

**CUIDAR DE SI E DO OUTRO: ESTUDO SOBRE OS CUIDADORES DE IDOSOS**  
**TAKE CARE OF ONESELF AND OTHER: STUDY OF ELDERLY CAREGIVERS**

Sílvia Virgínia Coutinho Areosa <sup>1</sup>✉, Letícia Fernanda Henz <sup>1</sup>, Daniela Lawisch<sup>1</sup>, & Renata Coutinho Areosa<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) Campus Santa Cruz do Sul, RS, Brasil;

<sup>2</sup> Universidade Federal de Pelotas (UFPel) Campus Pelotas, RS, Brasil

---

**RESUMO-** O artigo apresenta uma pesquisa qualitativa que objetivou identificar as principais queixas implicadas no cuidado com o idoso e como estas podem estar interferindo na rotina diária dos cuidadores. A coleta dos dados se deu através de uma entrevista com doze cuidadores de idosos assistidos por uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), de um município do interior do Rio Grande do Sul, realizada por meio de visitas domiciliares. Verificou-se que a maioria dos cuidadores é do sexo feminino, são cuidadoras informais, de meia-idade ou idosas. A partir dos resultados foi possível identificar que a rotina estabelecida pelo cuidado do idoso dependente é constituída por situações de conflito, tensões, desgastes físicos e emocionais, alterações de planos de vida, isolamento social e por sobrecarga de trabalho.

*Palavras-chave* - cuidador, idoso, ESF.

---

**ABSTRACT-** The article presents a qualitative research aimed to identify the main complains involved in caring for the elderly and how these may be interfering with the daily routine of caregivers. The data was collected through an interview with twelve caregivers of elderly people assisted by Family Health Strategy (FHS), a municipality within the Rio Grande do Sul, conducted through home visits. It was found that most caregivers are female, informal caregivers, middle-aged or elderly. From the results it was possible to identify the routine established for the care of dependent elderly people is made up of conflict, stress, physical and emotional exhaustion, changes in life plans, social isolation and overwork.

*Key- words* - caregiver, elderly, FHS.

---

Recebido em 5 de Junho de 2012/ Aceite em 12 dezembro 2013

O envelhecimento populacional acarreta profundas implicações sobre as políticas sociais e representa um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. O Brasil vem envelhecendo de forma rápida e intensa e já conta hoje com mais de 14,5 milhões de idosos. Dentre esta população idosa, muitos são dependentes de cuidados especiais, e em função disso, o número de cuidadores também vem aumentando consecutivamente. Porém, pouco se

---

✉ Programa de Mestrado e Doutorado em Desenvolvimento Regional da UNISC. Av Independência, 2293, bloco10. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. Tel: 55(51) 37177392; 55 (51)92629761. E-mail: sareosa@unisc.br

conhece do impacto sobre o sistema de saúde de idosos que estão dependentes e necessitam de um cuidador. Já nos países desenvolvidos, o cuidador é assimilado como um parceiro da equipe de saúde, mas aqui no Brasil ele ainda não tem seu papel reconhecido no sistema de saúde (Neri, 2002).

A constituição brasileira de 1988 afirmou que o suporte ao idoso deve ser responsabilidade primeiramente da família, da sociedade e finalmente pelo Estado, preferencialmente em seu domicílio. A relação de cuidado é normalmente realizada pelas mulheres, sendo as principais cuidadoras na maioria das sociedades. “Estudos como os de Erbolato (2006) mostram que idosos preferem recorrer primeiro ao sistema de suporte informal (parentes, amigos, vizinhos e conhecidos) para resolução de problemas...” (Areosa, 2010, p.53).

Devido a vários fatores, como por exemplo, a redução do custo da assistência hospitalar e institucional aos idosos incapacitados, tanto no Brasil como em outros países, a atual tendência é indicar a permanência dos idosos incapacitados em suas casas sob os cuidados de sua família ou de outras pessoas. Além disso, o fato da velhice sem independência e autonomia estar sendo mantida no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições asilares, impede qualquer visibilidade e, conseqüentemente, qualquer preocupação política de proteção social, esta ainda faz parte de uma face oculta da opinião pública (Karsch, 2003).

Sendo assim, Rocha (2008) afirma que é primordial que se ofereçam condições de infraestrutura e de suporte para que os familiares possam efetivamente exercer o papel de cuidadores. É necessário que, além de se conhecerem as necessidades de cuidado da pessoa dependente, também se conheça a situação dessas famílias: suas demandas, suas crenças, seus valores e suas práticas socioculturais.

Como o nosso sistema de saúde mostra-se precário frente a dados de idosos dependentes, conseqüentemente o olhar para os cuidadores de idosos também se encontra bastante carente de atenção. Devido a esta ausência tanto de dados como de ações e auxílio para com estas pessoas, a pesquisa teve como objetivo buscar identificar quais as principais queixas implicadas no cuidado com o idoso e como estas podem estar interferindo na rotina diária dos cuidadores assistidos por uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), num município do interior do Rio Grande do Sul. A partir disso, foi possível identificar que esta rotina constitui-se por situações de conflito, tensões, desgastes físicos e emocionais, alterações de planos de vida, isolamento social e a sobrecarga de trabalho.

