

Aquilas Rodrigues, Sérgio Leandro; Akemi Wada Watanabe, Helena; Moreira Derntl, Alice
A saúde de idosos que cuidam de idosos
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 40, núm. 4, 2006, pp. 493-500
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033288007>



Revista da Escola de Enfermagem da USP,
ISSN (Versión impresa): 0080-6234
reeusp@usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

A saúde de idosos que cuidam de idosos

THE HEALTH OF THE ELDERLY THAT CARE FOR ELDERLY

LA SALUD DE ANCIANOS QUE CUIDAN DE ANCIANOS

Sérgio Leandro Aquilas Rodrigues¹, Helena Akemi Wada Watanabe², Alice Moreira Derntl³

RESUMO

O cuidado domiciliar aos idosos tem no cuidador familiar, geralmente o cônjuge, um grande aliado. Porém, verifica-se que estes freqüentemente têm queixas de saúde. Conhecer o significado de saúde para idosos cuidadores de seus cônjuges, quais as mudanças ocorridas após assumir este papel e como cuidam da própria saúde é o objetivo desse estudo qualitativo exploratório. Foram entrevistados idosos cuidadores de seus cônjuges. Os discursos foram analisados de acordo com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e apresentaram os seguintes resultados: Concepções de saúde: estar disposto, não ter sintomas, não precisar de médico, não depender de alguém ou demandar cuidado. Os cuidados com a própria saúde foram: controle alimentar, respeito às rotinas e hábitos pessoais, desenvolvimento das atividades cotidianas, atividades físicas e acompanhamento médico. Mudanças percebidas após terem se tornado cuidadores: cansaço, *stress*, preocupação, aparecimento de sintomas e doenças, aumento dos riscos à saúde e mudanças no cotidiano e auto-estima.

DESCRIPTORES

Assistência domiciliar.
Saúde do idoso.
Cuidadores.

ABSTRACT

Home care for the elderly has a great ally in the family caregiver, in general a spouse. However, these spouses frequently have health complaints themselves. To understand the meaning of health for elderly spouses who are caregivers, to know the changes in their health after taking this role and to learn how they take care of their own health, the authors developed an exploratory qualitative study in which elderly spouses caregivers were personally interviewed. The speeches were analyzed according to the Discourse Analysis on Collective Subject. The result is that they understood health as having energy, showing no symptoms, needing no doctor, depending on no one and requiring no care. They took care of their own health through diet control, respect to routines and personal habits, performance of their daily activities, physical activities and medical control. The changes noticed after becoming caregivers were tiredness, stress, preoccupation, development of symptoms and illnesses, increase of health risks and changes in routine and in self-esteem.

KEY WORDS

Home nursing.
Aging health.
Caregivers.

RESUMEN

El cuidado domiciliario a los ancianos tiene en el cuidador familiar, generalmente el cónyuge, un gran aliado. No obstante, se verifica que éstos con frecuencia tienen quejas de salud. Conocer el significado de salud para ancianos cuidadores de su cónyuge, cuáles son los cambios ocurridos después de asumir este papel y cómo cuidan de su propia salud es el objetivo deste estudio cualitativo exploratorio. Fueron entrevistados ancianos cuidadores de su cónyuge. Los discursos fueron analizados de acuerdo a la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo y presentaron los siguientes resultados: Concepciones de salud: estar dispuesto, no tener síntomas, no necesitar de médico, no depender de alguien o demandar cuidado. Los cuidados a la propia salud fueron: control alimenticio, respeto a las rutinas y hábitos personales, desarrollo de las actividades cotidianas, actividades físicas y acompañamiento médico. Cambios percibidos después de tornarse cuidadores: cansancio, *stress*, preocupación, aparición de síntomas y enfermedades, aumento de los riesgos a la salud y cambios en el cotidiano y auto-estima.

DESCRIPTORES

Atención domiciliaria de salud.
Salud del anciano.
Cuidadores.

- 1 Graduando da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).
sergioaquilas@gmail.com
- 2 Enfermeira. Professora Doutora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP).
hwatanab@usp.br
- 3 Enfermeira. Professora Doutora da FSP-USP. Coordenadora do Projeto CapaciDADE.
bemviver@usp.br

INTRODUÇÃO

O cuidado a idosos e a pessoas dependentes não é algo novo. Deu-se tradicionalmente no âmbito privado do domicílio. A família era reconhecida como fonte de cuidados de longa duração para essas pessoas e a figura feminina a eleita como agente desse cuidado. Com as mudanças decorrentes do processo de industrialização, da urbanização da população rural, do ingresso da mulher no mercado de trabalho houve também mudanças na estrutura familiar que passou de ampliada a nuclear.

Vários estudos demonstram as modificações na demografia do Brasil⁽¹⁻³⁾. A esperança de vida ao nascer, que era de 33,7 anos na década de 40, passou para 64 anos no final da década de 90 e será de cerca de 75,3 anos no ano 2025⁽⁴⁾.

