://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/pnad-continua-2016/>. Acesso em: 01 jul. 2018.

Ilha, S., Zamberlam, C., Nicola, G., Araújo, A., Backes, D. (2014). Refletindo acerca da Doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso. *Revista Enfermagem Centro Oeste Mineiro*, v. 4, n. 1, pp. 1057-1065.

INCA. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2016) **Cuidados paliativos**. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos>. Acesso em: 01 jul. 2018.

Koerner, S. S., Shirai, Y. & Kenyon, D. B. (2010). Sociocontextual circumstances in dayly stress reactivity among caregivers for eldes relatives. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, v. 65B, n. 5, pp. 561-572.

Luders, S., Storani, M. (2005). Demência: impacto para a família e a sociedade. In: Netto, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, pp. 146-159.

Martinelli, Juliana. (2017). Por que a idade é fator de risco para o câncer? Disponível em: <http://idosos.com.br/incidencia-de-cancer-em-idosos>. Acesso em: 06 jul. 2018.

Martinez, A., Constantino, B., Messina, C. (2014). Percepções sobre o cuidado com idosos portadores de Alzheimer: contribuições a partir dos discursos da equipe de enfermagem. *Revista Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 16, n. 2, pp. 76-79.

- Monteiro, C. R., Faro, A. C. (2016). O cuidador do idoso e sua compreensão sobre a percepção e o tratamento das fraturas de fêmur. *Estudos Interdisciplinares Envelhecimento*, v. 10, pp. 105-121.
- Moreira, V. & Nogueira, F. (2008). Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. *Revista USP*, v. 19, n. 1, pp. 59-79.
- MTECBO. Ministério do Trabalho e Emprego. (2017). Código Brasileiro de Ocupações. Disponível em: www.ocupacoes.com.br/cbo-mte/516210-cuidador-de-idosos. Acesso em: 01 jun. 2018.
- Munhoz, C., Ravagni, L. & Leite, (2008). Como a família ajuda ou dificulta o cuidado para a pessoa idosa. In: Born, T. (Org.). (2008). *Cuidar melhor e evitar a violência*:
- Nardi, E. F. & Oliveira, M. L. (2008). Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 29, n. 1, pp. 47-53.
- Neri, A.A. (2009). O envelhecimento no universo do trabalho: desafios e oportunidades depois dos 50 anos. In: Barros, J.C. (Org.) *Empreendedorismo, trabalho e qualidade de vida na terceira idade*. São Paulo: Edicon.
- Netto, M. P., Luders, S. L. & Klein, E.L. (2007). Demência: impacto sobre cuidador, família e sociedade. Em: Netto, M. T. *Tratado de gerontologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, pp. 339-368.
- Neto, F., Barros, J. (2001). Solidão em diferentes níveis etários. Em: *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, v. 3, pp. 71-88.
- Oliveira, A., Caldana, R. (2012). As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 21, n. 3, pp. 675-685.
- Otoni, M. A. (2011). A trajetória das políticas públicas de amparo ao idoso no Brasil. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social). Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros/MG.
- Paschoal, S. D. (2008). Diminuição da capacidade funcional, fragilização e dependência. In: Born, T. (Org.). (2008). *Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do cuidador da pessoa idosa*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, pp. 113-120.
- Perracine, M. B., Neri, A. L. (2012). Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: Neri, A. L. (ed.) *Cuidar de idosos no contexto da família*, pp. 137-166, Campinas: Alínea.
- Pereira, L. L. & Dias, A. (2007). O familiar cuidador do paciente terminal. *Psicologia*, v. 38, n. 1, pp. 55-65.
- Pessoa A, I. (2008). O envelhecimento na agenda da política social brasileira: avanços e limitações. Tese (Doutorado em Política Social). UNB: Brasília.

Polit, D; Beck, C; Hungler, B. (2004). Fundamentos da pesquisa em enfermagem, 5.ed. Porto Alegre: Artmed.

Poltroniere, S., Cecchetto, F., Souza, E. (2011) Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 32, n. 2, pp. 270-278.