Portanto, nesta pesquisa procurou-se analisar e dar visibilidade a realidade enfrentada pelos cuidadores de idosos, buscando parcerias com os demais profissionais da área da saúde, com o propósito de criar estratégias para futuras intervenções que auxiliarão o cuidador e conseqüentemente o idoso cuidado.

### As faces do cuidado

O cuidador pode ser considerado aquela pessoa que dedica a tarefa de cuidar de um idoso, seja ela membro da família que, voluntariamente ou não, assume essa atividade, seja pessoa contratada pela família. O cuidador acaba servindo como ego auxiliar e como função do idoso (Zimmermann, 2000). Quando fala-se em cuidador “é quase impossível destriná-lo daquele que é o alvo do cuidado. Os dois elementos desta relação interagem e inter-

influenciam-se entre si, sendo ainda influenciados por sistemas mais abrangentes” (Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007, p.189).

Segundo Santos (2003), independente do lugar, a família é a principal fonte de apoio e de cuidado ao idoso. Por mais que, muitas vezes, o cuidado dispensado pelos membros da família não seja o mais adequado tecnicamente, mas têm fortes expressões simbólicas, devido aos vínculos afetivos.

Conforme literatura gerontológica, na grande maioria dos países ocidentais, a mulher que acaba desempenhando a tarefa de cuidar. Devido a questões de atribuições de papéis, a mulher ainda continua com esta tarefa de cuidar, cuidar dos filhos, cuidar da casa, do marido, de doentes. Outro fator essencial na escolha de um cuidador e bem característico das mulheres é o apego emocional, tanto para quem cuida como para quem está sendo cuidado (Neri, 2002). Além disso, em muitos casos quem assume o papel de cuidador é a cônjuge que também é uma pessoa idosa e que já apresenta certos problemas de saúde, sendo assim, pessoas idosas estão cuidando de idosos.

No momento em que a mulher assume seu papel de cuidadora, acaba diminuindo as suas atividades de lazer e de oportunidades para a vida social. Porém, quando esta mulher não quer assumir este papel, torna-se alvo de pressão social e familiar, resultando conflitos familiares e conseqüentemente ela acaba criando sentimentos de culpa. Sendo assim, este cuidado acaba cumprindo normas socioculturais fundamentais à continuidade da sociedade, ou seja, a necessidade de atender certas normas relativas ao dever de manter, proteger e ajudar o idoso.

O cuidador familiar de idosos incapacitados precisa receber orientações de como proceder durante os processos de um cuidado, e receber em casa periódicas visitas de profissionais, médico, pessoal de enfermagem, de fisioterapia, psicologia e outras modalidades de supervisão e capacitação. Esta orientação serve de apoio e é de fundamental importância, principalmente quando se trata de um casal de idosos, em que, conforme já citado acima, o cônjuge menos lesado assume os cuidados do outro, que foi acometido por uma súbita e grave doença incapacitante (Karsch, 2003).

Porém, cotidianamente os profissionais de saúde que atuam em Estratégias de Saúde da Família (ESF) e realizam visitas domiciliares, principalmente Agentes Comunitárias de Saúde, se deparam com idosos que necessitam de cuidados domiciliares e com cuidadores familiares de idosos que também necessitam de cuidados. O que se depreende desses cenários é uma carência de suporte e uma falta de estrutura mais eficaz, que proporcione a esses cuidadores familiares melhores capacidades para prestar um cuidado efetivo ao idoso (Martins et al., 2007).

Na maioria dos casos de pessoas idosas dependentes, a demanda por cuidados é assumida pela família e, em consequência, a necessidade frequente de se recorrer à assistência social e de saúde para apoio aos familiares. O Sistema Público de Saúde do Brasil, entretanto, ainda não fornece o suporte adequado ao idoso que adoce nem à família que dele cuida (Rocha, 2008).

O modelo da atenção domiciliar é um modelo assistencial que conforme Fernandes e Fragoso (2005), é capaz de resolver ou de minimizar os problemas de saúde do idoso, isso se dá no local onde ocorrem as principais relações pessoais e sociais do mesmo, o que acaba por influenciar seu estado de saúde. “... este tipo de cuidado é importante na redução das perdas do idoso produzidas pelo envelhecimento; diminuindo a possibilidade de hospitalização do

idoso num estágio avançado da doença, o que aumenta os custos econômicos, além de favorecer a humanização do cuidado” (Areosa, 2010, p.55).

A atenção domiciliar surge como modelagem de atenção especialmente para idosos com doenças incapacitantes, dependentes do apoio de cuidadores. Essa modalidade de atenção é tão antiga quanto os agrupamentos sociais, mas tem se tornado mais visível com o envelhecimento da população e a reconfiguração do domicílio como lócus do cuidado.

Os cuidadores, profissionais ou não, realizam as mais variadas tarefas, cuidando e restabelecendo a qualidade de vida do idoso. Cuidador formal é o profissional de saúde que assume esta atividade como uma profissão, e para a qual teve uma formação acadêmica (Oliveira, et al., 2007). Os cuidadores formais prestam cuidados no domicílio com remuneração e com poder decisório reduzido, cumprindo tarefas delegadas pela família ou pelos profissionais de saúde que orientam o cuidado. São profissionais capacitados para o cuidado, contribuindo de forma significativa para a saúde das pessoas cuidadas. Esses cuidadores têm, em geral, formação de auxiliar ou técnico de enfermagem, com formação orientada para o cuidado em saúde dos portadores de patologia física ou mental, em função do atendimento de necessidades específicas.

