

Luciana de Oliveira Gonçalves

**CUIDADORES PRIMÁRIOS FAMILIARES DOS IDOSOS ATENDIDOS NA
CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ -
UNIVALI**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Engenharia de Produção da
Universidade Federal de Santa Catarina
como requisito parcial para obtenção
do título de Mestre em
Engenharia de Produção

Orientadora: Prof^a. Ingeborg Sell, Dr.rer.nat

Florianópolis

2002

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da FURB

Gonçalves, Luciana de Oliveira

G635c Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI / Luciana de Oliveira Gonçalves. – 2002.

91p. : il.

Orientadora: Ingeborg Sell.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina.

1. Universidade do Vale do Itajaí. Clínica Escola de Fisioterapia.
2. Idosos - Cuidado e higiene. 3. Assistência à velhice. 4. Ergonomia.
- I. Sell, Ingeborg. II. Universidade Federal de Santa Catarina. III. Título.

CDD 362.6

Luciana de Oliveira Gonçalves

**CUIDADORES PRIMÁRIOS FAMILIARES DOS IDOSOS ATENDIDOS NA
CLÍNICA ECOLOGIA DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ -
UNIVALI**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a
obtenção do grau de **Mestre em Engenharia de
Produção no Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção** da
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 26 de Junho de 2002.

Prof. Ricardo de Miranda Barcia, Ph.D.
Coordenador do Programa

Banca Examinadora

Prof. Glaycon Michels, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Ingeborg Sell, Dr. rer.nat.
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientadora

Prof^a Virgínia Grunewald, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Clarisse Odebrecht, M.Sc.
Universidade Regional de Blumenau

À Clarisse Odebrecht simplesmente ... por tudo.

Aos meus pais, Zilca e Sidney, pelo apoio e carinho.

Agradecimentos

À Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, pelas portas e caminhos abertos;

À Prof^a Ingeborg Sell por sua orientação;

Aos colegas e amigos da UNIVALI que contribuíram para a realização desta
pesquisa.

Envelhecer

“Antes, todos os caminhos iam.
Agora todos os caminhos vêm.
A casa é acolhedora, os livros poucos.
E eu mesmo preparo o chá para os fantasmas”.

Mário Quintana

“A única cura ... é o amor”.

Madre Teresa

Resumo

GONÇALVES, Luciana de Oliveira. Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, SC.

Pesquisa que aborda o fornecer ajuda, proteger e cuidar como sendo aspectos centrais das relações familiares ao longo da vida de seus membros. A longevidade populacional avança rapidamente no Brasil, porém, há poucas referências sobre o papel do cuidador e as possíveis conseqüências danosas sobre a saúde física e mental deste, relacionados à assistência prestada a um idoso dependente. Diante da problemática apresentada, fez-se necessário definir o perfil do cuidador, conhecer o que faz e quais as suas necessidades, para o apontamento de diretrizes de apoio aos cuidadores familiares de idosos. A pesquisa teve uma abordagem quantitativa a partir de dados colhidos através de entrevista dirigida aplicada a 19 cuidadores. A entrevista foi dividida em cinco partes visando conhecer e determinar características do idoso cuidado; determinar o perfil dos cuidadores e as atividades que desempenham; conhecer quais as dificuldades na realização dos cuidados com os idosos; levantar aspectos quanto à relação do cuidador com o resto da família e; conhecer aspectos do ambiente onde são fornecidos os cuidados. Obteve-se como resultado o predomínio de cuidadores do sexo feminino, sendo a maioria destes esposas e com idade média de 57 anos. Revelou-se intensa carga de trabalho para a realização das tarefas direcionadas ao cuidar do idoso, do restante da família e tarefas domésticas, com raros momentos de descanso, revelando os cuidadores como pessoas com grande envolvimento e responsabilidade quanto à saúde e bem estar do idoso, sofrendo o cuidador sobrecargas físicas e psicológicas importantes com repercussão na sua própria saúde. Apresenta ao final as diretrizes necessárias para a criação de programas de apoio aos cuidadores familiares de idosos brasileiros, levando em consideração as suas peculiaridades e necessidades.

Palavras-chave: Cuidadores, idosos, ergonomia.

Abstract

GONÇALVES, Luciana de Oliveira. **Primary relatives caretakers of the elderly attended to at the physiotherapy training clinic of the University of Vale do Itajaí - UNIVALI**. 2002. Master's Thesis in Production Engineering. Production Engineering Graduate Program, UFSC, Florianópolis, SC.

The study comprises the supply of help, the protection and care taking as being central features of family relations along its members life time. Longevity rates are on a quick rise in Brazil. However, there are few studies on the role of the caretaker and the possible harmful consequences on his/her physical and mental health regarding the assistance provided to a dependent elderly family member. To investigate the issue it was necessary to define the profile of the caretaker, to know his/her needs in order to point out the supportive guidelines to be provided to him/her. The study is of a quantitative approach based on data gathered through an interview with 19 caretakers. The interview was divided into five parts aiming at knowing and determining the features of the elderly being taken care of; determining the profile of the caretakers along with their activities; knowing the difficulties throughout the care taking process, raising aspects related to the caretaker and the rest of the family and; knowing aspects of the care taking environment itself. The results show that the majority of the caretakers are in average 57-year-old female spouses. The process of taking care of the elderly and the rest of the family along with the housework was revealed as a heavy burden of work with rare moments of rest, implying the great involvement and responsibility towards the well fare of the elderly. As a result, the caretaker suffers important physical and psychological harm reflecting in his/her own health. Finally, the study presents the guidelines for the creation of supportive programs for the Brazilian relative caretaker of relative elderly taking into account the caretaker's peculiarities and needs.