O processo de envelhecimento e sua consequência natural, a velhice, implicam em uma série de modificações nos aspectos físicos, psíquicos e sociais do ser humano, levando, muitas vezes, à necessidade de ser cuidado.

Atualmente, observa-se no mundo uma forte tendência de estímulo ao comprometimento da comunidade nas questões relacionadas aos cuidados de longa duração. No âmbito familiar, observa-se um rearranjo visando o atendimento das necessidades dos dependentes, seja de companhia, de ajuda no desenvolvimento das atividades de vida diária ou de cuidados com a saúde. No caso do idoso, pressupondo-se que ele perde capacidades progressivamente, o agravamento das doenças crônicas, com o passar dos anos, vai tornando a necessidade de cuidados cada vez mais intensa, assim, o seu cuidador termina por assumir encargos que vão muito além de suas possibilidades técnicas e emocionais.

Ao contrário do que se pensa, as famílias continuam sendo a principal fonte de sustento dos idosos e as primeiras que os socorrem quando necessário. A família oferece apoio social, funcional, econômico ou material e afetivo. Essa assistência toma formas de ajuda nas tarefas domésticas, asseio e outras atividades de vida diária, companhia, apoio afetivo em tempos normais e de crise, transporte e acompanhamento a diversos lugares, cuidados com a medicação e auxílio no caso de doença⁽⁵⁾.

A Política Nacional do Idoso e a Política Nacional da Saúde do Idoso determinam que a assistência a essa população deva ter como preocupação básica a sua permanência na comunidade, no seu domicílio, de forma autônoma pelo maior tempo possível. Dessa forma, a família e a assistência primária são os pilares desse cuidado sendo que a família é a figura em que se concentra toda a assistência informal⁽⁶⁻⁷⁾.

Cuidado familiar tem suas satisfações, mas também é trabalho. Dispensar cuidado a alguém que esteja doente ou dependente envolve esforço mental, físico e psicológico considerável, além do ônus financeiro que esse cuidado pode vir a causar.

Autores⁽⁸⁻¹⁰⁾ discutem a relação do cuidar em família e chamam a atenção para a questão do suporte necessário a esses cuidadores, que pode se caracterizar pelo estabelecimento de serviços de treinamento, aconselhamento e assistência à saúde do cuidador.

Observa-se que por se dar no âmbito privado do domicílio ou poder público, até a última década, estava ausente no apoio aos cuidadores⁽¹¹⁾. Atualmente, entretanto, estão sendo implantados, tanto no âmbito público quanto no privado, programas que começam a desenvolver ações voltadas para os cuidadores.

Um desses serviços é o Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CSGPS), que iniciou um Programa de Assistência ao Idoso no Domicílio baseado num sistema de vigilância da incapacidade e dependência em 1999 (Projeto CapacIDADE)⁽¹²⁾. Neste programa identificou-se, até 2002, 189 idosos que apresentavam alguma incapacidade funcional ou dependência. Destes, 115 informaram ter um cuidador. Em relação à caracterização desses cuidadores, 24,1% são o cônjuge e 39,8% são seus filhos, muitos deles com mais de 60 anos de idade⁽¹²⁾. Existe uma ordem hierárquica de quem é a fonte de cuidados: primeiro o esposo, seguido de filhos, parentes e finalmente amigos⁽¹³⁾. Pessoas casadas têm menor índice de institucionalização e parece que esposos dão cuidados para cônjuges com maior incapacidade e doença que outro tipo de cuidador.

No Programa CapacIDADE⁽¹²⁾, são realizadas, pelas enfermeiras, visitas domiciliárias aos idosos com alguma incapacidade funcional ou dependência com o intuito de avaliar as condições de saúde desses idosos, dar orientações voltadas para o autocuidado e a prevenção de acidentes, prestar cuidados de enfermagem e fazer encaminhamentos quando necessário.

Nestas visitas verificou-se que, por vezes, apesar do idoso com incapacidade ou dependência estar bem cuidado, o cuidador aparentava descuidar de si mesmo, informava ter problemas de saúde (28%), ou ainda estar cansado (24%). O binômio cuidador/paciente é indissolúvel, uma vez que, definida a condição de cuidador, essa se estende até a incapacitação do mesmo ou morte de um dos dois, tornando-se, portanto, um importante foco da ação do enfermeiro⁽¹⁴⁾.

Diante do exposto e sabendo que a OMS cita como uma das condições de risco *os casais de idosos em que um deles é incapacitado ou está muito doente*, torna-se importante conhecer o significado da saúde para o idoso cuidador de seu cônjuge e como ele cuida de sua própria saúde, com a finalidade de estabelecer estratégias de abordagem e de promoção à saúde para esta fatia específica da população⁽¹⁵⁾.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é conhecer o significado de saúde para idosos cuidadores de cônjuges idosos; as possíveis mudanças ocorridas na sua saúde após assumir o papel de cuidador e como eles(as) cuidam da sua própria saúde.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo exploratório, de abordagem metodológica qualitativa, realizado junto a idosos identificados como cuidadores de seus cônjuges, inscritos no Programa CapacIDADE⁽¹²⁾ do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza (CSEGPS). Esta pesquisa teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública com protocolo n° 969/2003.