Os cuidadores informais são os familiares, amigos, vizinhos, membros de grupos religiosos e outras pessoas da comunidade. São voluntários que se dispõem, sem formação profissional específica, a cuidar de idosos, sendo que a disponibilidade e a boa vontade são fatores preponderantes (Rocha, 2008). O conhecimento do perfil dos cuidadores e de suas dificuldades no processo de cuidar permite, aos profissionais da saúde, planejar e implantar políticas e programas públicos de suporte social à família, voltados à realidade do cuidador. Isso porque o cuidador está em condições de sobrecarga de trabalho, o que contribui para o adoecer e para o desenvolvimento de situações de conflito entre o cuidador e o idoso dependente (Rocha, 2008).

No Brasil, existe uma carência nos apoios informais e formais para o cuidador que acaba ficando mais exposto a doenças, estados emocionais negativos e desorganização de sua vida, conseqüentemente o idoso também sofre, pois, fica sujeito a cuidados inadequados e insuficientes e, no limite, a abandono e maus-tratos.

Conforme alguns analistas é reducionista a posição tomada por autores em estar associando diretamente as demandas e as dificuldades objetivas associadas ao cuidado, a prejuízos à saúde dos cuidadores. Já é bem aceito pelos pesquisadores que as questões subjetivas são influenciadas pelo contexto cultural, pelas crenças, prioridades e valores do cuidador (Neri, 2002)

Através da pesquisa foi possível dar-se conta que há várias conseqüências possíveis no papel de cuidar, e estas se caracterizam tanto de forma negativa como positiva. Sendo assim, é relevante tornar claro que o cuidado a idosos acontece num cenário onde se fazem presentes relações de dar e receber que excedem os limites da velhice.

Para Neri (2002), as principais dificuldades inerentes às tarefas do cuidar de idosos com alta dependência, tanto físicas como cognitivas são:- A tarefa de cuidar desenvolvida por apenas uma pessoa, ou apenas um membro da família, sem ajuda e reconhecimento dos outros; - Tarefas que causam ônus físico e financeiro, que podem se agravar com a evolução da doença; - Falta de informações para exercer a tarefa de cuidar, pois existem poucos recursos sociais de apoio como também, poucas pessoas especializadas para dar suporte;-

Poucas fontes de apoio emocional; - O trabalho de cuidar rivaliza com o trabalho profissional; - Rivaliza o papel familiar desempenhado anteriormente pelos cuidadores; - A dinâmica cuidar-ser cuidado pode fazer aflorar sentimentos negativos antigos que estavam guardados e a situação pode ficar de difícil manejo.

A maioria das pesquisas destaca mais efeitos negativos sobre o cuidador: doenças psiquiátricas, utilização maior do que usual de drogas psicotrópicas, mais doenças somáticas, pior saúde percebida, isolamento social, estresse pessoal e familiar, e sentimentos de ter que cumprir uma obrigação exageradamente pesada e causadora de tensão (Neri, 2002).

Entre a população cuidadora e a não cuidadora, destacam-se por parte de quem cuida mais sintomas depressivos, depressão clínica e ansiedades atribuídas ao cuidado, principalmente no caso de mulheres. Os homens, diferente das mulheres que gastam bem mais tempo e se envolvem mais na tarefa de cuidar, procuram ajuda informal, engajam-se em comportamentos mais preventivos e distanciam-se do papel (Neri, 2002).

Segundo uma pesquisa realizada por Caldas (2003) as mulheres cuidadoras também demonstraram preocupação por não estarem cuidando adequadamente de sua própria saúde e relataram dificuldades em estar conciliando suas atividades como cuidadoras e o autocuidado. Esta dificuldade de autocuidado se dava principalmente em função da falta de apoio familiar e de redes de suporte social e de saúde. Sendo assim, pode se dizer que a sobrecarga física, emocional e sócio-econômica do cuidado de um familiar é imensa.

É importante não esperar que os cuidados sejam entendidos e executados corretamente sem que os responsáveis pelo paciente sejam orientados. Seria fundamental que profissionais de saúde treinassem o cuidador e supervisionassem a execução das atividades assistenciais necessárias ao cotidiano do idoso até que a família se sentisse segura para assumi-las. A família deve ser preparada também para lidar com os sentimentos de culpa, frustração, raiva, depressão e outros sentimentos que acompanham essa responsabilidade (Caldas, 2003).

Além dos aspectos negativos citados até então, é importante ressaltar a existência de aspectos positivos no ato de cuidar. Um dos aspectos positivos também considerados por algumas famílias mais pobres, através de estudos sobre transferências intergeracionais de Camarano (2002) baseado em dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), tem mostrado que, os idosos contribuem com o seu rendimento da aposentadoria para o orçamento domiciliar. Essa contribuição tem papel importante nas estratégias de sobrevivência do grupo doméstico. Porém, mesmo sabendo da existência de efeitos positivos na vida do cuidador, poucos dados se têm sobre este assunto, pois é uma área de estudo ainda incipiente e que oferece muito menos informação do que a pesquisa sobre os efeitos negativos.

