



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

Melo Fernandes, Maria das Graças; Ribeiro Garcia, Telma
Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 43, núm. 4, diciembre-enero, 2009, pp. 818-824
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033300012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes*

TENSION ATTRIBUTES OF THE FAMILY CAREGIVER OF FRAIL OLDER ADULTS

ATRIBUTOS DE LA TENSIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR DE ANCIANOS DEPENDIENTES

Maria das Graças Melo Fernandes¹, Telma Ribeiro Garcia²

RESUMO

Este estudo objetivou averiguar teórica e empiricamente os atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Na fase teórica, analisamos 52 trabalhos que versavam sobre a temática. Essa análise demonstrou que o fenômeno é evidenciado pelo cuidador por meio de alterações físicas, alterações emocionais, desequilíbrio entre atividade e repouso, e enfrentamento individual comprometido. Na fase de campo, investigamos trinta mulheres que expressavam evidências de tensão proveniente do papel de cuidadora durante consultas de enfermagem. A coleta de dados ocorreu no domicílio mediante entrevista gravada, utilizando um roteiro estruturado fundamentado pelos achados teóricos. As informações objetivas foram analisadas quantitativamente. Sempre que adequado, acrescentamos trechos de discursos das cuidadoras para ampliar o entendimento das questões abordadas. Por fim, confirmamos empiricamente os atributos da tensão do cuidador apontados na análise teórica.

DESCRITORES

Cuidadores.
Idoso.
Família.
Idoso dependente.

ABSTRACT

The objective of this study was to assess both theoretically and empirically the tension attributes of the family caregiver of frail older adults. The theoretical phase consisted of analyzing 52 studies addressing this issue. The analysis showed that the phenomenon is evidenced by the caregiver through physical and emotional changes, unbalance between activity and rest, and compromised individual coping. In the field phase, an assessment was made of 30 women who, during the nursing consultation, showed evidence of tension due to their role as caregiver. Data collection was performed through interviews at home, which were recorded and followed a script created based on the theoretical findings. Every time it was considered adequate, excerpts from the caregivers' discourses were added to improve understanding. The empirical assessment confirmed the tension attributes revealed in the theoretical analysis.

KEY WORDS

Caregivers.
Aged.
Family.
Fraid elderly.

RESUMEN

Este estudio objetivó averiguar teórica y empíricamente los atributos de la tensión del cuidador familiar de ancianos dependientes. En la fase teórica, analizamos 52 trabajos que versaban sobre la temática. Ese análisis demostró que el fenómeno es evidenciado por el cuidador por medio de alteraciones físicas, alteraciones emocionales, desequilibrio entre actividad y reposo, y enfrentamiento individual comprometido. En la fase de campo, investigamos treinta mujeres que expresaban evidencias de tensión proveniente del papel de cuidadora durante consultas de enfermería. La recolección de datos ocurrió en el domicilio mediante entrevista grabada, utilizando un guión estructurado con base en lo encontrado teóricamente. Las informaciones objetivas fueron analizadas cuantitativamente. Siempre que fue adecuado, acrecentamos trechos de discursos de las cuidadoras para ampliar el entendimiento de las cuestiones abordadas. Por último, confirmamos empíricamente los atributos de la tensión del cuidador apuntados en el análisis teórico.

DESCRITORES

Cuidadores.
Anciano.
Familia.
Anciano frágil.

* Extraído da tese "Tensão do cuidador familiar de idosos dependentes: análise conceitual", Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, 2003. ¹Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. graacafernandes@hotmail.com ²Enfermeira. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora do CNPq. João Pessoa, PB, Brasil. telmagariapb@gmail.com

INTRODUÇÃO

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

O ônus relacionado ao cuidado de idosos dependentes faz com que o cuidador familiar deva ser visto, também, como um cliente que merece ser enfocado criteriosamente. Apesar disso, nos países latino-americanos, ao que se sabe, esta atividade ainda não está incorporada nos serviços de saúde apesar de já ser levada em consideração há algum tempo nos países desenvolvidos⁽¹⁾. Na realidade brasileira, os efeitos da dependência do idoso sobre a família cuidadora têm, ultimamente, determinado algumas intervenções, profissionais e voluntárias, fundamentadas em dados não oriundos de investigações sistematizadas, organizadas e metodologicamente apropriadas⁽²⁾.