Foram considerados como critérios de inclusão, portanto, ser o principal cuidador de seu cônjuge, ter mais de 60 anos de idade, ser usuário do CSE Geraldo Paula de Souza e residir na área de abrangência do mesmo. De um total de 20 idosos que preenchiam os critérios de inclusão, houve perda de 12 devido a mudança de endereço, falecimento dos idosos cuidados, recusas em participar e não localização dos cuidadores após três tentativas.

Para a obtenção das informações optou-se pela utilização da técnica de entrevista semi-estruturada, com roteiro de entrevista que teve as questões norteadoras:

- Para o(a) senhor(a) quando uma pessoa tem saúde?
- Desde que o(a) Sr(a) passou a cuidar de sua(seu) esposa(o), aconteceu algo com a sua saúde?
- Como o(a) senhor(a) cuida de sua saúde?

Foram incluídos também, neste roteiro, questões sobre a identificação, dados complementares sobre o cuidador, suas condições atuais de saúde-doença e a rede familiar que reside no domicílio. Avaliou-se também a capacidade funcional do cuidador com o objetivo de conhecer possíveis incapacidades funcionais. Para tanto, utilizou-se a escala proposta por Akhtar, Broe, Crombie, McLean, Andrews e Caird⁽¹⁶⁾.

Esta escala avalia a incapacidade funcional/dependência, nas dimensões de mobilidade, eliminações, atividades instrumentais de vida diária, atividades básicas de vida diária. É de fácil aplicação, sendo que o idoso seleciona de uma série de opções aquela que ele é capaz de desempenhar por dimensão. Este instrumento foi aplicado pelo próprio pesquisador no momento da entrevista.

Os discursos foram gravados e transcritos literalmente. Para a análise dos dados, utilizou-se o instrumental de análise proposto⁽¹⁷⁾, o Discurso do Sujeito Coletivo, um método de categorização que se utiliza basicamente de três figuras metodológicas: Idéia Central, Expressões Chave e Discurso do Sujeito Coletivo.

Após a leitura do material transcrito, foram extraídas de cada discurso as idéias centrais e suas respectivas expressões chave, seguindo as questões formuladas.

As idéias semelhantes e que se repetiam foram agrupadas em uma só idéia central e definidas as categorias de análise. Para cada idéia central, foram extraídos trechos das expressões chave contidas nos discursos dos entrevistados e assim, elaborados os discursos do sujeito coletivo.

RESULTADOS

O grupo de idosos entrevistados foi composto por seis mulheres e dois homens, cujas idades variaram entre 68 a 81 anos. Dentre estes, quatro relataram morar sozinhos com seus respectivos parceiros(as). Um informou que o neto residia com eles e outros três, informaram residir com filhos e netos. Cinco dos cuidadores recebem aposentadoria e os outros três não têm direito a este benefício. Dois complementam a renda com trabalho informal, sendo que um deles é aposentado.

Em relação às condições atuais de saúde, os cuidadores citaram, quando indagados, os seguintes problemas em ordem decrescente: artrose, hipertensão arterial, visão diminuída ou prejudicada, insônia e insuficiência cardíaca; houveram ainda relatos isolados de anemia, câimbras, tosse e outros. Metade dos cuidadores relatou até dois problemas de saúde e a outra metade quatro ou cinco. Também foi verificado, através do instrumento específico utilizado no Programa CapacIDADE⁽¹²⁾, que dois dos cuidadores do estudo apresentam incapacidade para AIVDs (atividades instrumentais de vida diárias) e que nenhum tem dependência física.

Seguindo a metodologia de análise, serão apresentadas a seguir as questões com suas respectivas Idéias Centrais e os Discursos do Sujeito Coletivo correspondentes:

Questão 1 – Para o (a) senhor(a), quando uma pessoa tem saúde?

Idéia Central - 1: Ter disposição para fazer “coisas”

DSC: Quando tem bastante disposição... Estou sempre fazendo alguma coisa: dou uma aula de loga, faço um artesanato para vender, vou pro shopping, olho vitrine, procuro fazer atividades físicas, não que eu esteja disposta, tem dia que eu tenho mais é vontade de ficar deitada, ficar na cama; Quando uma pessoa tem saúde ela pode trabalhar, pode fazer de tudo, enquanto se está trabalhando e fazendo de tudo, se tem saúde; pior é quando a gente para, aí é difícil. Mas, tendo saúde está bom, trabalhando, andando, fazendo tudo que se tem vontade. ; Eu ainda vou no Pão de Açúcar com o meu marido, ainda saio com ele para os lugares que precisa ir, tudo isso. Eu ainda faço minha comidinha, faço uma limpezinha, uma limpeza simples, né? Uma pessoa quando tem saúde é uma pessoa boa, sabe fazer uma coisa, sabe fazer outra, não pensa em outras coisas.