Uma das estratégias eficientes que podemos pontuar é a Estratégia da Saúde da Família para fazer face a este desafio, mas seria necessário que a questão do cuidado ao idoso dependente fosse oficialmente incorporada na saúde pública, de forma específica, incluindo previsão de financiamento das ações e estabelecimento de uma rede de suporte institucional. Já o cuidador informal deveria ser visto como um agente de saúde e receber orientações direcionadas para prestar um cuidado adequado ao idoso, incluindo medidas preventivas para evitar a dependência precoce e específica sobre os cuidados com o idoso dependente que envelhece na comunidade (Karsch, 2003).

Portanto, pode se inferir que o cuidador e o idoso cuidado estão a exigir novas formas de assistência e novos enfoques por parte das políticas públicas de saúde. Além do que, o próprio envelhecimento da população brasileira está se dando num momento de profunda desordem econômica, deixando, com certeza, a população de baixa renda mais desamparada e carente, demandando posturas de apoio compensatório a essa realidade. Devido a esta situação social, configura-se um severo e crítico quadro de exclusão social do idoso, tanto mais grave, quando esse idoso perder a sua capacidade funcional (Karsch, 2003).

### MÉTODO

#### *Participantes*

Foram entrevistados dois cuidadores, moradores de cada uma das seis micro áreas dos bairros assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando doze cuidadores. A nossa amostra de cuidadores é do sexo feminino, ou seja, todas sendo mulheres responsáveis pelo cuidado do idoso. A maior parte corresponde a cuidadoras familiares, dentre elas, três são esposas, três são filhas, uma é neta e uma é nora. Portanto, esta amostra se compôs por 67% de cuidadoras com um grau de parentesco com o idoso (cuidadoras informais) e 33% correspondem a cuidadoras sem parentesco nenhum (cuidadoras formais), recebem remuneração pelo cuidado, porém, não são profissionais capacitados para o cuidado. Referente à faixa etária das cuidadoras, 16% delas são adolescentes (15 anos e 17 anos), 42% são cuidadoras adultas (de 43 a 56 anos) e 42% são cuidadoras idosas (60 a 75 anos). Em relação a amostra dos idosos corresponde a 58% do sexo feminino e 42% do sexo masculino, todos dependentes.

#### *Material*

Como instrumento de coleta de dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas dirigidas pelos alunos pesquisadores e gravadas por estes durante visitas às residências, juntamente com a Agente Comunitária de Saúde responsável pela micro-área, porém, esta não permanecia no local enquanto era realizada a pesquisa.

#### *Procedimento*

A metodologia de pesquisa usada foi a qualitativa, e permitiu o estabelecimento de vínculos com os sujeitos pesquisados, o que facilitou um estudo mais detalhado do assunto, exigindo dos pesquisadores uma observação detalhada e apurada para a facilitação do processo de coleta e análise de dados. A fim de alcançar os resultados que foram propostos através dessa pesquisa, foram realizados os seguintes procedimentos: realização de um levantamento do número total de cuidadores de idosos, através da ESF, nas seis micro-áreas existentes, juntamente com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), com auxílio dos prontuários. Após este levantamento, foi realizado um sorteio de dois cuidadores por cada micro-área, totalizando doze pessoas a serem pesquisadas.

A partir do material coletado, foi feita a análise dos dados e das categorias emergentes. A metodologia utilizada para análise de dados foi a análise de conteúdo de Bardin (2004), cujo



objetivo é compreender o sentido das comunicações e suas significações explícitas e/ou ocultas. Seu procedimento visa ainda obter a sistematização e descrição dos conteúdos das mensagens, os quais permitem a inferência de conhecimentos.

Foram observados todos os aspectos éticos conforme direcionamento do CONEP de acordo com a resolução nacional nº196/96, tendo a pesquisa sido aprovada pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC sob o protocolo nº 2462/09.

## RESULTADOS

Das cinco idosas cuidadoras, duas realizam este cuidado para receber um salário, duas são esposas e uma é nora. Desta forma, destaca-se que grande parte da amostra cuidadora também já é idosa, ou seja, idosa cuidando de outro (a) idoso (a). Observa-se, portanto, que as cuidadoras são na sua maioria de meia-idade ou idosas, porque existe uma norma social implícita segundo a qual cabe aos filhos e aos cônjuges cuidar dos idosos.

A partir da análise dos resultados emergiram categorias que serão discutidas a seguir: as queixas das cuidadoras frente ao cuidado com o idoso que se refere às principais dificuldades encontradas nas tarefas do cuidar; os sentimentos implicados no cuidado, ou seja, o que as cuidadoras sentem quando estão realizando as práticas de um cuidado; o olhar que elas têm para si, já que estão cuidando do outro, quais as possibilidades de cuidar de si própria; as doenças desenvolvidas pelas cuidadoras após iniciarem o cuidado de um idoso; o uso de medicamentos para identificar se as cuidadoras estão necessitando tomar algum medicamento depois que iniciaram o cuidado; qual o conhecimento e preparo que as cuidadoras têm para cuidar do idoso; as diferenças observadas nos relatos das cuidadoras informais e das cuidadoras formais.