Tendo em mente essa necessidade, ressaltamos a importância de investigações que venham proporcionar aos que assistem os cuidadores familiares o reconhecimento de atributos clínicos de tensão oriunda do cuidado, uma vez que representam pistas importantes que permitem mensurar o fenômeno no âmbito da prática clínica e da pesquisa. A identificação dos atributos do fenômeno poderá contribuir para a elaboração de um plano de ação sistematizado e individualizado para o cuidador, possibilitando, desse modo, a efetividade de sua capacidade cuidativa, tanto para o trato de si como para o trato do idoso. Consideramos atributos de tensão do cuidador as evidências ou

características específicas que permitem definir e mensurar tal fenômeno no âmbito da prática clínica e da pesquisa.

OBJETIVO

Ante os aspectos descritos, foi estabelecido para este trabalho o objetivo de identificar, na literatura da área da saúde, os atributos ou características específicas do conceito Tensão do cuidador familiar de idosos dependentes e confirmá-los em estudo empírico.

MÉTODO

A realização deste estudo ocorreu no período de 2001 a 2003, obedecendo duas fases: uma teórica e outra de campo, ou empírica. Na fase teórica, foram analisados um conjunto de trabalhos, formado por artigos científicos que versavam sobre a temática em questão, identificados nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SciELO, como também por livros, produzidos no Brasil. Nessa fase, a meta era a identificação dos atributos do conceito Tensão do cuidador familiar de idosos dependentes, de modo a elaborar o roteiro de entrevista a ser utilizado na pesquisa de campo. A revisão da literatura teve como ponto de partida os anos 1990, quando estudos mais relevantes, considerados clássicos sobre o assunto, começaram a ser publicados. O limite estabelecido para a revisão da literatura foi o ano de 2002.

A análise teórica nos possibilitou a identificação de evidências ou características específicas do conceito que, quando agrupadas conforme os critérios de semelhança e de exclusividade, geraram quatro categorias de atributos: alterações no estado físico, alterações no estado emocional, desequilíbrio entre atividade/reposo e enfrentamento individual comprometido, conforme expressa a Figura 1.

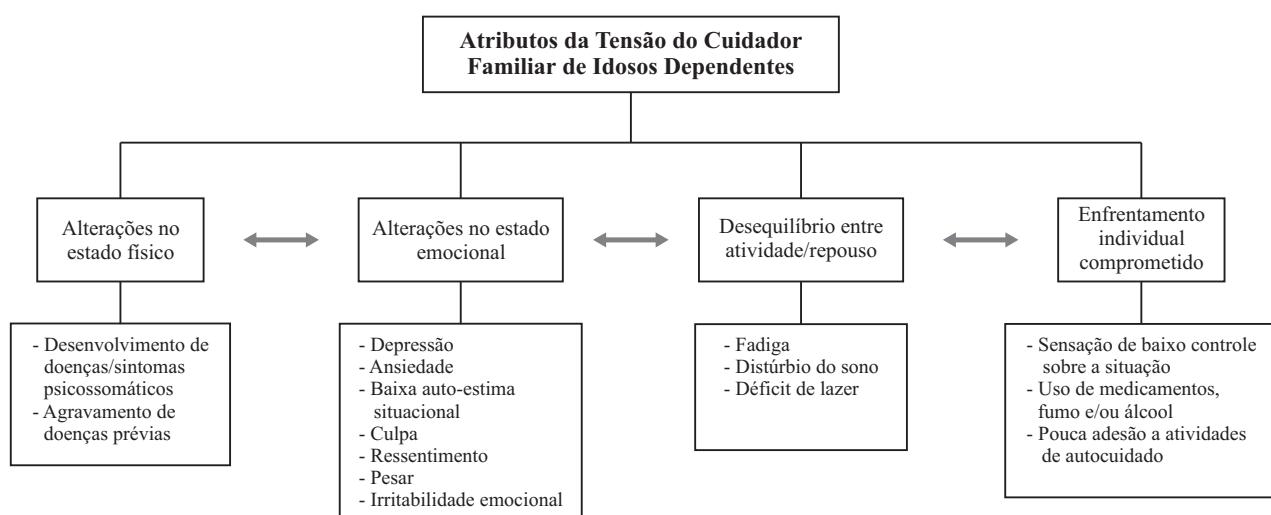


Figura 1 - Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes - João Pessoa, PB - 2003

Na fase de pesquisa de campo, aplicamos a análise feita na fase teórica às observações empíricas realizadas no ambiente natural onde o fenômeno era vivenciado, com vistas a verificar a presença dos atributos do conceito Tensão do cuidador familiar de idosos dependentes em cuidadoras de idosos cadastrados no Programa de Atenção ao Idoso do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba.