Key words: caretakers, elderly, ergonomics

Sumário

LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE TABELAS.....	12
CAPÍTULO 1: O PROBLEMA	13
1.1 Introdução	13
1.2 Justificativa	13
1.3 Objetivos	14
1.3.1 Geral	14
1.3.2 Específicos	14
1.4 Relevância do Estudo.....	14
1.5 Classificação e Definição de Termos.....	15
CAPÍTULO 2 : CONTEXTO DO IDOSO E DA FAMÍLIA NO BRASIL E NO MUNDO.....	16
2.1 Envelhecimento Populacional	16
2.2 A Evolução da Medicina e a Longevidade.....	17
2.3 Conseqüências do Envelhecimento - Desafios	19
2.3.1 Pesquisa em gerontologia	20
2.4 Caracterização do Idoso	22
2.5 Brasil: O Despreparo Para Atenção à População Idosa.....	27
2.6 Caracterização da Família.....	28
2.7 Família e Suporte Social	30
CAPÍTULO 3: O CUIDAR E O CUIDADOR	32
3.1 O Cuidar.....	32
3.2 Os Cuidadores de Idosos.....	33
3.3 Caracterização dos Cuidadores Primários.....	35
3.4 Problemas Comuns dos Cuidadores Familiares.	38
3.4.1 O conceito de <i>Síndrome de burnout</i> e o estresse dos cuidadores	42
3.5 O Trabalhador Cuidador e a Ergonomia	45
CAPÍTULO 4 : O ESTUDO	47
4.1 Da Pesquisa	47
4.2 O Instrumento	47
4.3 Procedimentos (Metodologia para levantamento de dados)	48

CAPÍTULO 5: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	50
5.1 Caracterização dos Idosos Cuidados	50
5.2 Caracterização do Cuidador Familiar Primário de Idosos	54
5.3 Aspectos Investigados Quanto ao Relacionamento do Cuidador Com o Idoso	59
5.4 Aspectos Investigados Quanto à Relação do Cuidador Com o Resto da Família	63
5.5 Resultados da Investigação Quanto ao Ambiente.....	65
CAPÍTULO 6: COMENTÁRIOS E DIRETRIZES PARA ATUAÇÃO	67
6.1 Comentários e Discussões	67
6.2 Diretrizes para Atenção e Apoio aos Cuidadores Primários Familiares de Idosos	75
6.3 Programa de Apoio aos Cuidadores de Idosos	75
CAPÍTULO 7: CONCLUSÕES	80
7.1 CONCLUSÃO.....	80
7.2 Sugestões Para Futuros Trabalhos.....	81
REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICE A: ENTREVISTA.....	89
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	94
APÊNDICE C: GLOSSÁRIO	96

Lista de figuras

Figura 1: Impactos externos e internos à pessoa	41
Figura 2: Aspectos básicos que caracterizam a <i>síndrome de burnout</i>	42
Figura 3: Idade e gênero dos idosos cuidados	50
Figura 4: Patologias apresentadas pelos idosos	51
Figura 5: Maior deficiência do idoso observada pelo cuidador	52
Figura 6: Incapacidade física (a) e incapacidade psíquica (b) do idoso	53
Figura 7: Grau de parentesco e o motivo de ser cuidador	54
Figura 8: Relação dos cuidadores que realizam consultas médicas (a) e relação dos cuidadores que percebem que necessitam de cuidados médicos (b)	57
Figura 9: Queixas dos cuidadores quanto as dores na coluna	58
Figura 10: Atividades realizadas pelo cuidador quando não está cuidando do idoso	58
Figura 11: Modificações na vida social do cuidador	59
Figura 12: Necessidade de realização de alterações no ambiente.....	65

Lista de tabelas

Tabela 1: Atividades em que os cuidadores referem mais dificuldades	61
---------------------------------------------------------------------------	----

CAPÍTULO 1: O PROBLEMA

1.1 Introdução

Nos últimos anos vem aumentando a preocupação de profissionais brasileiros de gerontologia para com o bem estar físico e psicológico de familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. Cuidar de um idoso fragilizado pode ser considerado um papel normativo ou esperado na vida de um cuidador, na medida em que ele o exerce em virtude de expectativas sociais baseadas em relações de parentesco, de gênero e idade, expectativas essas típicas de seu grupo social.

A saúde e qualidade de vida dos idosos estão diretamente ligadas ao estado físico e psicológico dos seus cuidadores. Quando o cuidador apresenta problemas principalmente quanto a sua saúde, ficará conseqüentemente comprometido o fornecimento adequado de cuidados, não conseguindo atender as reais necessidades do idoso.

De modo geral, as questões envolvidas na relação de autonomia e dependência que se estabelece entre um adulto autônomo e um idoso progressivamente mais fragilizado são muito complexas e pouco elucidadas. Ao introduzir a questão no Brasil, deve-se ter cuidado para não vitimar nem o cuidador, nem o idoso, cujas relações com a família, a sociedade e as gerações mais jovens já foram suficientemente marcadas por preconceitos, no âmbito da gerontologia nacional.

1.2 Justificativa

Diante da existência de uma transição demográfica, o Brasil terá de enfrentar problemas reais como aponta a projeção do IBGE para 2020, quando o número de pessoas com 60 anos ou mais deve dobrar em relação a 1999, chegando a 27 milhões (JANSEN, 1999). Isso requer mudanças não só da Previdência Social, como também do trabalho, da saúde, e da qualidade de vida do idoso entre outros. O problema maior será a rapidez com que o envelhecimento populacional ocorrerá frente ao despreparo do país a esta nova realidade. Atualmente o número absoluto de idosos no Brasil já é um dos maiores do mundo, estando em 13,5 milhões de pessoas, e a grande maioria (85%) vive com algum parente e apenas uma pequena

parcela (11,6%) mora sozinha ou com pessoas com as quais não têm nenhum laço de parentesco (JANSEN, 1999). Devido às projeções apontadas ao aumento do número de idosos, da precária assistência à saúde do idoso brasileiro e somado ao fato da maioria residir com algum familiar, faz-se importante conhecer as pessoas que acabam prestando cuidados aos idosos e como ocorre todo este processo.