Idéia Central - 2: Ausência de sintomas e problemas

DSC: Uma pessoa que tem saúde é uma pessoa nunca reclama de nada, tá sempre disposta, alegre, nunca fala que tá com dor aqui, com dor ali.; Quando não está sentindo nada, se alimenta bem, nada faz mal, não sofre de nada, pra mim está com saúde. A doença é assim, é cansaíra, é tonteira, tudo isso aí é quando a pessoa não está boa. Mas, se não está sentindo nada dessas coisas, nada que possa fazer mal, ela está com uma saúde boa. ; Saúde é quando a pessoa está bem, não tem problema nenhum, porque é difícil uma pessoa sem problema nenhum, né? Se um lado está bom e o outro não, aí já fica meio torto o negócio, fica capenga de um lado, então a saúde é isso aí.

Idéia Central - 3: Não precisar de serviço de saúde ou medicamento, nem depender de alguém

DSC: ...pra mim ter saúde mesmo eu não precisaria tomar remédio nenhum. Tenho sempre que estar atrás de médico, porque nós precisamos estar atrás de médico pra ver a pressão, pra ver o coração, pra ver o sangue, pra ver o diabete,... ; Se você estiver com saúde, só tem que dar graças a Deus porque não vai depender de ninguém... .

Idéia Central - 4: Estar de bem com a vida

DSC: Eu acho que saúde é uma pessoa de bem com a vida. Eu, com todos os problemas que eu tenho, levanto, sacudo a poeira e falo: Não vão me derrubar, nem a vida; A pessoa também tem que gostar de música, porque se não gostar também fica mais difícil de vencer, eu adoro música! ; Acho que não tem coisa melhor do que a saúde, a saúde é tudo....

Idéia Central - 5: Ter boa situação financeira

DSC: Saúde é quando você está bem, tranquilo, está bem de bolso... Tudo isso faz parte da saúde.

Idéia Central - 6: Independe da situação financeira

DSC: Quando a gente tem saúde, a gente tem tudo; quando a gente não tem saúde, a gente não tem nada. Às vezes uma pessoa tem muito dinheiro, mas não tem saúde, não tem nada, porque o dinheiro não compra saúde. .

Idéia Central - 7: É uma dádiva de Deus

DSC: O que eu acho da pessoa ter saúde é uma bênção de Deus..., ter saúde é uma virtude de Deus... ; Eu acho que tem que agradecer a Deus quando a gente tem esse pouco de saúde, eu tenho esse pouco de saúde, graças a Deus e eu não me queixo do que eu tenho. Deus me deu esse pouco de saúde e eu estou agüentando até quando eu puder. .

Questão 2 – Desde que o(a) Sr(a) passou a cuidar do(a) seu(sua) esposo(a), aconteceu algo com a sua saúde?

Idéia Central - 1: Aumentou o cansaço, o stress e a preocupação

DSC: Aumentou a preocupação, porque se eu estou em um lugar, eu me preocupo em entrar em contato com ela pra ver como é que ela está. ; Mais cansada, estou sempre estressada. Às vezes eu fico muito nervosa, porque a gente quer fazer as coisas para ele (marido) e ele não quer, a gente fica nervoso, mas isso são coisas que a gente tem que fazer, não pode se entregar. ; Eu sinto um pouco mais de cansaíra. Mesmo depois que eu tive o infarto, eu levantava às 4 horas da manhã e limpava a casa inteirinha até as 10 horas, a hora que eu dou banho nele... Cuidar dele foi uma coisa a mais, ele tomava banho sozinho, e agora não, já aumentou tudo mais pra mim. .

Idéia Central - 2: Aumentou o risco para a saúde e apareceram sintomas físicos

DSC: A minha saúde mudou bastante. Eu acho que eu emagreci um pouco, tenho dor no pescoço, dor no braço, dor na coluna. Antes não tinha; agora eu tenho do esforço que faz para levantar ele (marido), por exemplo. Porque ele não levanta, eu tenho que pegar ele, sentar ele e puxar a perna, ele não ajuda; se eu pedir para me ajudar ele fica bravo. Ele está consciente e ele é forte e pesado, a saúde minha ficou pior, fazer o quê?; Eu acho que eu enfartei porque eu tinha pressão alta, eu tinha colesterol, eu ia sempre no posto lá em cima, fazia o tratamento, mas o colesterol estava muito alto e eu tinha pouca de chance de vida. E cuidar dele foi uma coisa a mais... .

Idéia Central - 3: Ocorreram mudanças no cotidiano e na auto-estima

DSC: Tenho muita ânsia de viver, com 69 anos acho que tenho muita coisa pra fazer... Eu não aceito essa cara que eu vejo no espelho. O que às vezes me deprime, me derruba, é ver como estou envelhecida. Não saio mais de casa, é difícil sair, às vezes a gente saía um pouco, mas saía né? Íamos todos os domingos na igreja e agora eu não vou mais, fico vendo a missa na televisão... .