À época, esse Programa atendia em torno de cinqüenta idosos dependentes. Participaram do estudo aquelas que preenchiam o critério de ser a cuidadora principal do idoso, e que aceitaram, após explicação sobre os propósitos da pesquisa, assinar o Termo de Consentimento Informado. Desse modo, foram incluídas na amostra trinta mulheres que expressavam sinais ou evidências biopsicossociais de efeitos deletérios sobre sua vida/saúde decorrentes do exercício do papel de provedora de cuidados ao idoso dependente. Os aspectos normativos para a pesquisa envolvendo seres humanos, contemplados na Resolução Nº 196/96 do CNS⁽³⁾, foram observados e o projeto foi analisado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde o estudo foi realizado, sendo aprovado (Protocolo de Aprovação Número 51/2001).

A coleta de dados se deu durante visita domiciliar, agendada em dia e horário sugeridos pela cuidadora, considerando sua disponibilidade de tempo. Para registro das informações foram utilizados o sistema de gravação em fita cassete e um roteiro de entrevista envolvendo questões geradas a partir da análise teórica do conceito. Esse roteiro de entrevista foi submetido a validação de conteúdo por especialistas da área de Gerontologia (duas enfermeiras e uma psicóloga). Os atributos depressão, ansiedade e baixa auto-estima situacional foram medidos, respectivamente, através das escalas de três autores⁽⁴⁻⁶⁾, escolhidas em função de sua reconhecida confiabilidade.

No término desta fase da pesquisa, as informações objetivas foram analisadas numa abordagem quantitativa, utilizando-se sistema computacional, através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Neste processo, foi realizada análise de freqüência das variáveis, bem como aplicado o teste de correlação de Pearson à medida que os dados permitiram. Sempre que adequado, acrescentamos trechos de discursos das cuidadoras, emitidos durante as entrevistas, para ampliar o entendimento acerca das questões abordadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alterações no estado físico

Quanto à ocorrência de sinais e sintomas psicossomáticos ou de doenças de natureza crônica, as cuidadoras manifestavam as seguintes alterações: dores no corpo (28 cuidadoras – 93,3%, predominando a dor na coluna vertebral); modificações no peso corporal (17 cuidadoras – 56,7%); alterações no funcionamento intestinal (9 cuidadoras –

30%); problemas cardiovasculares (8 cuidadoras – 26,7%, predominando a hipertensão arterial); outras alterações, como dislipidemia, gripe freqüente, hérnia de disco, osteoporose, problemas hepáticos, artrose e asma (8 cuidadoras – 26,7%). Após assumirem o cuidado, nove cuidadoras (30%) referiram agravamento de problemas de saúde prévios.

O cuidador familiar, em virtude de sua exposição prolongada aos diferentes estressores presentes na situação de cuidado, está sob risco de apresentar problemas de saúde semelhantes aos evidenciados pela pessoa para a qual ele provê cuidado, tais como artrite, hipertensão arterial, doenças coronarianas, processos dolorosos, alterações ponderais, modificações no sistema imunológico, dispepsia, úlceras e outras⁽⁷⁾.

A maior susceptibilidade das cuidadoras às alterações físicas modifica sua qualidade de vida e incrementa seu risco de mortalidade⁽¹⁾. Estudo prospectivo envolvendo 392 cônjuges cuidadores e 400 cônjuges não cuidadores, analisou a atividade de cuidar como fator de risco para mortalidade. Os participantes de ambos os grupos tinham idade acima de 60 anos e foram controlados fatores sociodemográficos, doença prevalente e doença cardiovascular subclínica. Os resultados evidenciaram ter havido 103 mortes na população total do estudo, sendo 40 entre não cuidadores e 63 entre cuidadores. Entre os 329 cuidadores sobreviventes, 207 apresentavam risco para mortalidade mais elevados quando comparados aos não cuidadores⁽⁸⁾.