Referente à categoria **queixas**, dentre as maiores encontradas no cuidado com o idoso, destaca-se que a maioria da amostra traz na sua resposta relatos que se referem aos esforços físicos necessários para realizar o cuidado, como por exemplo: dar banho, levar ao banheiro, tirar da cama, levar para outro lugar da casa, que conseqüentemente geram dores musculares, dores nas costas, etc. Pelo fato de todos os idosos da amostra apresentarem dificuldades em caminhar ou estarem acamados, conseqüentemente exigem das cuidadoras maiores esforços físicos. Além disso, percebeu-se que pelo fato de muitas cuidadoras estarem durante o dia cuidando sozinhas dos idosos, obrigam-se a realizar esforços físicos para auxiliar os idosos nas suas necessidades.

*“... Também, outra coisa é a dor nas costas né, muitas vezes eu coloco ela sozinha na cadeira, minha nora tá grávida agora, daí complica mais ainda e então minha pequena que ajuda. Volte e meia dá essa dor, acho que é faze muita força sozinha. O Dr. sempre diz, aí ele me dá o remédio, a dor nas costas é o problema que dá, né. É tipo de dor muscular, é que a gente faz esforço demais...” (Cuidadora informal).*

*“Olha, o mais difícil às vezes é dá banho, esse é o pior, mas eu pego ela, boto numa cadeira...Daí eu levanto ela e não sento mais ela porque é difícil senta ela e levanta...” (Cuidadora formal).*

Além disso, a segunda maior queixa é o **comportamento do idoso**, como a teimosia, o mau humor, o reclamar de tudo.

*“A teimosia dela. É muito teimosa, não tem como a gente conversar, porque ela rebate contra mim sabe, e assim fica difícil pra mim, e pra ela. Que é muito difícil, muito complicado”* (Cuidadora informal).

*“É que ela reclama muito, assim, pra ela não tá nada bom, sabe, reclama bastante”* (Cuidadora informal).

Portanto, por mais que alguns idosos não aceitem a sua dependência, existem outros que acabam tornando-se totalmente dependentes da cuidadora, não aceitando cuidados de outras pessoas e também não se esforçando para fazer algumas atividades consideradas possíveis para eles, gerando a acomodação. Esta grande dependência do idoso acaba interferindo muito na rotina de vida da cuidadora, gerando uma sobrecarga e conseqüentemente um isolamento social, o que na nossa amostra apontou principalmente para as cuidadoras informais.

Além das queixas citadas acima, foram citadas também os altos gastos na compra de fraldas e dietas, preocupações em deixar o idoso sozinho em casa, já que não tem ninguém para ajudar a cuidar durante o dia, lavar muita roupa, já que a idosa não aceita usar fraldas, descomprometimento de alguns familiares no auxílio pelo cuidado com o idoso.

*“Ah, o que é mais difícil é a lavação de roupa, né, ela é teimosa, não quer usar fralda, nem nada. Não quer nem um plástico no colchão, já imaginou? Faz xixi direto...”* (Cuidadora informal).

*“... Aí a dificuldade é o dinheiro que fora a dieta dela tem água, luz e comida...”* (Cuidadora informal).

*“... A única preocupação é quando eu tenho que sair, porque daí ele fica sozinho...”* (Cuidadora informal).

Já quanto a desresponsabilização de outros familiares na atenção ao idoso citado acima, evidenciou-se em algumas cuidadoras familiares certa revolta, por sentirem-se obrigadas a cuidar. Acredita-se que estes sentimentos estão diretamente implicados nas práticas do cuidar e acabam interferindo na qualidade do mesmo. Por isso, também se considera que o cuidador formal pode ser mais indicado nestas situações.

Ao analisarmos os **sentimentos implicados no cuidado** com o idoso, a maioria das cuidadoras teve dificuldade para nomear um sentimento ou falar sobre este assunto. Porém, no decorrer dos seus relatos descreveram sentir stress, obrigação de cuidar, cansaço, esforço, pena, amor, adoração e afeto. Destes sentimentos citados como: pena, amor, adoração e afeto se destacaram mais nas cuidadoras formais e os sentimentos de obrigação, cansaço, esforço e stress se destacaram mais nas informais.

*“É. A gente faz por obrigação no caso, né, porque tem que ter alguém pra cuidar, né.”* (Cuidadora informal).

*“Às vezes eu me pergunto por que a gente tem que passar por isso né, sei lá, não sei”* (Cuidadora informal).

*“... Eu gosto de fazer isso, as pessoas se apegam em mim. Eu tenho amor naquilo que faço...”* (Cuidadora formal).

*“... tem dias que eu tô bem cansada, sabe assim. Mas nem por isso eu deixo de atender ela bem, e gostar dela, e ela tem uma loucura por mim”* (Cuidadora formal).