Idéia Central - 4: Não mudou

DSC: Não, sempre a mesma coisa, graças a Deus não.; Não me aconteceu nada, apenas a preocupação só, já não é parte da saúde... mas, caso contrário, eu me sinto bem, na saúde não mudou nada.

Idéia Central - 5: Melhorou

DSC: Depois que eu comecei a cuidar dela, acabou tudo, não tenho mais cansaço, ficou melhor. Você sabe que cuidar de uma pessoa e vê-la melhorar, você se sente mais satisfeito, mais animado? Porque você está vendo que aquilo ali está sendo bem feito, você está recebendo uma bênção, como dizem... E isso dá estímulo pra gente cuidar da nossa saúde.

Questão 3 – Como o(a) Sr(a) cuida da sua saúde?

Idéia Central - 1: Controla a alimentação

DSC: Eu, pra me sentir bem, eu evito de comer muitas coisas gordurosas... até o café eu parei de tomar, tomo um golinho de café com leite de manhã só, café puro dizem que não é muito saudável, evito de tomar refrigerante também, dizem que prejudica o organismo. Eu procuro comer tudo aquilo que é saudável. ; Eu não como coisa exagerada, eu como meu arroz, meu feijãozinho, minha saladinha, uma fruta, nada de diferente. ; Eu tenho ordem (do médico) de comer 3 bifes por semana, mas às vezes eu não chego a comer isso, ovo eu posso comer 1 por semana, mas às vezes eu não como, e eu só como a clara, a gema eu não como. Eu como mais carne branca, peixe, verdura, legume.

Idéia Central - 2: Pratica atividades físicas e faz as atividades de vida diária

DSC: Pratico loga, faço relaxamento, vou pra hidroginástica... Durante a semana eu faço as minhas atividades, porque se não, eu não estaria viva até hoje, só vou envelhecendo porque é a lei natural. As minhas caminhadas são essas que eu faço até o banco, até o mercado, até a cidade. Não gosto de correr pois a vista não ajuda e eu posso cair, então eu ando. Faço o dever da casa, eu costuro um pouco para distrair a cabeça, fico bastante sentada na frente, no terraço, tomo um sol. Eu lavo roupa, faço todas as rotinas da casa, isso faz parte da vida, não é porque eu tenho 70 anos que eu não vou mais fazer isso, né? ; Eu ando muito dentro de casa, mas na rua não por causa do joelho, não tem lugar plano pra gente andar na rua. Mas, quando a minha filha não pode buscar pão pra mim, sou eu quem vou, vou devagarzinho.; Eu ando bastante, tem dias que eu dou 10 voltas no quarteirão, ou 8 voltas, cuido do meu marido, e só.

Idéia Central - 3: Procura o serviço médico e faz tratamento farmacológico

DSC: Vou no médico, tomo os remédios direitinho, do jeito que eu vou, estou sempre no médico, até já tenho uns exames pra fazer... Eu tenho mais quatro meses de con-

vênio. Me trato também no posto, vou no clínico geral para fazer algum exame. ; Minha saúde, eu sempre tratei lá no Instituto de Higiene... Por enquanto eu não estou sentindo nada, eu vou cuidando do olho, e depois que eu estiver bom, aí eu volto pra fazer um check-up lá.

Idéia Central - 4: Segue rotinas e mantém hábitos

DSC: Tomo meu banho e como a minha comida na hora certa, gosto de levantar e deitar cedo e quando eu acabo tudo o que eu tenho que fazer, eu subo para o terraço, fico bastante tempo sentada lá na frente e tomo um sol. Evito tomar friagem, não bebo e não fumo. ; Eu como de tudo que eu gostar.

Idéia Central - 5: Deixa de cuidar de si mesmo

DSC: Olha, eu deixo a saúde bem para trás (rs)... às vezes a gente deixa, tem um problema mas sabe: hoje eu não posso ficar doente, tenho tanta coisa pra fazer!...

DISCUSSÃO

O significado de saúde está fortemente ligado às atividades de vida diárias. De um modo geral, as respostas obtidas para este questionamento, levam a crer que qualquer evento que interfira direta ou indiretamente na rotina, nos afazeres domésticos, no trabalho e até no lazer, estão ligados a problemas de saúde. Aliada a isto está a idéia de que estar saudável é *fazer coisas*, ou seja, conseguir desempenhar os papéis e funções do dia a dia e as atividades pessoais ou de auto-cuidado. A autonomia da pessoa idosa está ligada à sua capacidade funcional, principalmente no que se refere ao desempenho das atividades da vida diária, à manutenção da capacidade funcional e à autonomia, que conferem ao idoso a sensação de bem estar ou uma boa qualidade de vida, independente de sua idade⁽¹⁸⁾.

Para os entrevistados, ter saúde está ligado também ao fato de não ter sintomas, ter disposição e, conseqüentemente, não precisar de cuidados nem depender da atenção de um cuidador, ou seja, manter a capacidade funcional e a autonomia.