Alterações no estado emocional

Alterações no estado emocional (depressão, ansiedade, baixa auto-estima situacional, culpa, ressentimento, pesar e irritabilidade emocional), no conjunto, foram evidenciadas na forma leve/moderada em 26 (86,7%) cuidadoras e acentuada em quatro (13,3%). Quanto à depressão, medida pela escala de Zung⁽⁴⁾, o escore obtido pelas cuidadoras variou entre o mínimo de 17 e o máximo de 37 pontos, com média de 24,97 (IC 95% = ± 2,27; DP = 6,08) e mediana de 23,5 pontos. No referente à intensidade individual com que as participantes do estudo manifestaram esse fenômeno, verificamos que sete (23,3%) o expressaram de modo leve; 20 (66,7%), de modo moderado e três (10%), de modo acentuado. A expressão subjetiva desse estado nas cuidadoras se deu, especialmente, por modificações no estado de ânimo e por tristeza, conforme podemos verificar em suas falas:

me sinto muito desanimada, sinto tristeza, uma solidão que não passa... Não tenho mais esperança... Não há mais. É bastante difícil. Psicologicamente eu estou zero (E5).

Assim como a depressão, a ansiedade também estava presente em todas as cuidadoras. O escore obtido por elas na escala de Lipp⁽⁵⁾ variou entre o mínimo de 17 e o máximo de 57 pontos, com média de 30,87 (IC 95% = ± 3,3; DP = 8,83) e mediana de 31 pontos. Considerando a intensidade com que as cuidadoras evidenciavam o problema, 15 (50%)

o expressaram de forma leve, 14 (46,7%) de forma moderada e uma (3,3%) de maneira acentuada.

Morbidade psiquiátrica nos cuidadores familiares tem sido objeto de considerável interesse entre os pesquisadores, sendo a depressão e a ansiedade as condições clínicas mais freqüentemente estudadas. Em qualquer contexto, uma parcela significativa desses cuidadores pode estar sob risco de desenvolver desordens depressivas e ansiedade, principalmente as mulheres, que respondem mais intensamente à tensão e passam mais tempo engajadas nas atividades de cuidado do idoso e da casa⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A exposição das cuidadoras aos diferentes elementos que permeavam a situação de cuidado contribuíram, também, para modificações na sua auto-estima. Na aplicação da escala de mensuração de auto-estima⁽⁶⁾, os escores obtidos pelas cuidadoras variaram entre o mínimo de 1 e máximo de 13 pontos, com média de 7,73 (IC 95% = ± 1,24; DP = 3,34) e mediana de 8 pontos. No referente à intensidade de expressão do fenômeno, oito (26,7) cuidadoras evidenciavam auto-estima muito baixa; 13 (43,3%), moderadamente baixa e nove (30%), levemente alterada. Essa apreciação desfavorável de si mesmas contribuía para diminuir, cada vez mais, o bem-estar psicológico das cuidadoras, pois afetava seus recursos pessoais, tais como senso de domínio, estabilidade emocional, saúde física e, consequentemente, reduzia seu grau de eficácia interna⁽¹¹⁾.

Com relação ao sentimento de culpa por algo envolvido na situação de cuidado, oito (26,7%) cuidadoras referiram experimentar tal sentimento casualmente, e cinco (16,7%), regularmente. Ainda a esse respeito, 19 (63,3%) cuidadoras expressaram culpa decorrente de sua forma de agir, num dado momento, em relação ao idoso sob seus cuidados, dentre as quais 15 (50%) ressaltaram que, às vezes, sentiam que deveriam ter agido de maneira diferente e quatro (13,3%), freqüente sensação de culpa por algumas das suas atitudes para com o idoso. Ampliando esses dados, as declarações seguintes demonstram que as cuidadoras se sentem culpadas, tanto por descontrole emocional no enfrentamento da situação de cuidado, como por se sentirem responsáveis, de algum modo, pelo estado de invalidez em que se encontrava seu familiar.

Eu tenho culpa. Às vezes eu penso que levei ela no médico muito tarde, sei lá... Podia ser que ela não tivesse ficado assim, se tivesse descoberto logo a doença dela (E13).

Às vezes eu reclamo com ela e fico culpada, porque ela não tem compreensão de nada (E2).

