

Cuidadores de idosos: cuidando de quem cuida

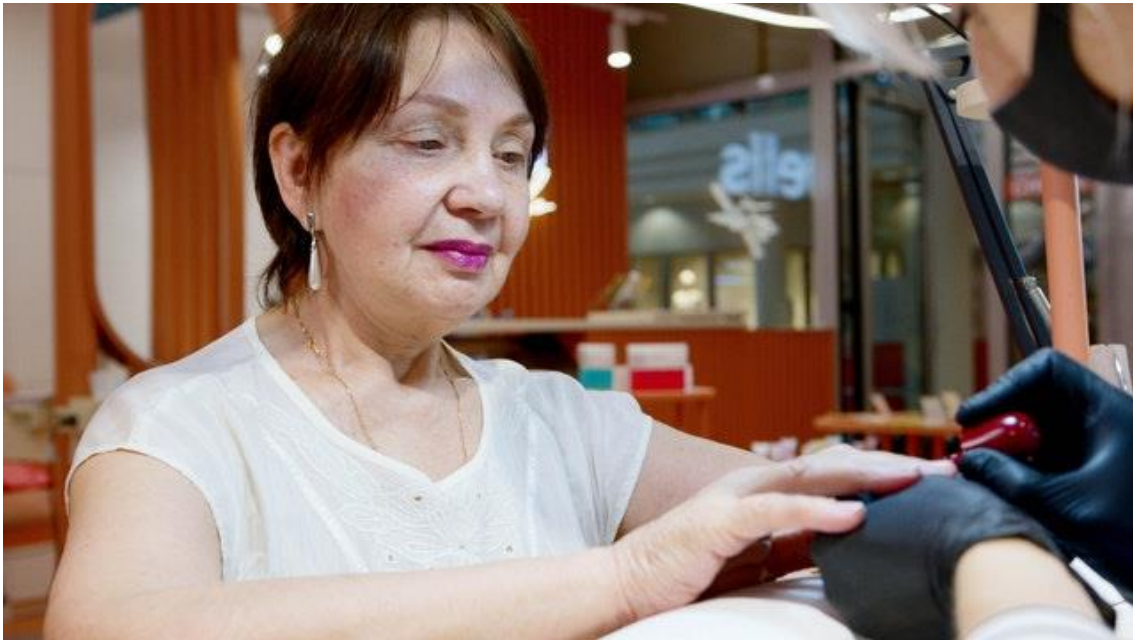


Foto de Artem Podrez/Pexels

*Bruna de Cássia Ramos
Bruna Lindoso Correa
Maria Elisa Gonzalez Manso*

O envelhecimento é considerado uma fase peculiar do desenvolvimento humano em que fatores extrínsecos e intrínsecos acarretam mudanças significativas nas esferas biopsicossociais do indivíduo. Consequentemente, entender a pluralidade envolvida no processo de envelhecimento é fundamental nas discussões referentes à saúde da pessoa idosa.

Tal processo é composto por aspectos cronológicos, biológicos, sociais e psicológicos. Entende-se por idade cronológica um valor numérico correspondente à passagem de tempo a partir do nascimento. Na legislação brasileira, por exemplo, são considerados idosos aqueles com mais de 60 anos. Já a idade biológica pode ser definida pelas modificações nas funções corporais adquiridas ao longo da vida, como a redução da massa óssea e declínio da capacidade auditiva. A idade social refere-se à mudança nos papéis sociais, muitas vezes marcada pela saída do mercado de trabalho. A idade psicológica, por sua vez, caracteriza-se pela queda nas funções cognitivas, como dificuldade de aprendizado, atenção e memória (SCHNEIDER e IRIGARAY, 2008).

Entre os elementos atrelados ao envelhecimento, destacam-se as modificações e lesões a nível molecular e celular, que culminam no declínio fisiológico, reduzindo estas reservas. Somam-se a estes, como dito, outros elementos tais como influências culturais, classe social, sexo, orientação e identidade sexual, fatores genéticos e hábitos adotados durante a vida que corroboram para a fragilidade do idoso, tornando-o mais suscetível ao desenvolvimento ou agravamento de morbidades. Contudo, envelhecer não é um sinônimo de adoecimento, já que saúde não significa ausência de doença, mas sim o quanto a qualidade de vida e capacidade funcional do indivíduo se encontra preservada (WHO, 2015).

Ao fazer referência à saúde da pessoa idosa, deve ser analisado o grau de preservação da capacidade funcional. Tal variável pode ser estimada através de três medidas, sendo elas: atividades de vida diária (AVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e mobilidade.