De acordo com os mais modernos conceitos gerontológicos, este idoso que mantém sua autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para agir no seu cotidiano deve ser considerado um idoso saudável, ainda quando portador de uma ou mais de uma doença crônica. Decorre daí o conceito de capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma.⁽¹⁹⁾

Embora o envelhecimento não seja uma enfermidade, as mudanças de estruturas e funções corporais que ocorrem no organismo, principalmente nos sistemas músculo-esquelético, ósseo e nervoso, levam os indivíduos a perder sua capacidade funcional para exercer suas atividades de

vida diária. Dessa forma, este discurso ressalta a importância da manutenção da capacidade funcional para não depender de outrem.

Os entrevistados apontam que estar de bem com a vida seria também um fator determinante de saúde, não só no sentido literal, mas num sentido mais amplo de superar as dificuldades, adaptar-se às diferentes situações, ou seja, viver da melhor forma possível mesmo que não mais consiga fazer tudo que fazia antes ou que a vida não lhe pareça mais tão atraente.

Quanto à situação financeira, algumas pessoas acreditam que ter saúde depende de uma boa condição financeira. Sabe-se que melhores condições financeiras determinam melhor acesso a bens e serviços.

No modelo explicativo do processo saúde-doença classificado como econômico a renda e os padrões de consumo, entre outros, são variáveis que incorporam e justificam o valor econômico no estudo do processo saúde-doença e de uma visão mais ampla do determinante social⁽²⁰⁾.

Outros defendem o ponto de vista de que ter uma boa condição financeira não é fator determinante para a saúde, pois este é um bem que não pode ser comprado.

Segundo alguns entrevistados, a saúde também está associada à religião. A idéia mais marcante é a de que ter saúde é uma dádiva de Deus, ficando nítida uma concepção mágico-religiosa do que seja o processo saúde-doença, em que *as forças desconhecidas e os espíritos constituem as variáveis determinantes e condicionantes do estado de saúde e enfermidade*⁽²⁰⁻²¹⁾.

As mudanças auto-referidas, ocorridas na saúde após assumir o papel de cuidador, de um modo geral são atribuídas à sobrecarga tanto física quanto emocional advindas do cuidar do outro.

Os cuidadores expressam que o desgaste físico e mental causado pelas atividades de cuidado, aliado às atividades e preocupações diárias normais e também às próprias limitações ou incapacidades, tornam a vida em si mais penosa, podendo trazer danos ou maiores riscos à saúde. Cuidar de pessoas idosas é estressante e geralmente leva a problemas emocionais, físicos, interpessoais e ocupacionais⁽²²⁾. Existe correlação significativa entre a qualidade de vida do cuidador e a situação funcional do paciente⁽²³⁾.

Alguns problemas de saúde são diretamente associados pelo cuidador ao fato de prestar cuidados, à semelhança de estudos citados⁽²³⁾, que relacionam o cansaço, a perda de peso e outras alterações na saúde como consequências do cuidar.

O envelhecimento combinado à tarefa de cuidar acaba por mudar o cotidiano e restringe tanto as atividades de

vida diárias quanto as atividades de lazer. A sobrecarga de atividades, a perda do companheiro em atividades sociais e as mudanças nos relacionamentos familiares e no círculo de amizades, são fatores limitantes da vida social do cuidador⁽²³⁾. Um fato curioso, que foi possível observar durante as entrevistas, é que, na maioria das vezes, a incapacidade do idoso cuidado reflete diretamente no cuidador, pois este é requerido a estar sempre presente e disponível para suprir a necessidade ou incapacidade do outro.

Ainda nesta mesma idéia, um dos entrevistados relata que o fato de ter assumido o papel de cuidador fez com que perdesse a chance de aproveitar a vida enquanto era mais jovem, refletindo, atualmente, em uma perda na auto-estima:

... Eu não aceito essa cara que eu vejo no espelho. O que às vezes me deprime, me derruba, é ver como estou envelhecida.

Em oposição aos demais discursos e ao encontrado na literatura, verificou-se que um dos cuidadores mostra entusiasmo com o fato de cuidar e refere melhora na própria saúde após assumir o papel de cuidador.

Alguns não referiram mudanças em sua saúde após assumirem o papel de cuidador:

Não, sempre a mesma coisa; Não me aconteceu nada, apenas a preocupação só, já não é parte da saúde... mas caso contrário eu me sinto bem, na saúde não mudou nada.

Porém, é curioso que, nesta última frase, ao dizer: *a preocupação não é parte da saúde*, o idoso revela que a sua concepção sobre o processo saúde-doença, está mais voltada aos aspectos físicos do que a outros.

Quanto às ações e cuidados que nossos entrevistados tinham com a própria saúde, de um modo geral pode-se dizer que os cuidados e o tempo dispensados aos seus cônjuges são proporcionalmente maiores que os dispensados a si mesmos.