A realização solitária da tarefa de cuidar e a falta de apoio emocional fizeram com que 22 (73,3%) cuidadoras, dentre as quais 15 (50%) freqüentemente e sete (23,3%) casualmente, referissem ressentimento e mágoa com relação aos demais membros da família.

Me dá, assim, uma espécie de uma raivazinha, de um desgosto, porque não tem uma pessoa prá ajudar a gente direto... Dá desgosto (E7).

Fico ressentida porque são quatro filhos, mas só dizem assim: Tenha paciência! (E11).

O sentimento de pesar com relação ao idoso foi evidenciado significativamente pelas cuidadoras: 23 (76,7%) afirmaram estar conscientes de que os problemas de saúde estavam levando os idosos à proximidade da morte, fazendo com que 22 (73,3%) expressassem esse sofrimento emocional de forma antecipada.

Tenho muito medo desse dia (o da morte do idoso). É tanto, que preferia ir primeiro (E28).

Ver ela assim me deixa muito triste... Eu só tenho ela! Vivo pedindo a meu Deus prá me dar força... (A morte) é uma realidade que eu sei que vou ter que enfrentar. Só na hora vou saber como! É melhor deixar prá lá... (choro) (E9).

Como evidenciado pelas cuidadoras, defrontar-se com a progressão das perdas e com a expectativa de morte do idoso constituem fortes determinantes de pesar. Nesse contexto, elas vivenciam uma *despedida* gradual do seu familiar e, consequentemente, elaboram uma nova relação com essa pessoa. O pesar que o cuidador experimenta durante a perda de sua relação com o idoso, determinada por prejuízos na sua função cognitiva, difere do pesar decorrente da perda da interação através da morte. A morte, apesar de levar consigo o encerramento da convivência, pode suscitar um sentimento de pesar de curso menos prolongado; já a perda da habilidade cognitiva, por levar à perda crônica da *abertura* entre a pessoa dependente e o seu cuidador, resulta na exposição prolongada deste a sensações emocionais dolorosas que, dada a sua durabilidade, estão presentes significativamente na tensão vivenciada por ele⁽¹²⁾.

A irritabilidade emocional foi um indicador de tensão muito freqüente entre as cuidadoras. Vinte e nove (96,7%) referiram tal estado, sendo 13 (43,3%) de forma freqüente e 16 (53,3%) casualmente. Este achado está em compatibilidade com o demonstrado em pesquisa realizada com 1.303 cuidadores, em que se identificou que 97% deles expressavam dificuldades emocionais, sendo predominante a queixa de irritabilidade⁽¹³⁾.

Desequilíbrio entre atividade e repouso

O desequilíbrio entre atividade e repouso foi identificado nas cuidadoras através da investigação de fadiga, distúrbio do sono e déficit de lazer. No tocante à fadiga, 28 (93,3%) cuidadoras referiram indisposição para realizar as atividades cotidianas usuais, sendo 16 (53,3%) de modo freqüente e 12 (40%) casualmente. Da mesma forma, 28 (93,3%) cuidadoras relataram cansaço físico e mental como resultado da provisão de cuidado, sendo 18 (60%) freqüentemente e 10 (33,3%) às vezes.

Com relação às alterações no sono, verificamos que 20 (66,7%) cuidadoras tinham dificuldade em adormecer, 23 (76,7%) acordavam na madrugada e não conseguiam adormecer novamente e 17 (56,7%), ao acordarem pela manhã, se sentiam cansadas ou não repousadas.

O meu mal, sabe o que é? Serviço demais, sono demais!... Minha vontade é dormir, porque é estresse, não é? De noite, eu não durmo porque ele não deixa eu dormir direito. Quando é de manhã, cinco horas, eu tenho que estar em pé. Aí, pronto! Nem dormir de dia eu posso! Me dá até dor de cabeça, zonzeira (E10).

Minhas noites são muito ruins. Tenho que me levantar... Me acordo morta de cansada, morta de sono, os olhos ardendo (E6).

O distúrbio do sono é um fenômeno comum entre cuidadores, especialmente quando estes manifestam depressão e ansiedade, resultando em funcionamento cognitivo e perceptivo prejudicados (memória, concentração, julgamento), controle emocional reduzido, irritabilidade e desorientação, diminuição do limiar de dor, além de afetar a produção de catecolaminas, corticosteróides e hormônios, substâncias que podem exacerbar o nível de tensão das cuidadoras⁽⁷⁾.