A partir da experiência da autora em diferentes áreas de atuação da fisioterapia, notou-se o freqüente aparecimento de pessoas que tinham como papel principal, serem cuidadores de idosos. Estes apresentavam uma série de queixas e patologias adquiridas e desenvolvidas, provavelmente relacionadas com a função a qual desenvolviam – cuidadores primários de idosos.

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

Este trabalho tem como objetivo geral verificar e caracterizar quem é, o que faz, como faz, e as dificuldades e queixas do cuidador primário familiar, no intuito de, após conhecer estes dados, viabilizar apoio mais efetivo a esses cuidadores no seu trabalho.

1.3.2 Específicos

- ? Traçar o perfil dos cuidadores primários familiares de idosos;
- ? Conhecer as situações diárias que envolvem os cuidados com os idosos;
- ? Levantar as queixas e dificuldades enfrentadas pelos cuidadores;
- ? Apontar diretrizes para atenção e apoio aos cuidadores primários familiares de idosos.

1.4 Relevância do Estudo

O cuidador tem surgido como alternativa de assistência ao idoso, já que a longevidade sem qualidade de vida tem levado as famílias a lançarem mão de “soluções” como o asilamento em lugares onde não existe proposta terapêutica (VIEIRA,1996).

Outro fator importante é a profunda alteração no perfil de morbidade que vem a reboque do aumento da expectativa de vida, a tendência é se ter no Brasil em curto prazo, um grande contingente de idosos podendo viver cerca de mais 20 anos, mas com perda progressiva de independência (PERRACINI,1994).

Pesquisas fundamentam-se em informações empíricas faltando dados de pesquisas para sequer supor se e quando a atividade de cuidar de um idoso estressa e onera o cuidador familiar brasileiro (NÉRI,1999). Esse fato supõe a premência de se conhecer na prática esta importante parcela da população.

1.5 Classificação e Definição de Termos

Nesta pesquisa serão levadas em consideração as classificações de idoso e Terceira idade da Organização Mundial da Saúde (OMS), e da Organização das Nações Unidas (ONU). A OMS considera para os países do Terceiro Mundo como idoso, todo indivíduo com mais de 60 anos (SANTANA, 2001) e a ONU denomina pessoas da terceira idade as que se aposentaram por motivo de saúde tornando-se inativas (ZIMERMAN, 2000). Nesta pesquisa serão usadas as duas classificações, pois 100% dos entrevistados que se encontram com idade abaixo de 60 anos estão aposentados por motivos de saúde.

O indicador de envelhecimento seguido nesta pesquisa é o da Política Nacional de Saúde do Idoso, que foi adotado pelo governo brasileiro desde 1999, que leva em consideração o grau de limitação da pessoa diante das tarefas cotidianas, ou seja, substitui o conceito de doença pelo de incapacidade funcional e a possibilidade de gerir a vida de forma independente pelo idoso, enfatizando assim a medicina preventiva (BIANCARELLI, 1999).

Cuidador familiar é o termo utilizado para caracterizar um familiar qualquer que cuide de um ou mais idosos em sua família

Cuidador primário refere-se aquele que é o principal responsável por prestar cuidados e assistência integral a um idoso, não necessariamente é familiar do idoso cuidado.

Cuidador familiar primário de idosos caracteriza a situação de um membro da família do idoso, apontado como responsável pelos cuidados necessários para o bem estar deste.

CAPÍTULO 2 : CONTEXTO DO IDOSO E DA FAMÍLIA NO BRASIL E NO MUNDO

2.1 Envelhecimento Populacional

Visto até a poucos anos como problema tipicamente europeu, pois neste continente vive 12% da população mundial e 28% de pessoas com mais de 65 anos de idade, o problema passa agora a ser realidade também em outros países. A partir do início da década de 1980 não é mais possível sustentar a visão sobre a situação do envelhecimento populacional, pois que, desde 1960, mais de 50% dos gerontes são originários de nações que constituem o Terceiro Mundo, nos quais o crescimento do número de velhos é proporcionalmente maior que nas nações da Europa, no continente americano situado no hemisfério norte, e no Japão (PAPALÉO NETTO, 1996).

Nos países desenvolvidos, onde o fenômeno do envelhecimento teve início, pode-se dizer que esta situação ocorreu junto com o desenvolvimento. Nessas sociedades a partir da Revolução Industrial, as populações passaram a viver melhor, com boas condições ambientais, nutricionais, de trabalho etc., diminuindo assim a mortalidade prematura em todas as classes etárias (SALGADO, 1999).

A natalidade também foi diminuindo em decorrência do nível educacional mais elevado das mulheres e das expectativas vivenciais maiores, diferentes de suas mães e avós. As mulheres não estavam mais tão disponíveis para procriação, para a educação dos filhos e para uma dedicação exclusiva a atividades domésticas (SALGADO, 1999).

Em nenhum outro período da história da humanidade o homem teve tanta chance de alcançar a terceira idade, ou seja, viver até os 60 anos ou mais em países em desenvolvimento, ou 65 em países desenvolvidos (JACOBSON FILHO, 1998). Em 2025, segundo a ONU, estima-se que 16% da população será constituída por idosos – cerca de 32 milhões de pessoas, elevando o Brasil ao sexto país em número de idosos no mundo, comparando-se o processo de envelhecimento ao dos países de primeiro mundo (ANTUNES, 2000).

Nos países em desenvolvimento, o fenômeno populacional resulta mais das tecnologias de saúde do que do próprio desenvolvimento. As vacinas e os antibióticos, inexistentes nas primeiras décadas do século XX, tornaram possível o tratamento de doenças que antes dizimavam populações (SALGADO,1999).