Os cuidadores referem cuidar de sua saúde controlando a alimentação, evitando comidas prontas ou industrializadas, café, *guloseimas* e aderindo to dietas especiais pré estabelecidas pelo médico. Sabe-se que

atualmente é crescente a preocupação com as questões sobre a alimentação. Isso é bem visível no nosso dia a dia, onde são frequentes as reportagens em revistas, jornais, televisão, abordando assuntos referentes à alimentação. Muitas pesquisas científicas têm demonstrado que uma alimentação adequada contribui para o bem estar geral dos indivíduos⁽²⁴⁾.

Dessa forma, os idosos incorporaram essas informações ao seu cotidiano, modificando hábitos já adquiridos.

Os cuidadores referem também a prática de atividades físicas como uma maneira de se manterem mais saudáveis. A maioria dos entrevistados inclui, como atividade física, as

atividades instrumentais de vida diária, como por exemplo, as atividades domésticas, ir ao banco, fazer compras, etc. Apenas a minoria informa fazer atividade física como caminhar, fazer exercícios supervisionados em academia, ioga, natação, ou hidroginástica. Verifica-se que os idosos sabem da importância da atividade física para a manutenção da saúde, mas, para alguns, fatores relacionados ao relevo, estado das ruas e calçadas e problemas de saúde que podem levar à queda, restringem a atividade.

Segundo os entrevistados, para se manter saudável é preciso estar sempre em contato com os profissionais de saúde, seguir corretamente o tratamento farmacológico e fazer exames de rotina.

Alguns pontos como manter suas rotinas, evitar maus hábitos (fumo e álcool, por exemplo) e não se expor aos agentes ambientais, os quais contribuem para manter a saúde estão relacionados à adoção de estilos de vida saudáveis. Segundo o Informe⁽²⁵⁾, consideram-se como condicionantes do processo saúde-doença o ambiente e os comportamentos ou estilos de vida que, em conjunto, são responsáveis por mais de 80% das causas das enfermidades.

Em contraste, um cuidador diz negligenciar o cuidado consigo mesmo em virtude da sobrecarga de tarefas ou obrigações:

Olha, eu deixo a saúde bem para trás (rs)... às vezes a gente deixa, tem um problema, mas sabe: hoje eu não posso ficar doente, tenho tanta coisa pra fazer!....

CONCLUSÃO

Diante dos resultados, verificamos que o significado sobre o que é saúde, para os cuidadores, está relacionado a: ter disposição para fazer *coisas*, ausência de sintomas e problemas, não precisar de serviço de saúde ou de medicamento, não depender de alguém ou precisar de cuidado, estar de bem com a vida, ter boa situação financeira e ter saúde como uma dádiva divina.

As mudanças na saúde auto-referidas, atribuídas ao fato de cuidar foram: cansaço, stress, preocupação, aparecimento de sintomas e doenças, aumento dos riscos para a saúde, mudanças no cotidiano e na auto-estima, salvo um comentário que, ao contrário dos demais, referiu melhora nas condições de saúde.

Quanto aos cuidados com a própria saúde, foram citados o controle da alimentação, o respeito a rotinas e hábitos pessoais, desenvolvimento das atividades do dia a dia, atividades físicas e o acompanhamento médico como estratégias para manter a saúde. Houve um relato de negligência com própria saúde devido à preocupação com as atividades diárias.

As idéias expressadas pelos entrevistados nas três questões propostas, quase que em sua totalidade, estão ligadas

à situação de vida em que o idoso está inserido. São determinantes de saúde, portanto, as condições que foram construídas ao longo da vida (moradia, situação financeira, acesso aos recursos sociais, grau de instrução, condições de trabalho etc.), os possíveis desgastes físicos e emocionais, causados pelo próprio processo de envelhecimento e pela atividade de cuidar (trabalho doméstico, ações de cuidado, incapacidades funcionais ou dependência física etc.) e também os fortalecimentos (ajuda familiar, acompanhamento de saúde, grupos de ajuda, capacidade para o autocuidado etc.).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, as políticas sociais e de saúde do idoso têm como uma das prioridades a manutenção do idoso no seu ambiente doméstico; entretanto, os programas de assistência domiciliária têm como base dos cuidados os cuidadores familiares. Como vimos na literatura, o cônjuge é o cuidador de primeira eleição e, na maioria dos casos, ele também é idoso. Muitas vezes, os programas de assistência domiciliária preocupam-se com o cuidador apenas quanto ao desempenho desta função, esquecendo que ele tem outros papéis a desempenhar e necessidades a eles relacionadas, além das próprias demandas de saúde.

Neste estudo exploratório, verificamos que esses cuidadores têm de uma a quatro doenças crônicas, por vezes associadas a alguma incapacidade funcional. A presença de doenças crônicas como artrose, hipertensão, visão diminuída e insuficiência cardíaca estão diretamente ligadas à perda da capacidade funcional para as atividades de vida diárias e para auto-cuidado. Dessa forma, o cuidador, à medida que vai adquirindo incapacidades, tem cada vez mais dificuldade para cuidar de si mesmo e do outro, o que torna o casal ainda mais suscetível.