Considerando o déficit de lazer, todas as cuidadoras afirmaram que, em decorrência do seu envolvimento intensivo no cuidado do idoso, se encontravam tolhidas de realizar tais atividades, o que exacerbava seu nível de tensão para o enfrentamento das adversidades diárias.

Enfrentamento individual comprometido

O enfrentamento individual comprometido foi demonstrado pelo baixo senso de controle sobre a situação; uso de medicamentos, de álcool e fumo; e pouca adesão a atividades de autocuidado. Quanto ao senso de baixo controle sobre a situação, 13 (43,3%) cuidadoras afirmaram controlar algumas vezes a situação de cuidado, sem problemas para si mesmas, enquanto sete (23,3%) referiram não possuir nenhum controle nesse contexto. Além disso, 14 (46,7%) informaram não conseguir implementar o cuidado sem deixar de lado outras coisas importantes para si mesmas e 13 (43,3%), que controlavam, apenas casualmente, as demandas do cuidado com suas próprias necessidades.

Tem dia que eu me irrito, me aperreio, me desespero... Aí, o povo diz: Tenha paciência! Isso foi um dom que Deus lhe deu. Tem que esperar, até o dia que ele determinar. Mas não é toda hora que consigo ficar calma, não (E5).

O baixo senso de controle sobre a situação de cuidado expresso por cuidadoras de parentes idosos dependentes, é um fenômeno evidenciado por cuidadoras que não conseguem identificar recursos internos positivos e não são capazes de reconhecer suas necessidades e pedir ajuda, isto é, possuem baixo *locus* de controle interno⁽¹⁴⁾, aspecto observado nesta investigação. Pessoas com bom nível de controle interno acreditam que podem agir no sentido de modificar uma situação desfavorável utilizando seus recursos pessoais; já as pessoas com controle externo acreditam que o comando da situação se encontra nas mãos do destino, da sorte, de Deus, ou no poder de outras pessoas⁽¹²⁾.

O enfrentamento possui duas funções. A primeira é a de modificar a relação entre a pessoa e o ambiente, con-

trolando ou alterando o distresse (enfrentamento centrado no problema, mais realístico), o que ocorre mais freqüentemente quando os estressores são avaliados como fáceis de mudar. A segunda função é a de adequar a resposta emocional ao problema (enfrentamento centrado na emoção), que geralmente ocorre quando já houve uma avaliação de que nada pode ser feito para modificar a realidade em questão⁽¹⁵⁾. A forma pela qual uma pessoa enfrenta uma situação estressante é, em parte, determinada pelos recursos que lhe estão disponíveis: saúde física e mental, crenças existenciais, habilidades sociais (competências), recursos materiais e sociais.

No âmbito desta pesquisa, as cuidadoras, além de poucos recursos socioeconômicos a utilizar no manejo do cuidado, apresentavam, também, deterioração dos recursos pessoais, em decorrência da tensão crônica oriunda do processo de cuidar. Assim sendo, a maioria delas manifestava uma conduta disfórica e recorria à força divina para recobrar o controle e, consequentemente, continuar o papel.

Eu digo: Deus tem piedade de mim... Deus, me dá força prá eu vencer até o fim! Peço a Deus para me controlar (E21).

Quanto ao uso de medicamentos antes do engajamento no cuidado, verificamos que duas (6,7%) cuidadoras usavam medicação para dormir ou acalmar (soníferos/tranquilizantes) e seis (20%) usavam substâncias terapêuticas para outros fins. Após assumirem o cuidado do idoso, 15 (50%) faziam uso de soníferos ou calmantes, sendo oito (26,7%) constantemente, sete (23,3%) com prescrição e uma (3,3%) por decisão própria; sete (23,3%) utilizavam esses medicamentos casualmente, dentre as quais quatro (57,1%) obedecendo prescrição médica e três (10%) por meio de automedicação.