No que se refere a ter um **olhar para si**, é através da divisão das tarefas no cuidado com o idoso que grande maioria das cuidadoras recorre a algum familiar para solicitar ajuda, tanto nos finais de semana ou à noite; assim 67% das cuidadoras conseguem ter um cuidado e um olhar para si, inclusive tendo uma preocupação consigo mesmo, já que precisa cuidar do outro. Este olhar para si foi interpretado muito mais pelas cuidadoras num sentido onde o seu cuidado se focava mais nas questões fisiológicas do que psicológicas, deixando de lado questões emocionais e priorizando o corpo. Portanto, o olhar para si remeteu-se muito mais para um cuidado que lhe dê condições físicas necessárias para atender ao idoso, do que pensando no seu bem-estar.

*“... eu me cuido para mim estar bem, porque eu tenho que cuidar dela (da idosa) e da pequena, né.”(Cuidadora informal).*

*“Eu cuido dos outros cuidando de mim, porque na hora que tu pega uma pessoa, tu tem que prepara o teu corpo, né. Porque se tu não se cuida, não prepara o corpo, fica pior que a pessoa doente” (Cuidadora formal).*

*“... Tu tem que pensa em ti, pensa em si e pensa no próximo também” (Cuidadora formal).*

Na análise das respostas frente às **doenças desenvolvidas pelas cuidadoras**, a grande maioria (67%) traz nos seus relatos questões referentes ao stress devido à função da tarefa de cuidar. Novamente, dentre a amostra citada, o stress ficou nitidamente mais marcado nas falas das cuidadoras informais, o que pode se dar por vários motivos, inclusive alguns já discutidos acima: sobrecarga de tarefas, isolamento social, obrigação de cuidar, descomprometimento dos demais familiares, comportamento do idoso, altos gastos, a enfermidade do idoso, na qual a cuidadora pode estar sofrendo ao presenciar constantemente seu familiar com problemas de saúde.

*“É... às vezes a gente se estressa um pouco, mas passa” (Cuidadora formal).*

*“... Eu não sei se é muito stress o que é que é...eu tenho assim...tenho zoeira, barulho na cabeça de noite, eu não consigo quase dormir. De manhã eu não vejo a hora de clarear o dia pra poder me levantar” (Cuidadora informal).*

*“... só cansaço, né, stress, alguma coisa assim, mais irritada” (Cuidadora informal).*

Quanto à categoria **medicamentos**, das cuidadoras acima citadas, a metade delas toma ou já tomou um medicamento antidepressivo. Observa-se que além dos medicamentos antidepressivos, também foram citados medicamentos para dor muscular, tireóide, diabete e colesterol. Portanto, acredita-se que o uso de medicamentos, principalmente os antidepressivos, esteja ligado diretamente pelo excessivo desgaste físico e emocional sofrido pelas cuidadoras.

*“Eu tomo Puran, para tireóide e fluoxetina, já tomo bem mais tempo” (Cuidadora informal).*

*“O doutor me deu aquele, fluoxetina, pra stress ,né” (Cuidadora informal).*

Referente à categoria **conhecimento da doença do idoso**, evidenciou-se que um quarto das cuidadoras não sabiam ao certo qual doença o idoso apresentava, sendo duas delas cuidadoras formais. Em contraponto, a grande maioria das cuidadoras consideram-se **preparadas para realizar o cuidado**. Das doenças citadas destaca-se o acidente vascular cerebral (AVC) com um total de 33% e o Mal de Alzheimer com 17% e as demais doenças citadas são: problema no

coração, diabetes, pressão alta, osteoporose, reumatismo, tireóide, úlcera varicosa, infecção pulmonar, “problema nas pernas”, “problema de nervos”, nas palavras das cuidadoras.

*“Ela tem dor nas juntas, acho que é osteoporose e úlcera varicosa na perna. Já faz muitos anos, trinta e poucos anos ela tem...” (Cuidadora informal).*

*“Ele só toma uns remédios, sei lá” (Cuidadora formal).*

### DISCUSSÃO

Segundo Oliveira et al. (2006), por determinação social a mulher é entendida como a primeira responsável pelo cuidado tanto a idosos como crianças. De fato, na maioria dos casos a responsabilidade pelo cuidado direto é assumida pela família do dependente. Quando o idoso é o cônjuge, entram em jogo normas de solidariedade devido a membros da mesma geração e à pessoa que participou do projeto pessoal e familiar do cuidador.

Acredita-se que para o idoso torna-se muito difícil aceitar a sua dependência, ou até mesmo, a sua rotina diária que é muito limitada e que reflete diretamente no relacionamento com o cuidador. Para tanto, as principais dificuldades encontradas ao lidar com o idoso, refere-se ao enfrentamento da teimosia e de sua resistência em seguir as orientações, isto deixa o cuidador freqüentemente abalado emocionalmente, psiquicamente e fisicamente. A maneira negativa como o idoso trata o cuidador pode revelar a não-aceitação da relação de dependência (Rocha, 2008).

Para tanto, Neri (2002) traz que independente de como forem às faces do cuidar, “a progressão da incapacidade, a instalação súbita ou gradual da dependência, o prognóstico da moléstia do idoso e os recursos de que a cuidadora dispõe para desenvolver suas tarefas, é certo que elas oneram a sua resistência física e psicológica” p. 137. A tarefa do cuidar se caracteriza por pressões e efeitos negativos, gerando distúrbios na vida pessoal e social, na saúde, nas finanças, e no bem estar físico e emocional, determinantes do estresse em cuidadores.