2.2 A Evolução da Medicina e a Longevidade¹

A duração média de vida vem aumentando desde a Antigüidade. Na Idade Média, a probabilidade de que o indivíduo chegasse aos 25 anos, era de dez em cada cem nascidos. Em 1380, Carlos V da Espanha, era considerado o “velho sábio”, quando morreu aos 42 anos. A partir do século XIX, e particularmente nos últimos cem anos, as expectativas de vida elevaram-se extraordinariamente. Um elenco de fortes circunstâncias, de natureza diversa, foi capaz de interferir neste fato: a melhoria das condições materiais de existência, certas contingências ecológicas, o progresso da medicina, da cirurgia, da tecnologia e saúde pública, trazendo recursos e técnicas diagnósticas, assistenciais e terapêuticas (VIEIRA,1996).

Quando o século XX começou, a doença mais temida era a tuberculose. Graças aos antibióticos, esse mal – que já foi dito como uma forma romântica de morrer – pôde ser facilmente curado. A sífilis, a lepra e a paralisia infantil já não assustam ninguém. A varíola, sinônimo de horror desde a Antigüidade, foi erradicada tão completamente que seus últimos vírus estão guardados em cofres, como uma relíquia preciosa. A esta trajetória vitoriosa da medicina no século XX, deve-se atualmente a idéia de que a ênfase dos médicos já não é mais evitar a morte, e sim manter os indivíduos saudáveis pelo máximo tempo possível.

Muitas foram as descobertas que propiciaram, no século XX, o aumento da longevidade e a melhoria das condições de saúde. Em 1900 o patologista austríaco Karl Landsteiner descobre os Tipos Sangüíneos, explicando por que as transfusões sangüíneas, até então terminavam quase sempre em morte. Esta descoberta também viabilizou o tratamento de doenças do sangue, como a anemia, e facilitou as cirurgias que implicavam em grandes perdas de sangue. Também em 1900, o livro “A Interpretação dos Sonhos” de Sigmund Freud marca o início da psicanálise.

¹ Longevidade – fenômeno que se traduz pelo aumento de tempo médio de vida do ser humano.

Em 1903 o fisiologista alemão Willem Einthoven inventa um aparelho que registra a corrente elétrica que atravessa o coração toda vez que ele bate – o Eletrocardiógrafo. O eletrocardiograma pode então perceber doenças cardíacas antes que elas se tornem irreversíveis. Logo após, em 1905, foi inventado o aparelho para mensurar a pressão arterial. Em 1906, foram descobertas as Vitaminas, e a identificação de um distúrbio que causa a deterioração progressiva do cérebro conhecido como Doença de Alzheimer. Em 1910 tem-se o início da Quimioterapia, que consiste no ataque seletivo a células doentes por meio de substâncias tóxicas. Em 1914 descobre-se a existência de Neurotransmissores, em 1917 inicia uma nova tendência na psicoterapia com o lançamento do livro "Psicologia do Inconsciente" de Carl Jung; em 1921 a Insulina é descoberta e usada em larga escala para o tratamento do diabetes; em 1923 foi desenvolvida a vacina BCG – *Bacille Calmette-Gréin* (MOSBY,2001) para combater a tuberculose. Alexander Fleming descobre a Penicilina em 1928, que daria origem ao primeiro antibiótico, e neste mesmo ano o médico americano George Papanicolaou cria um exame que possibilita a detecção precoce do câncer no aparelho reprodutor feminino. Neste mesmo ano é identificada a Vitamina C por um bioquímico Húngaro.

Em 1930 é criado o Cateterismo e surge o microscópio eletrônico; em 1937 é desenvolvida a vacina contra a febre amarela, em 1940 surgem novos antibióticos a partir da penicilina purificada; após 40 anos é descoberto o Fator RH – *Rhesus-Fator Sanguíneo* (MOSBY, 2001). Em 1941 são apontados os efeitos malignos da rubéola em gestantes; em 1943 foi desenvolvida a máquina artificial de diálise, que pode assumir as funções dos rins em pacientes com deficiência nestes órgãos. O ano de 1944 é marcado pela identificação do primeiro Anti-histamínico com propriedades antialérgicas, e é realizada, neste mesmo ano, a primeira cirurgia cardíaca em uma criança com problema congênito. Em 1945 foi adicionado flúor à água encanada, como meio de prevenção às cáries; em 1948 o câncer começa a ser tratado com base na quimioterapia, e é descoberta a Cortisona e sua propriedade anti-inflamatória, para tratamento da artrite reumatóide; em 1952 a primeira vacina contra a poliomielite é desenvolvida; em 1953 uma máquina com funções cardíacas e pulmonares é utilizada numa cirurgia pela primeira vez, para criar uma circulação sanguínea artificial. Em 1954 é desenvolvida a Pílula Anticoncepcional e realizado, com sucesso, o primeiro transplante de rins. Sabin desenvolve a primeira vacina oral

contra a poliomielite que passa a ser usada mundialmente por ser mais eficaz do que a injetada, a Talidomida começa a ser receitada como pílula para dormir e cinco anos após é proibida por causar sérias malformações em fetos. Em 1964 os aparelhos portáteis de hemodiálise são adotados nos EUA e na Inglaterra facilitando o tratamento de pacientes com deficiência renal; em 1967 é realizado o primeiro transplante cardíaco na África do Sul. Em 1971 surge a tomografia computadorizada, em 1975 é descoberta a Endorfina; em 1978 nasce o primeiro bebê de Proveta; a Varíola é declarada erradicada em 1979; em 1982 é realizada a primeira modificação genética em uma bactéria para obtenção de insulina; em 1983 é relacionada a úlcera gástrica com a bactéria *Helicobacter Pylori*; e também em 1983 o HIV – *Human Immunodeficiency Virus* (MOSBY, 2001), vírus da Aids, é isolado.