A utilização de substâncias medicamentosas para outras finalidades, após o envolvimento no cuidado, foi identificada em 20 (66,7%) cuidadoras: 16 (53,3%) de maneira freqüente, dentre as quais 13 (81,3%) com prescrição e três (10%) sem prescrição; quatro (25%) utilizavam substância medicamentosa às vezes, duas (12,5%) de modo prescrito e duas (12,5%) sem indicação médica. Os medicamentos citados incluíram anti-hipertensivos, hormônios, hipoglicemiantes, antidepressivos, antiinflamatórios, analgésicos, miorelaxantes e vitaminas. Tal achado decorreu, tanto do agravamento de doenças, como pelo surgimento de novas enfermidades ou de sintomas psicossomáticos nas cuidadoras.

No tocante ao uso de substâncias não medicamentosas, seis (20%) fumavam menos de um maço de cigarro por dia e quatro (13,3%) bebiam, embora raramente, antes de assumirem o papel de provedoras de cuidados. Após a inserção nesta atividade, sete (23,3%) passaram a fumar, duas (6,7%) menos de um maço e cinco (16,7%) um ou mais maços de cigarro por dia. Quanto à ingestão de álcool, seis (20%) a faziam raramente. Conforme demonstram esses dados, o uso de fumo e álcool pelas cuidadoras teve pouca significância. Porém, a utilização de medicamentos consti-

tuiu-se um atributo relevante de tensão, aspecto corroborado pelas falas que se segue.

A médica passou calmante, porque eu fumo demais, já devido à vida que eu levo... Eu fumava menos mas, agora, eu fumo demais, devido o sistema nervoso (E16).

Comecei a tomar remédio controlado, que eu não aceitava tomar... Mas eu me rendi! Entrei nessa, na marra (E30).

Considerando a adesão ao autocuidado, verificamos que 27 (90%) cuidadoras não realizavam nenhum tipo de atividade física e, quanto às demais, três (10%) caminhavam três a quatro dias por semana. Quanto à regularidade dos horários de alimentação, 15 (50%) faziam as refeições nas horas habituais de maneira freqüente e oito (26,7%) às vezes; sete (23,3%) referiram não se alimentar nas horas regulares. A utilização de serviços de saúde para prevenção de doenças era feita anualmente por 11 (36,7%), às vezes por oito (26,7%), 11 (36,7%) não procuravam esse tipo de serviço. Entre as 13 (43,3%) que apresentavam doenças crônicas, seis (46,2%) faziam avaliação clínica anualmente, quatro (30,8%) casualmente e três (23,1%) não efetivavam essa prática. No contexto da sobrecarga do papel, as cui-

dadoras, apesar de dedicarem suas vidas para a promoção de bem-estar do seu núcleo familiar, especialmente do seu parente idoso incapacitado, não encontravam tempo para cuidarem de sua própria saúde.

Os sentimentos evocados pela cuidadora no âmbito do cuidado, tais como medo, dor, perda, falta de controle percebido e culpa interferem no seu bem-estar e na sua habilidade de autocuidado, como seguir dieta balanceada, realizar exercícios físicos, procurar serviços de saúde periodicamente, evitar ou abandonar hábitos nocivos à saúde, entre outros¹⁶⁻¹⁷. A não adesão a comportamentos de promoção à saúde pelo cuidador merece atenção especial dos serviços e profissionais de saúde, pois a sua competência para prover cuidados pode ser determinada por sua capacidade de cuidar de si mesmo.

A deficiência de autocuidado expressa pelas cuidadoras pode gerar um *ciclo de negligência*. Nesse ciclo a carência de comportamentos de promoção à saúde, associada aos efeitos adversos da tensão prolongada do papel, deteriora a saúde da cuidadora como no envelhecimento, conduzindo-a à dependência na idade avançada, quando precisará, ela própria, de um cuidador, perpetuando o ciclo¹⁸.

Tabela 1 - Correlação entre os atributos e o fenômeno Tensão do cuidador familiar de idosos dependentes - João Pessoa, PB - 2003

	Alteração no estado físico	Alteração no estado emocional	Desequilíbrio atividade/repozo	Enfrentamento individual comprometido	Tensão do cuidador
Alteração no estado físico	1,000				
Alteração no estado emocional	0,033	1,000			
Desequilíbrio atividade/repozo	0,134	0,026	1,000		
Enfrentamento individual comprometido	0,157	0,409*	0,234	1,000	
Tensão do cuidador	0,423*	0,367*	0,607**	0,575**	1,000

* Correlação significante ao nível de 5%

** Correlação significante ao nível de 1%

Conforme pode ser visto na Tabela 1, há correlação positiva entre os atributos descritos neste trabalho e o fenômeno Tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Dois atributos apresentaram uma correlação de força média com o fenômeno: desequilíbrio atividade/repozo ($r = 0,607$) e enfrentamento individual comprometido ($r = 0,575$), significante ao nível de 1%; os outros dois, alteração no estado físico ($r = 0,423$) e alteração no estado emocional ($r = 0,367$), uma correlação de força moderada, significante ao nível de 5%. Esses resultados nos permitem concluir que atributos e fenômeno covariam em conjunto, ou seja, quanto mais fortemente os atributos se evidenciam, maior a tensão do cuidador familiar do idoso dependente.