Pontua-se novamente uma diferença importante na fala das cuidadoras formais para as informais, destacando-se que estas últimas apresentaram na pesquisa as dificuldades enfrentadas por ter que viver em função de outra pessoa, tanto durante o dia como inclusive à noite. Além disso, o fato de sentir dificuldades de falar sobre sentimentos acaba nos remetendo a pensar como estas cuidadoras podem estar sentindo-se culpadas por estes sentimentos ou até mesmo não se permitirem esse sentimento.

A percepção do cuidador de estar se sacrificando gera um sentimento de estar cumprindo com sua obrigação, o que torna o cuidado gratificante. Cuidar do seu idoso fragilizado como missão proporciona sentimentos de gratidão, de reciprocidade e comprometimento entre as gerações. Para Rocha (2008), ter cuidado com alguém ou alguma coisa é um sentimento inerente ao ser humano, ou seja, é natural da espécie humana, pois faz parte da luta pela sobrevivência e também do cotidiano dos cuidadores de idosos.

A necessidade de cuidado do outro é mais evidenciada na dependência das pessoas para o atendimento de suas necessidades humanas básicas, porém, o cuidado de si possibilita o viver a autonomia do ser/estar e sobreviver (Souza et al., 2005) . O estudo realizado por Santos

(2003) também comprova que na prática do cuidado nem sempre existe uma divisão tão rígida entre as funções dos cuidadores, pois existe o envolvimento de outros atores do grupo doméstico ou até outras pessoas que não possuíam nenhum parentesco, portanto, o cuidado não se esgota em uma pessoa.

Outro dado observado e importante a ser pontuado é que as cuidadoras formais que não tem nenhum grau de parentesco com o idoso e que recebem remuneração pelo cuidado não apresentaram uso de nenhum medicamento durante todo este tempo que ocupam esta função, e mostraram-se mais compreensíveis com a situação do idoso. Por mais que duas delas apresentassem certas queixas quanto aos esforços físicos, e também por ficarem um pouco estressadas, percebeu-se que seus discursos diferem do cuidador familiar. O fato de o cuidado ser considerado um trabalho, torna-se uma fonte de renda para esta cuidadora, diferindo-se, portanto, da cuidadora familiar que cuida por obrigação ou sofre pela situação de dependência do idoso.

Segundo Karsch (2003) quando se afirma que os cuidados aos idosos dependentes devem ser feitos em casa, como uma recomendação importante por parte dos profissionais de saúde, isto muitas vezes pode ser um julgamento precipitado. Portanto, delegar à família a função de cuidar necessita de clareza sobre a estrutura familiar, o tipo de cuidado a ser executado, o tempo necessário, as características da doença e o acompanhamento profissional. Porém, põem-se em questão as conseqüências geradas tanto para o cuidador informal e para o idoso cuidado. Pelo que se observou na pesquisa, por mais que o domicílio do idoso seja o local mais indicado para o cuidado, problematiza-se se o cuidador informal está preparado para prestar este cuidado e, além disso, pelo fato do cuidador ser um familiar, geralmente acaba estando mais tempo em contato com este cuidado, tornando-se uma sobrecarga. Segundo Stuart-Hamilton (2002), existe muitas evidências de que cuidar de um parente demenciado geralmente resulta níveis significativos mais altos de depressão, estresse e outras doenças afins.

Ressalta-se que por mais que as cuidadoras consideram-se preparadas para prestar o cuidado ao idoso, percebeu-se na pesquisa que elas não tinham nenhum preparo técnico para cuidar do idoso, e sim, foram ao longo do tempo aprendendo as maneiras mais adequadas para cuidar. Além disso, apontou-se acima um desconhecimento sobre as doenças dos idosos ou mesmo falta de clareza sobre a doença e medicamentos. Portanto, acredita-se na necessidade das cuidadoras receberem orientações de como proceder nas situações mais difíceis, e receber visitas de profissionais da área da saúde para uma supervisão e capacitação para o cuidado tanto com o idoso, como com o seu próprio cuidado.

Salienta-se a importância do trabalho de acompanhamento da agente Comunitária de Saúde e de toda equipe do ESF a este usuário idoso e dependente, mas também ao seu cuidador. Porém, ressalta-se que nem o sistema de saúde, nem público ou privado, estão preparados para atender nem a demanda de idosos que cresce a cada dia, nem a de seus familiares (Caldas, 2003). Necessita-se, portanto delinear uma política que envolva todos os setores da sociedade, e não apenas o governo, e o estabelecimento de programas que atendam os idosos independentes, a fim de prevenir a dependência e, assistir aos cuidadores tanto para auxiliar no cuidado com o idoso dependente como em seu próprio cuidado.