Outros destaques importantes no século XX foram a criação de exames como a Ultra-sonografia, a Endoscopia, a Ressonância Magnética Nuclear, e o aprimoramento de cirurgias que possibilitaram transplantes como o de coração, córnea, fígado etc., e o tratamento cada vez mais freqüente de doenças terminais.

Ainda nos anos 80 e 90 houve grandes conquistas como a utilização do AZT (marca registrada de um inibidor do vírus HIV – *Zidovudina*) (MOSBY, 2001), o desenvolvimento de um coquetel de drogas para tratamento da Aids e o isolamento do gene responsável pelo câncer de mama, (SUPER INTERESSANTE, 1999).

Atualmente, entre várias descobertas, vive-se na era dos cirurgiões robôs, capazes de realizar cirurgias extremamente precisas sem que o médico necessite tocar o paciente, e existe ainda a possibilidade de realização de cirurgias à distância, onde o cirurgião pode realizar seu trabalho a quilômetros de distância do paciente.

2.3 Conseqüências do Envelhecimento - Desafios

O processo dinâmico pelo qual a população envelhece é chamado de transição demográfica. Esta se completa quando há uma diminuição das taxas de mortalidade com aumento da expectativa de vida, e uma diminuição nas taxas de fecundidade, levando à maior proporção de indivíduos em grupos mais velhos. O envelhecimento demográfico traz várias conseqüências sociais, médicas e econômicas. Entre as conseqüências sociais pode-se observar a convivência de três ou quatro gerações, cada família possuindo um ou mais idosos e a existência de mais mulheres, já que sua longevidade é maior. Outro fato importante é o maior número de pessoas idosas

vivendo em instituições. As principais conseqüências médicas são o crescimento da demanda por serviços de saúde, mais gastos com medicação, maior ocupação de leitos hospitalares e por maior período de tempo, pois o idoso normalmente demora mais para se recuperar, além do aumento de incidência de transtornos mentais e das doenças típicas da terceira idade que provocam demência. A repercussão econômica do aumento da população idosa dá-se principalmente pela grande quantidade de pessoas com menos condições de auto-sustento, pelo aumento com despesas de saúde e pela queda da renda devido à redução do número de indivíduos economicamente ativos (ZIMERMAN,2000).

Nos países do Terceiro Mundo, a melhor qualidade de vida aos idosos e àqueles que se encontram em processo de envelhecimento é um objetivo que está longe de ser atingido, pois além de serem política e economicamente dependentes de outras nações, possuem uma estrutura sócio-econômica arcaica que privilegia alguns em detrimento da maioria (PAPALÉO NETTO,1996). Sabe-se que o envelhecimento populacional uma vez iniciado é um processo irreversível. Se o envelhecimento vai ser ou não uma experiência bem sucedida, depende, entre outros fatores, de uma melhora na qualidade de vida daqueles que envelhecem. A geração de mais conhecimentos em geriatria e gerontologia, bem como referentes à intervenção, contribuirá para este aperfeiçoamento (PERRACINI, 1994).

2.3.1 Pesquisa em gerontologia

Apesar da gerontologia ser um ramo da ciência que se propõe estudar o processo de envelhecimento e os múltiplos problemas que envolvem a pessoa idosa, ela é paradoxalmente jovem. O fato é que o envelhecimento, apesar de ser um fenômeno universal e comum a quase todos os seres animais, teve o seu estudo negligenciado durante muito tempo e os mecanismos envolvidos na sua gênese ainda permanecem obscuros, exigindo um longo caminho a ser percorrido até que novos estudos sejam mais esclarecedores (PAPALÉO NETTO,1996).

Entre as várias linhas de estudo da gerontologia, a assistência aos idosos ainda necessita de melhores estudos. Para isso, é pertinente melhorar a definição de cuidador, clarear as necessidades e tarefas resultantes, e principalmente utilizar conceitos e constructos bem delineados na literatura, que tenham como alicerce modelos teóricos bem fundamentados. Em especial é importante lidar com a questão

de que o julgamento e o significado atribuído a estes cuidados, interagem com o número e o tipo de tarefas envolvidas, na determinação dos desempenhos do cuidador e de sua saúde física e mental (PERRACINI,1994).

A importância de estudos reside na premente necessidade de informações brasileiras sobre o assunto para que se possa orientar providências educacionais, sociais e de saúde pública. Além disso, traz à discussão teórica e metodológica uma área de interesse crescente na Gerontologia.

Segundo Perracini (1994), existem atualmente cinco linhas de pesquisas específicas sobre cuidadores familiares de idosos, cujas principais tendências são as seguintes:

- ? A primeira é a de estudar cuidadores familiares de idosos portadores de déficits cognitivos, especialmente a Doença de Alzheimer que, por acarretar perda progressiva da funcionalidade, coloca demandas crescentes nos sistemas de suporte familiar e formal;
- ? A segunda tendência é representada pela evolução das pesquisas com delineamento transversal para estudo prospectivo, as quais buscam investigar as demandas e pressões sobre o cuidador e a forma como este lida com elas, quer em termos de desgaste e exaustão, quer com o desenvolvimento de habilidades que permitem uma adaptação ao longo do tempo;
- ? A terceira tendência aborda estudos comparativos entre grupos de cuidadores e não cuidadores quanto a formas de avaliar o estresse e bem-estar. Apontam para um delineamento cuidadoso no sentido de não utilizar instrumentos que considerem o ônus como atributo inerente à situação de cuidar, o que contribui para vitimizar o cuidador e considerar o desgaste e o estresse como eventos naturais;
- ? A quarta relaciona-se às pesquisas transculturais que trazem perspectivas bastante interessantes com cuidadores, considerando o contexto cultural particular, bem como a tradição étnica, refletindo-se em arranjos de moradia do cuidador e do idoso, serviços de suporte formais e informais, questões familiares, papéis, tarefas, uso do tempo, motivação para cuidar e características do cuidador;

? A quinta tendência diz respeito à utilização de modelos multivariados, para tentar explicar a complexidade dos construtos teóricos existentes, identificando o comportamento das variáveis mediadoras.