Ravagni, L. (2008). O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades. In: Born, T. (Org.). (2008). Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, pp. 53-63.

Ribeiro, P. C, Neri, A. L., Cupertino, A. P., Yassuda, M. S. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. Revista Psicologia em Estudo, v. 14, n. 8, pp. 501-509.

Robbe, J. (2008). O cuidador principal e sua relação com os demais cuidadores. In: Born, T. (Org.). (2008). Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, pp. 64-69.

Rodriguez, M. I. (2014). Despedida silenciada: equipe médica, família, paciente – cúmplices da conspiração do silêncio. Psicologia. São Paulo, v. 23, n. 2, pp. 261-272.

Rozendo, A. e Justo, J. (2011). Velhice e terceira idade: tempo, espaço e subjetividade. Revista Kairós Gerontologia, v. 14, n. 2, pp. 143-159.

Scheffer, M., Klein, L. A. & Almeida, R. M. (2013). Reabilitação neuropsicológica em pacientes com lesão vascular cerebral. Avances em Psicologia Latinoamericana, v. 31, n. 1, pp. 46-61.

Seima, M., Lenardt, M., Caldas, C. (2014). Relação no cuidado familiar e o idoso com Doença de Alzheimer. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 2, pp. 233-240.

Silva, C. F., Dias, C. M. (2016). Violência contra idosos na família. Psicologia: ciência e profissão, v. 36, n. 3, pp. 637-652.

Vizzachi, A., Daspett, C., Cruz, M., Horta, A. (2015). A dinâmica familiar diante da Doença de Alzheimer em um de seus membros. Revista Escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. 6, pp. 933-938.

Volles, C., Bussoletto, G., Rodacoski, G. (2012). A conspiração do silêncio no ambiente hospitalar. Revista da SBPH, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, pp. 212-231.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FACULDADE LABORO E CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO

Título do Projeto: O cuidador do idoso no contexto familiar

Pesquisadora: LUCI LEMOS BARBOSA BORGES

Fone da pesquisadora responsável: (61) 9 8152-4320 ou (61) 3366-3887

E-mail: lucylemos@uol.com.br

Objetivo da pesquisa: Investigar as dificuldades do idoso no exercício do papel de cuidador de outro idoso no contexto familiar.

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa exatamente por atuar no cuidado de idoso em seu contexto familiar.

A participação na pesquisa consiste em responder a uma entrevista realizada na sua residência ou em outro local de sua preferência. A participação é voluntária. Se não quiser participar, poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Conforme previsto nas normas brasileiras de pesquisa com participação de seres humanos, não haverá nenhum tipo de compensação financeira pela participação.

Os dados informados são confidenciais e ficarão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora. Serão apresentados apenas os resultados da pesquisa sem revelar o nome dos participantes ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está impresso em duas vias, sendo uma arquivada pela pesquisadora e a outra entregue à pessoa entrevistada.

Brasília, ___ de _____ de 2018.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ RG _____, após receber explicação sobre os objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos, concordo voluntariamente em fazer parte dele.

Participante

Luci Lemos Barbosa Borges
Pesquisadora responsável

ANEXO A - PARECER CEP 162/2018

(61) 3445-5717 / E-mail: cep@unieuro.com.br
Av. das Nações, Trecho 0, Conjunto 5 - Brasília-DF
CEP: 70.200-001

PARECER Nº 162/2018

Projeto: O cuidador do idoso no contexto familiar

Protocolo: 2.642.180

Pesquisador Responsável: Luci Lemos Barbosa Borges

CAEE: 89000718.9.0000.5050

O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário **UNIEURO**, após apreciação ética do presente projeto, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do mesmo. Para a emissão do parecer, observaram-se as disposições contidas na resolução número 466/12 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares. Ressaltamos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 466/12 CNS/MS, em relação ao desenvolvimento do projeto.

Brasília, 08 de Maio de 2018

Flávia P. de Faria
Mat. 3005
Coordenadora do CEP
UNIEURO

Flávia Perassa de Faria

Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa /UNIEURO