Entendendo as instituições de saúde, que os cuidadores são os principais aliados no processo de atenção ao idoso no domicílio, torna-se igualmente importante a atenção às necessidades de saúde destes cuidadores⁽²⁶⁾. Deste modo, seria necessária a implementação de um programa de assistência voltada para cuidadores idosos, que contemplasse, além de orientações sobre como cuidar do outro, um projeto de manutenção e promoção da própria condição de saúde. Algumas possibilidades seriam: a identificação de cuidadores secundários ou de pessoas que pudessem ajudar em outras atividades que não sejam as de cuidado, de forma a possibilitar ao cuidador um tempo para cuidar de si ou para descansar; a criação de grupos de cuidadores onde estes teriam a oportunidade de discutir entre si as suas dificuldades e as estratégias de cuidado com a própria saúde e trocar experiências sobre as ações de cuidado com o outro; assistência domiciliar ao cuidador para atendê-lo do ponto de vista médico, psicológico, social e funcional, procurando manter e restaurar a sua autonomia e o seu conforto.

O Programa Saúde da Família pode ser um grande instrumento para a implementação desse tipo de programa, uma vez que, por sua proximidade com o território e com a comunidade, tem uma visão mais ampla do contexto de vida coti-

diana desses idosos e seus cuidadores e das potencialidades de cuidado comunitário, como por exemplo: equipamentos sociais e rede social de apoio.

REFERÊNCIAS

- (1) Possas C. Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1989.
- (2) Duchaide MP. População brasileira: um retrato em movimento. In: Minayo MCS, organizadora. Os muitos brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 14-56.
- (3) Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções, alternativas. Rev Saúde Pública. 1997;31(2):184-200.
- (4) Pan American Health Organization (PAHO). Pan American Sanitary Bureau. Division of Health Promotion and Protection and Protection. Plan of action on health and aging: older adults in the Americas 1999-2002. Washington, DC: PAHO; [s.d.]
- (5) Sánchez Ayendéz M. El apoyo social informal. In: Anzola Pérez E, Galinsky D, Morales Martínez F, Salas AR, Sánchez Ayendéz M. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Whashington: OPAS; 1994. p. 352-9.
- (6) Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Política Nacional do Idoso: perspectiva governamental. Brasília; 1996.
- (7) Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 5 jan. 1996. Seção 1, p. 77-9.
- (8) Karsch UM. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998.
- (9) Neri AL, organizador. Qualidade de vida e idade madura. 2ª ed. Campinas: Papirus; 1999. Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência; p. 237-85.
- (10) Neri AL, organizador. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicossociais. Campinas: Alínea; 2001.
- (11) Silva IP. As relações de poder entre o adulto dependente e a mulher-cuidadora [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1995.
- (12) Derntl AM, Castro CGJ, Litvoc J, Watanabe HAW, Almeida MHM. Programa de Assistência ao Idoso no Domicílio Fundamentado num Sistema de Vigilância à Incapacidade Funcional e Dependência: relatório final. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.
- (13) Chappell NL. Living arrangements and sources of caregiving. J Gerontol. 1991;46(1):S1-8.
- (14) Faro ACM. Uma proposta de levantamento de dados para a assistência à família e ao cuidador de lesados medulares. Rev Esc Enferm USP. 1999;33(4):334-41.
- (15) Morales Martínez F. Evaluación integral del anciano In: Anzola Pérez E, Galinsky D, Morales Martínez F, Salas AR, Sánchez Ayendéz M. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Whashington: OPAS; 1994.
- (16) Akhtar AJ, Broe GA, Crombie A, McLean WMR, Andrews GR, Caird FI. Disability and dependence in the elderly at home. Age Ageing. 1973;2(2):102-11.
- (17) Lefèvre F, Lefèvre AMC. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. In: Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000. p. 11-35.
- (18) Cardoso V, Gonçalves LHT. Instrumentos de avaliação da autonomia no desempenho das atividades de vida diária do cliente idoso. Arq Catarinenses Méd. 1996;24(4):21-47.
- (19) Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos RL, Freire MBA, Espínola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI; 2000.
- (20) Arredondo A. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. Cad Saúde Pública. 1992;8(3): 254-81.
- (21) Watanabe HAW. Processo saúde-doença. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.
- (22) Brogna L. Caring for caregivers: home care nursing's challenge. JWOCN. 1996;23(1):10-4.
- (23) Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. Rev Lat Am Enferm. 2004;12(1):115-21.
- (24) Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP. Grupo de estudos de nutrição na terceira idade. Alimentação na terceira idade. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1998.
- (25) Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Information Canadá; 1974.
- (26) Diogo MJD, Ceolim MF, Cintra FA. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(1):97-102.

Trabalho elaborado com o apoio do CNPq – Bolsa de Iniciação Científica

Agradecimento a Dra. Ana Maria Cavalcanti Lefèvre e Neuza Guaraciaba dos Santos de Oliveira pelo apoio técnico e orientação no uso do software Qualiquantsoft®