2.4 Caracterização do Idoso

No dicionário da língua portuguesa, o termo “velho” do latim *vetulu*, significa “muito idoso; de época remota, antigo; gasto pelo uso; desusado, antiquado, obsoleto” podendo ser evidenciado por conotações tanto afetivas como pejorativas (FERREIRA, 1999).

Na França, no século XIX, o termo “*velho*” ou “*velhote*” era designado ao indivíduo que não possuía bens ou que era indigente. Aqueles que tinham certa posição social e que administravam seus bens desfrutavam de respeito e eram denominados de idosos, pois o termo “*velho*” era associado à decadência e incapacidade para o trabalho. Com a influência francesa então, o termo “*idoso*” começou a ser utilizado nos documentos oficiais no Brasil. Esta terminologia já existia em nosso vocabulário, mas não era usada (MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2001). No dicionário da língua portuguesa “*idoso*” significa “que tem bastante idade; indivíduo idoso”.

O limite que considera uma pessoa idosa tem variado muito ao longo da história e de acordo com cada cultura. Na década de 1920, a vida era como uma vela que a qualquer momento se apagava e podia-se dizer que se era velho muito precocemente, a partir dos 25 anos.

Vergani (*apud* SANTANA, 2001, p.43), refere-se a Pitágoras, que subdividia a vida em períodos de 20 anos, comparando-os às estações do ano; infância ou primavera, até os 20 anos; adolescência ou verão, dos 20 aos 40 anos; juventude ou outono, dos 40 aos 60 anos; velhice ou inverno, dos 60 aos 80 anos. Aristóteles referia-se a 35 anos como idade da maturidade física, a partir da qual inicia o declínio.

A literatura anglo-saxônica classifica a velhice da seguinte forma: *Young old* – o jovem ancião: dos 65 aos 75 anos de idade. *Old old*: idosos propriamente ditos: dos 75 aos 85 anos. *Oldest old* ou *very old*: aqueles que ultrapassam os 85 anos de idade (SANTANA,2001).

A Organização Mundial da Saúde – OMS considera idoso todo indivíduo com 65 anos de idade, ou mais, que reside nos países desenvolvidos e com 60 anos ou mais, os residentes em países em desenvolvimento. Percebe-se que essa definição de idoso da OMS está diretamente ligada à qualidade de vida propiciada pelo país aos seus cidadãos (MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2001).

De acordo com Tàmmaro *et al.* (apud SANTANA, 2001, p.43) pode-se classificar o envelhecimento nas seguintes fases:

Meia-idade - que compreende a faixa que vai dos 45 aos 65 anos de idade, também chamada de pré-senil. Nesta fase eventos biológicos importantes ocorrem, sendo para a mulher a menopausa, e para o homem a andropausa. **Senescência gradual** - entre 65 e 75 anos, sendo esta a fase em que facilmente potenciais patologias manifestam-se. **Senescência propriamente dita** - entre 75 e 90 anos, é ser ancião no sentido estrito da palavra; e **longevidade**; após os 90 anos. Nesta fase o indivíduo apresenta mudanças fisiopatológicas, com uma reduzida reserva funcional associada a um equilíbrio biológico frágil e instável.

Outra forma de definição do envelhecimento humano é enfocando os fatores: ambientais, genéticos, biológicos, psicológicos, sociais, e culturais entre outros.

Em relação aos fatores genéticos e biológicos, encontram-se algumas definições como: Büerger (apud MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2001, p.51), descreveu o envelhecimento como a “alteração irreversível da substância viva em função do tempo”. Vandervoort (1998, p.69) aponta a senescência como “um processo intrínseco, devastador e irreversível”. Hayflick (1997, p.5) afirma que “representa as perdas das funções normais para os membros da mesma espécie”, e que estas ocorrem desde a maturação sexual até a longevidade. Para Santos (apud MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2001, p.53), o envelhecimento biológico “é um processo contínuo durante toda a vida, com diferenciações de um indivíduo para outro, e até diferenciações no mesmo indivíduo, quando alguns órgãos envelhecem mais rápido que outros”. O envelhecimento biológico normal leva à diminuição das reservas funcionais do organismo. Este efeito pode ser observado em todos os aparelhos e sistemas (VANDERVOORT, 1998).

Segundo Fonseca (1998, p.334) “a vida, como a evolução, é uma implacável e inexorável seqüência de experiências, que nos revelam o nosso patrimônio filogenético e evidenciam a nossa competência ontogenética, que num momento determinado se esvanece e regride – a retrogênese”. Trata-se de uma seqüência e

não de uma decadência, de uma evolução num sentido que se completa com outra evolução de sentido contrário e dialeticamente complementar.