CONCLUSÃO

Levando em consideração os achados deste estudo, confirmamos empiricamente os atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes apontados na análise teórica. Trata-se de um fenômeno multidimensional, que tem

como atributos: alterações no estado físico, alterações no estado emocional, desequilíbrio entre atividade e repouso, e enfrentamento individual comprometido.

Como a tensão do cuidador é um fenômeno multidimensional, faz-se necessário que a assistência direcionada à sua resolução/minimização esteja embasada por essa perspectiva. Desse modo, depende da adoção de várias estratégias voltadas à solução de problemas específicos do cotidiano de cuidado e a melhora do suporte social das cuidadoras. O ajustamento à situação de cuidado por parte da cuidadora depende, enormemente, dos recursos formais e informais que os serviços e a comunidade oferecem para ajudar-lhe a atender as necessidades básicas do idoso, bem como para lhe disponibilizar ocasiões para descanso, lazer e cuidados pessoais.

Acreditamos que a assistência ora referida demanda um planejamento sistemático e contextualizado das ações cuidativas voltadas para a melhora da qualidade de vida do idoso dependente e do seu cuidador, de modo que suas

vivências na esfera do sistema familiar lhes proporcionem bem-estar. Isso requer um redirecionamento do olhar daqueles que planejam e executam essas ações, especialmente

do enfermeiro, no sentido de implementar intervenções que venham minimizar o impacto da condição de dependência do idoso sobre o cuidador.

REFERÊNCIAS

1. Sanchez CS. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. *Invest Educ Enferm.* 2001; 19(2):36-50.
2. Simonetti JP, Ferreira JC. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42 (1):19-25.
3. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996;4 (2 Supl):15-25.
4. Zung WWK. The depression status inventory: na adjunt to self rating depression scale. *J Clin Psychol.* 1972;28(4):539-43.
5. Lipp MEN. Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupo de risco. São Paulo: Campinas Ed.; 1996.
6. Delacoleta JA. Escala para medida de sentimento de auto-estima. In: Delacoleta JA, organizador. Escalas para medida de atitudes e outras variáveis psicosociais. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1996. p.148-51.
7. Doornbos MM. Family caregivers and the mental health care system: reality and dreams. *Arch Psychiatr Nurs.* 2002;26(1):34-6.
8. Schultz R, Scott RB. Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study. *JAMA.* 1999;282(23):2215-19.
9. Farran JF, Faria SH, Frank D. Caregivers of Chronically ill elderly: perceived burden. *J Community Health Nurs.* 1999;16(4):243-53.
10. Neri AL, Carvalho VAML. O bem-estar do cuidador: aspectos psicosociais. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Doll J. organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.778-80.
11. Braithwaite V. Contextual or general stress outcomes: making choices through caregiving appraisals. *Gerontologist.* 2000; 40 (6):706-17.
12. Parks SH, Pillisuk M. Caregiver burden: gender and the psychological costs of caregiving. *Am J Orthopsychiatry.* 1991;61(4):501-9.
13. Armstrong M. The pressures felt by informal carers of people with dementia. *Nurs Stand.* 2001;15(17):47-53.
14. Szabo V, Strang VR. Experiencing control in caregiving. *Image J Nurs Scholarsh.* 1999;31(1):71-75.
15. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
16. McCorkle R, Passacreta JV. Enhancing caregiver outcomes in palliative care. *Cancer Control.* 2001;8(1):36-45.
17. Sisk RJ. Caregiver burden and health promotion. *Int Nurs Stud.* 2000;37(1):37-43.
18. Gaynor SE. The long haul: the effects of home care on caregivers. *Image J Nurs Scholarsh.* 1990;22(4):208-12.