A AVD corresponde a atitudes de autocuidado, como tomar banho e se vestir; já as AIVD correlacionam-se com funções mais complexas como realização de compras, cuidado com dinheiro e refeições. Mobilidade, que é medida intermediária, corresponde a levantar de cadeiras e deambular. O declínio dessas funções tem como causa as mudanças fisiológicas características do envelhecimento, como a redução de massa muscular e consequente perda de força, como também está fortemente atrelado à presença de algumas doenças crônico-degenerativas, ou doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (MANSO, 2019). Deste modo, a alta prevalência dessas doenças na população idosa acentua o declínio da capacidade funcional, aumentando seu grau de dependência.

No que tange ao acometimento da capacidade funcional do idoso, as doenças crônico-degenerativas são cada vez mais responsáveis por afetá-la. Estas enfermidades são caracterizadas por perdurarem por anos sem causar sintomatologia e até mesmo pela incerteza quanto ao dano que a originou (MANSO, 2019). Com isso, é comum que haja – concomitantemente - mais de uma doença crônico-degenerativa em um mesmo indivíduo como Hipertensão Arterial, Doença Cardíaca, Doença Pulmonar, Doença de Alzheimer, Artropatia, Diabetes Mellitus e Neoplasias as quais são fortemente relacionadas com a perda de independência (ALVES *et.al.*, 2007).

Nesse contexto, ressaltam-se as afecções degenerativas que são responsáveis por causar um déficit continuado da memória, além de acometer a capacidade cognitiva do indivíduo como linguagem, funções executivas, praxias e gnosia. Como consequência disso, a capacidade funcional do idoso progressivamente se torna comprometida até a sua completa dependência (ARAÚJO e NICOLI, 2010). A sintomatologia associada a esse quadro pode ser expressa por meio de alterações comportamentais como irritabilidade, agitação, disforia, alucinação e desinibição, cuja proporcionalidade está intimamente relacionada à progressão da doença (MARIM *et.al.*, 2013).

Como resultado do exposto, faz-se necessária a assistência, muitas vezes em tempo integral, desse idoso por um cuidador.

O cuidador é definido por aquele que será o responsável por suprir as necessidades básicas do indivíduo doente ou, quando a capacidade funcional prejudicada, o auxiliará na execução das atividades como alimentação, higiene pessoal, uso de medicações e locomoção (MANSO *et al.*, 2018).

O ato de cuidar se relaciona e, por sua vez, inter-relaciona experiências de vida, práticas diárias, relações intergeracionais, políticas econômicas e públicas, aspectos interconectados pela globalização. Assim, a discussão e os estudos sobre o cuidado perpassam temas que vão desde certa nostalgia até modernidade, capitalismo, inserção no mercado de trabalho, mudanças nas relações familiares, dentre outros. Envolve sempre questões de gênero, pois as mulheres são desproporcionalmente recrutadas, e quase 'coagidas', a cuidar dos idosos da família, sejam esposas, filhas, noras ou funcionárias domésticas. Esta construção cultural do cuidado impõe à mulher ônus sociais, de renda e pessoais importantes (MANSO *et.al.*, 2018).

Pesquisas demonstram que o cuidar do corpo idoso incorpora formas de diferenciação social, com impacto sobre o status social dos cuidadores a depender do entendimento cultural da forma como as substâncias corporais podem transmitir pureza e poluição. Assim sendo, em alguns países, o banho e a limpeza de fezes ou urina são designados como "trabalho sujo" e poluente, contribuindo assim para o caráter oculto do trabalho de cuidador, sua associação com as mulheres e seu baixo status. Cada país organiza as formas de apoio e cuidado aos idosos dependentes, as quais variam desde atribuição total do Estado até a exclusividade de obrigações familiares ou, ainda, modelos mistos. Porém, a tendência mundial é indicar a permanência do idoso em seu domicílio sob os cuidados de sua família (MANSO *et.al.*, 2018).

Quanto ao cuidador de idosos, a questão torna-se ainda mais complexa, pois o grau de dependência tende a se amplificar com o passar do tempo. A própria família se responsabiliza pelos cuidados por sentimentos de gratidão, de afeto, de culpa ou, até mesmo, por uma grande pressão cultural exercida pela sociedade (MANSO *et.al.*, 2018).