Ainda sob o ponto de vista biológico, encontram-se na literatura várias teorias referentes ao envelhecimento humano, entre elas as teorias ditas “Baseadas em Eventos Propositais”, como a: Teoria da substância vital, que preconiza que os animais nascem com uma quantidade limitada de alguma substância vital e, conforme seja consumida, ocorrem mudanças associadas à idade que levam ao envelhecimento. Teoria da mutação genética, sendo apontada como causa do envelhecimento e determinação da longevidade. Devido a sua função essencial na diversidade da vida e na adaptação dos animais ao seu ambiente, as mutações são um sério concorrente ao local de origem dos fenômenos do envelhecimento e da longevidade. Teoria da exaustão reprodutiva aponta a idéia de que após um surto de atividade reprodutiva, um animal ou planta começa a envelhecer e morre rapidamente. Contudo, um surto de atividade reprodutiva seguida de envelhecimento e morte não é um padrão universal na natureza; e, Teoria neuroendócrina, que sugere que as mudanças nas glândulas endócrinas, ou secretoras de hormônios, causam o envelhecimento. Esta teoria é muito considerada na busca do retardo do envelhecimento através de dietas de baixo teor calórico, por ocorrer a redução drástica de na produção de hormônios hipofisários que, como consequência, irão diminuir a secreção de hormônios de glândulas-alvo como a tireóide, gônadas, pâncreas, adrenais. Outra contribuição seria pela redução drástica na taxa metabólica, que traria como consequência menor produção de espécies reativas – radicais livres (PAPALÉO NETTO,1996; HAYFLICK 1997; MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2001).

As demais teorias biológicas são as apontadas como as “Baseadas em Eventos Aleatórios”, entre elas as seguintes: Teoria do desgaste; em 1882, August Weismann biólogo alemão, criou esta teoria afirmando que ocorre a morte porque um tecido desgastado não pode ser renovado eternamente. A teoria defende que os animais envelhecem porque seus sistemas vitais acumulam danos provocados pelo excesso de uso no dia-a-dia, o que alguns biogerontologistas consideram uma forma de estresse. Teoria do ritmo da vida, baseada na crença de que os animais nascem com uma quantidade limitada de uma substância, energia potencial ou capacidade fisiológica que pode ser gasta em ritmos diferentes. Se for utilizada rapidamente, o envelhecimento começa de forma precoce. Se for consumida lentamente, então o

envelhecimento será retardado. É a teoria chamada de “quem vive rápido, morre jovem”. Teoria do acúmulo de resíduos; segundo esta teoria, caso as células acumulem mais resíduos do que podem eliminar com eficiência, o resultado será uma espécie de constipação celular. Conforme esta teoria, com o tempo os resíduos e toxinas e resíduos acumulados poderiam prejudicar a função celular normal e matar lentamente a célula. Teoria das ligações cruzadas; esta teoria aponta o desgaste do colágeno, através do processo de envelhecimento. À medida que os animais envelhecem, as ligações cruzadas aumentam e os tecidos se tornam menos flexíveis e sofrem retrações. Este número de ligações cruzadas aumenta entre as proteínas, impedindo os processos metabólicos através de obstrução da passagem de nutrientes e resíduos para e dentro e para fora das células. Acredita-se que estas ligações também ocorram em outras moléculas mais importantes que o colágeno, e que as ligações cruzadas sejam as primeiras das várias mudanças bioquímicas que ocorrem ao longo do tempo, contribuindo com vários aspectos do envelhecimento. Teoria dos radicais livres; teoria que está sendo muito estudada e que se baseia em reações químicas, nas quais certas moléculas, suscetíveis nas células, reagem com moléculas de oxigênio, formando espécies químicas altamente reativas. Essas espécies são os radicais livres. Quando um radical livre reage com uma molécula importante, podem ocorrer danos. Teoria do sistema imunológico; afirma que o sistema imunológico forma a defesa do nosso organismo contra qualquer substância estranha que ali possa entrar. Esta teoria baseia-se no fato, principalmente, de que com a idade há menor produção de anticorpos. Além disso, o sistema imunológico pode produzir incorretamente anticorpos para proteínas normais do organismo, caracterizando doenças auto-imunes, com, por exemplo, a artrite. Teoria dos erros e reparos; todos os sistemas que vêm funcionando da maneira perfeita, um dia apresentarão algum tipo de erro. Os erros se acumulam nas moléculas de que se compõem nossas células, ou que são por estas produzidas. Esses mesmos erros se acumulam em várias moléculas, até o momento que começam a ocorrer falhas metabólicas, resultando em mudanças associadas à idade; e, Teoria da ordem e desordem, a medida que se deteriora a ordem molecular do organismo amadurecido, devido a ocorrência de falhas no trabalho necessário para manter a perfeição, diminui a eficiência do sistema biológico e aumenta a desordem (PAPALÉO NETTO,1996; HAYFLICK 1997; MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2001).

Quanto aos fatores psicológicos e sociais do envelhecimento, encontram-se definições como de Otto (*apud* MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2001, p.51), em que “o homem, à medida que envelhece, perde papéis e funções sociais e, com isso, afasta-se do convívio de seus semelhantes”. Segundo Santos (*Apud* MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2001, p.53) o envelhecimento social ocorre de formas diferenciadas em culturas diversas e está condicionado à capacidade de produção do indivíduo, tendo a aposentadoria como seu referencial marcante. Autores como Salgado (1999), Berger e Mailloux-Poirier, (1995), apontam teorias psicossociais do envelhecimento como a: Teoria da separação, que estabelece que o envelhecimento traz consigo as separações físicas, psicológicas e sociais, nas quais o idoso deixa de viver em sociedade. Ele desliga-se de seu meio, incorrendo no isolamento social. Teoria da atividade; a partir do momento em que os idosos estejam ativos, participando de alguma atividade, eles tendem a se afastar do isolamento. O idoso que permanece ativo, a fim de obter maior satisfação possível, conserva sua auto-estima e saúde. Teoria da estratificação etária considera que a sociedade é composta de diferentes grupos etários, com diversos papéis e expectativas. Cada grupo etário deve movimentar-se, enquanto responde a mudanças no ambiente. Teoria do grupo minoritário, afirma que os idosos formam um grupo minoritário e, conseqüentemente são discriminados pela sociedade. Teoria da diferença sociocultural aponta que a diferença sociocultural permite galgar um “status”, ou o reconhecimento da pessoa dentro de um mesmo grupo e/ou em grupos diferentes. A Teoria do conflito de gerações refere-se a alguns conflitos existentes entre o idoso e as gerações mais novas, quanto à participação política e produção social de marginalidade e dependência. Na Teoria da continuidade, a adaptação social à velhice, à reforma e aos acontecimentos é determinada, principalmente, pelo passado da pessoa. Para Monk (*apud* MAZO, 2001), a teoria da continuidade surgiu como uma interpretação das modalidades adaptativas que o idoso realiza com a intenção de manter sua autonomia e equilíbrio pessoal; e, Teoria de curso de vida, conceito que se define pelas experiências de vida individual, ou seja, a história de vida. Estas teorias configuram como explicações do envelhecimento sob a ótica psicológica e social (PAPALÉO NETTO,1996; HAYFLICK 1997; MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2001).