Para isso, sugerimos que seja incluso de forma específica na Estratégia Saúde da Família a questão do cuidado ao idoso dependente, incluindo previsão de financiamento das ações e

estabelecimento de uma rede de suporte institucional. Desta forma, o cuidador informal poderia e deveria ser visto como um agente de saúde e receber orientações direcionadas para prestar um cuidado adequado ao idoso (Caldas, 2003). Além disso, criar espaços de sociabilidade, onde os cuidadores possam construir práticas para uma possível organização e planejamento das atividades cotidianas, dispondo de momentos para a auto-reflexão, aprendizagem, lazer e discussões acerca das dificuldades decorrentes do processo de cuidar, valorizando o potencial coletivo e a convivência na grupalidade. Podendo ainda, compartilhar seus sentimentos, emoções e concepções macro e microsociais nestes grupos.

Assim concluímos que o processo do cuidar do idoso no grupo pesquisado interfere nas atividades cotidianas, no comportamento e na vida dos cuidadores de idosos dependentes. Neste sentido, torna-se pertinente discutir questões articuladas à maneira como os cuidadores vivem e o desenvolvimento das suas vidas fora dos cuidados, na perspectiva de se desenvolver políticas sociais de suporte aos cuidadores, no intuito destes indivíduos terem a possibilidade de alcançar equilíbrio entre as exigências do cuidar e as necessidades, tanto fisiológicas quanto psicológicas na perspectiva de vida saudável e com qualidade. E assim uma limitação deste estudo foi não analisar as questões sócio-econômicas destes cuidadores.

É fundamental para a atenção ao idoso que os seus familiares sejam vistos como pessoas que possuem necessidades próprias e precisam ser ajudadas para que consigam executar sua tarefa de cuidadores na circunstância de adoecimento crônico que impossibilita ao idoso efetivar suas atividades de vida diária.

Sendo assim, a pesquisa nos traz uma problematização a respeito do cuidador informal e formal. Importante ressaltar que o cuidador informal geralmente acaba ficando mais tempo cuidando do idoso, por residir no mesmo local, gerando um excesso de atividades, uma sobrecarga. Outra questão importante é que pelo fato do idoso ser da família, o cuidador pode sofrer por se deparar com a dependência e a situação deste idoso. Além disso, o cuidador familiar, muitas vezes não tem escolha e sente-se na obrigação de cuidar, como também, podem existir as dificuldades financeiras que precisam ser enfrentadas devido aos gastos com o idoso. Portanto, as preocupações destes cuidadores acabam sendo maiores do que dos cuidadores formais que cuidam para receber um salário e geralmente se deslocam para suas casas no final de seu “expediente”.

Portanto cabe nos perguntar, até que ponto é mais indicado este cuidado ser de competência de um familiar? Porém, sabe-se que a maioria das situações se configura desta forma pelo fato de não existirem condições financeiras por parte da família para contratar um cuidador formal ou por sentirem-se obrigadas a exercer o cuidado em função de a pessoa dependente ser um membro da família. Para tanto, aponta-se a necessidade e urgência da criação de políticas públicas de saúde que englobem este público, tanto os idosos como os cuidadores, pois a dependência de um familiar idoso gera impacto na dinâmica, na economia familiar e na saúde dos membros da família que se ocupam dos cuidados.

## REFERÊNCIAS

- Areosa, S. V. C. (2010). A visita domiciliar a idosos: uma prática da Psicologia que ajuda pessoas com dependências severas. In S. V. C. Areosa (Org.), *Terceira idade na UNISC: Novos desafios de uma população que envelhece* (pp.46-62). Santa Cruz do Sul: EDUNISC.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 773-781. doi:org/10.1590/S0102-311X2003000300009
- Camarano, A. A. (2002). *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica (Texto para Discussão, 858)*. Rio de Janeiro: IPEA.
- Fernandes, M. G. M., & Fragoso, K. M. (2005). Atendimento domiciliário ao idoso na atenção primária à saúde. *Revista da Associação Portuguesa de Sociologia*, 8, 173-180.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 861-866. doi:org/10.1590/S0102-311X2003000300019.
- Martins, J. J., Albuquerque, G. L., Nascimento, E. R. P., Barra, D. C. C., Souza, W. G. A., & Pacheco, W. N. S. (2007). Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto contexto – Enfermagem*, 16, 254-262. doi:org/10.1590/S0104-07072007000200007.
- Neri, A. L. (2002). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas*. São Paulo: Alínea.
- Oliveira, M. A., Queirós, C., & Guerra, M. P. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: do caos à autopoiese. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 181-196.
- Oliveira, S. K., Landgraf Junior, F. J., Dellaroza, M. S. G., Yamada, K. N., Trelha, C. S., Cabrera, M. A. S. (2006). Perfil dos cuidadores de idosos atendidos pelo projeto de assistência interdisciplinar a idosos em nível primário - PAINP - Londrina – PR. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 5, 184-192. doi:org/10.4025/ciencuccuidsaude.v5i2.5074.
- Rocha, M. P. F., Vieira, M. A., Sena, R. R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61, 801-808. doi:org/10.1590/S0034-71672008000600002.
- Santos, S. M. (2003). *Idosos, família e cultura - Um estudo sobre a construção do papel do cuidador*. São Paulo: Alínea.
- Souza, N. R., Oliveira, A. A., Oliveira, M. L., Santos, C. V. S., Silva, A. C. C., & Vilela, A. B. A. (2005). Olhar sobre o cuidador de idosos dependentes. *Revista Saúde.com*, 1, 51-59.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice – Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.