Para o exercício dessa nova responsabilidade o cuidador muitas vezes acaba abandonando o emprego a fim de estar inteiramente disponível para prestar assistência. E, em se tratando de um cuidador assalariado, verifica-se lacunas na legislação vigente, más condições de trabalho e as cargas horárias semanais excessivas (iguais ou superiores às 30 horas preconizadas na legislação).

Dessa forma, o cuidador deixa de realizar atividades de lazer, o que gera isolamento social e, até mesmo, da família, perda de perspectiva de vida e distúrbios de sono, desenvolvimento de episódios dolorosos, desordens psicossomáticas, perda de memória e quadros de ansiedade. A falta de conhecimento na área da saúde pode resultar em esgotamento físico e lesões, durante a tentativa de manipulação do idoso com dificuldade de mobilidade. E não é incomum que o escolhido como cuidador principal não receba auxílio dos outros familiares, gerando ainda mais sobrecarga, estresse e sentimento de

impotência (MANSO *et.al.*, 2018).

Um dos modelos que se propõe a elucidar o processo de estresse engloba quatro domínios: contextual, estressores, mediadores de estresse e resultados (PEARLIN, MULLAN, SEMPLE, SKAFF, 1990). Em se tratando de cuidadores de idosos, pode-se dizer que o sexo, a idade e o contexto socioeconômico compõem o fator contextual. Ademais, podemos classificar o domínio dos estressores em duas categorias envolvidas no ato de cuidar: o primário relacionado à demanda física; o secundário, à psicológica, como comentado. Já em relação ao domínio mediador do estresse, considera-se a insuficiência de suporte social a este cuidador. Por fim, o domínio do resultado engloba a saúde física e mental do cuidador, bem como a capacidade de continuar exercendo seu papel.

Uma vez deflagrado o processo de estresse, o indivíduo traz um processo de enfrentamento, intitulado *coping*, cujo intuito é desenvolver formas de lidar com a circunstância estressora através da perspectiva da emoção, do problema ou por meio de um enfrentamento disfuncional. A primeira perspectiva, inclui aceitação, apoio, religião e reenquadramento positivo. Quanto às estratégias focadas no problema, podemos ter o enfrentamento ativo, suporte instrumental e o planejamento. Em relação ao último, desligamento comportamental, negação, auto distração, sentimento de culpa, uso de substâncias e desabafo emocional (COOLIDGE, SEGAL, HOOK, STEWART, 2000).

Dentre as estratégias de *coping*, atualmente destacam-se aquelas associadas a crenças e práticas religiosas: o *coping* religioso espiritual (SEIBOLD, HILL, 2001). Este objetiva a busca por conforto espiritual, intimidade com Deus e outros membros da sociedade e transformação de vida, além de bem-estar físico, psicológico e emocional (TARAKESHWAR, PARGAMENT, 2001).

Com a finalidade de conhecer um pouco mais sobre os cuidadores de idosos e suas estratégias de *coping*, realizou-se, inicialmente uma pesquisa durante o período de abril a dezembro de 2020 por meio de questionários online. Trinta cuidadores responderam e observou-se, neste grupo, predomínio de cuidadores do sexo feminino (97,9), com ensino médio completo (51,1%), solteiros (42,6), a maioria com vínculo empregatício (55,3%), sendo 63,8% destes com registro formal. Destes, 63,8% não cuidam de outro idoso simultaneamente e 51,1% já cuidaram de outro idoso anteriormente por no mínimo 1 ano.

A maioria destes cuidadores apresenta um tempo de cuidado de 2 anos e as atividades de cuidado em geral são: banho, troca de roupa, auxílio nas necessidades básicas como higiene e alimentação e administração de medicamentos. A jornada diária de cuidado, para a maioria, é de 8 horas por dia, 5 dias na semana. Porém, 31,9% realizam o cuidado 7 dias por semana. Nesse cenário, 51,1% consideraram a condição de trabalho satisfatória. A fim de caracterizar as estratégias de *coping* religioso/espiritual (E/R) por cuidadores de idosos realizou-se outra pesquisa entre julho a novembro de 2020 através de formulários online. Obteve-se 49 respostas, sendo que o

coping positivo, para este grupo, foi diretamente proporcional a idade e inversamente proporcional ao grau de escolaridade.

Há várias formas de avaliação do *coping* E/R. Utilizou-se, para esta pesquisa, Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE), primeiro instrumento de avaliação de CRE do Brasil, com base na escala norte-americana RCOPE (PANZINI, BANDEIRA, 2007). As estratégias de CRE podem ser classificadas em positivas e negativas, conforme as consequências que trazem para quem as utiliza (PARGAMENT, SMITH KOENIG, PEREZ, 1998). De maneira geral, as pesquisas demonstram a utilização de estratégias positivas em maior número a fim de enfrentar o estresse. Estas estratégias positivas estão associadas à melhores indicadores de saúde e bem-estar, inclusive acima dos efeitos das estratégias de *coping* não religioso. Estratégias negativas de CRE tiveram correlação negativa com saúde física, depressão e qualidade de vida.

A nossa pesquisa mostrou que, para este grupo de 49 cuidadores, quanto maior a idade do cuidador, maior a utilização do CRE. Este é um achado relevante, já que se sabe que, atualmente, há inúmeros cuidadores de idosos que estão envelhecendo ou já são pessoas idosas. Porém, notou-se que, quanto maior a escolaridade, os cuidadores participantes da pesquisa utilizam menos estratégias de CRE, achado ainda não descrito na literatura.

Além de mostrar a necessidade de aprofundar estas investigações em um maior grupo populacional de cuidadores de idosos, estas pesquisas exploratórias demonstraram o uso de estratégias de *coping* positivo como mecanismo de enfrentamento de situações estressoras no ato de cuidar de uma pessoa idosa fragilizada, fato pouco estudado ainda em nosso país, mostrando assim uma lacuna de pesquisa em gerontologia.

Referências

ALVES, L.C.; LEIMANN, B.C.Q.; VASCONCELOS, M.E.L.; CARVALHO, M.S.V.; VASCONCELOS, A.G.G.; FONSECA, T.C.O.; LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R.. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. v.23, n. 8., p. 1924-1930, 2007.

ARAÚJO, C.L.O.; NICOLI, J.S. Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. *Revista Kairós Gerontologia*, v.13, n.1, p.231-44, 2010.

COOLIDGE, FL; SEGAL, DL; HOOK, JN; STEWART, S. Transtornos de personalidade e enfrentamento entre idosos ansiosos. *Journal of Anxiety Disorders*, v.14, n.2, p.157-172, 2000.

MANSO, M.E.G. Cuidado centrado na pessoa para indivíduos com demência. *Rev. Longeviver*, v i, n.3, 2019.

MANSO, M.E.G.; ROSA, C.R.; ARLINDO, E.P.S.; LOPES, R.G.C. Cuidadores de idosos: Algumas contribuições para o estudo do tema. *REVISTA PORTAL de Divulgação*, n.58, 2018.

MARIM, C.M.; SILVA, V.; TAMINATO, M.; BARBOSA, D.A. Efetividade de programas de educação e suporte na redução da sobrecarga de cuidadores de idosos com demência: revisão sistemática. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2013. www.eerp.usp.br/rlae

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra: Organização das Nações Unidas, 2015. Recuperado de <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMSENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em 03 set 2015.

PANZINI, R.G.; BANDEIRA, D.R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Arch. Clin. Psychiatry*, v.34, n.1, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>

PARGAMENT, KI; SMITH, BW; KOENIG, HG; PEREZ, L. Padrões de enfrentamento religioso positivo e negativo com os principais estressores da vida. *Journal for the Scientific Study of Religion*, v.37, n.4, p.710-724, 1998.

PEARLIN, L.; MULLAN, JT; SEMPLE, SJ; SKAFF, MM. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*. v. 30, n.5, p.583-94, 1990.

SCHNEIDER, R.H.; IRIGARAY, T.Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estud. psicol.* Campinas, v.25, n.4, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>

SEYBOLD, K.S.; HILL, P.C. The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 10(1), 21–24. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00106> Acesso em: 26 de fevereiro de 2020

TARAKESHWAR, N.; PARGAMENT, KI. Enfrentamento religioso entre os religiosos: As relações entre enfrentamento religioso e bem-estar em uma amostra nacional de clérigos, anciãos e membros presbiterianos. *Journal for the Scientific Study of Religion*, v.40, n.3, p.497-513, 2001.

Data de recebimento: 26/06/2021; Data de aceite: 15/08/2021

Bruna de Cássia Ramos - Graduanda curso de medicina, Centro Universitário São Camilo SP.

Bruna Lindoso Correa - Graduanda curso de medicina, Centro Universitário São Camilo SP.

Maria Elisa Gonzalez Manso - Doutora em Ciências Sociais, pós-doutorado e Mestrado em Gerontologia Social PUC SP. Médica e bacharel em Direito. Professora titular curso de medicina Centro Universitário São Camilo e orientadora docente Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento LEPE São Camilo. E-mail: mansomeg@hotmail.com