Ainda quanto ao envelhecimento intelectual e o envelhecimento funcional, o primeiro começa a acontecer quando o indivíduo apresenta falhas na memória,

dificuldades na atenção, na orientação, enfim, apresentando modificações em seu sistema cognitivo. O segundo ocorre quando o indivíduo começa a depender de outros para o cumprimento de suas necessidades básicas ou de suas tarefas habituais.

Além das classificações de envelhecimento já apontadas, e outras existentes, encontra-se o da Organização das Nações Unidas – ONU, que através da resolução 39/129, dividiu o ciclo da vida sob o ponto de vista econômico, considerando o homem, enquanto força de trabalho, que produz e consome os bens produzidos, em três idades: Primeira Idade - constituída pelas pessoas que só consomem e estão em idade improdutiva (crianças e adolescentes). Segunda Idade - refere-se às pessoas que produzem e consomem e estão em idade ativa (jovens e adultos). E Terceira Idade - formada por pessoas que já produziram e consumiram, mas que, pela aposentadoria, não produzem mais e só consomem – idade inativa (idosos).

Diante das diversas definições e teorias referentes aos fatores ligados ao envelhecimento humano, questionam-se quais as formas de classificação e representação que definem que a pessoa está em idade avançada.

As mudanças nos fatores médicos, sociais e econômicos resultaram no fato das pessoas ficarem em forma física por mais tempo, e o período final de doenças está tendendo a ser maior. Essa tendência provavelmente continuará, de modo que mais pessoas vivam até uma idade maior, tendo expectativa de vida de 69 anos para homens e 75 anos para mulheres (SAAD, 1991).

2.5 Brasil: O Despreparo Para Atenção à População Idosa

No Brasil, pouco a pouco o mito de ser um país de jovens vai sendo derrubado. Vários fatores concorrem para uma emergente discussão a respeito de promover cuidados para idosos fragilizados.

O primeiro fator, sem dúvida, é o envelhecimento expressivo da população. A base da pirâmide populacional vem se estreitando desde 1970. O peso relativo da população idosa aumentou nas últimas décadas de 3% para 5% (SAAD, 1991)

Atualmente no Brasil, aproximadamente 10% da população têm mais de 60 anos, significando algo em torno de 15 milhões de idosos no país, segundo o IBGE (JANSEN, 1999). No Brasil, a expectativa de vida é de 67 anos e espera-se que em 2025, esta possa chegar a 74 anos. A comparação com os dados de décadas

anteriores revela um crescimento expressivo na expectativa de vida do brasileiro e, em consequência no número de velhos. Em 1940, a esperança de vida não passava de 42 anos e em 1970 era de 60 anos, ou seja, seis anos menos do que hoje. O crescimento populacional na faixa de zero aos 14 anos, entre 1950 e 1980, foi de 109%, enquanto o dos habitantes com mais de 60 anos foi de 227%. A população brasileira na faixa de zero a 14 anos, que em 1980 representava 38% da população, no fim do século caiu para 28% do total. Enquanto isso, no mesmo período, houve um aumento de 4 para 5% no número de habitantes com mais de 65 anos (ZIMERMAN, 2000).

Entre alguns fatos marcantes, que resultaram em intervenções sociais e políticas para os trabalhadores e idosos brasileiros, tem-se em 1988 a entrada em vigor da Constituição Brasileira, em que, pela primeira vez, aparece explicitamente a importância da atenção à velhice, no seu Artigo 230: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e o bem estar, e garantindo-lhe o direito à vida”. Também a Constituição, no Artigo 229, fala da assistência que os pais podem exigir dos filhos: “os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” (BRASIL, 1988).

No Brasil, ainda não se equacionaram satisfatoriamente as necessidades básicas da infância e defronta-se agora com a emergência, em termos quantitativos, de um outro grupo etário, também fora da produção econômica, a buscar investimentos para atender a demandas específicas.

Este é o duplo desafio que se tem que enfrentar: assegurar os direitos constitucionais e serviços de qualidade para os idosos e desenvolver, ao mesmo tempo, recursos humanos de excelência e conhecimento para lidar com o grupo etário que mais cresce no Brasil. Isso tudo, no entanto, sem abandonar a atenção à base da pirâmide etária, sob pena de agravarem-se ainda mais as já lamentáveis estatísticas de mortalidade infantil e evasão escolar, por exemplo (VERAS, 1994 e PAPALÉO NETTO, 1996).

2.6 Caracterização da Família

Andolfi (*apud* ZIMERMAN, 2000, p.65) define: “A família é um sistema ativo em constante transformação, ou seja, um organismo complexo que se altera com o

passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento de seus membros componentes”.

Família é uma palavra de origem latina e, curiosamente, o seu termo grego correspondente é *oikonomia* que, por sua vez, gerou a palavra economia. Baseado nisso, é possível dizer que a família é, essencialmente, uma organização econômica (VIEIRA,1996).

Encontrada em toda sociedade humana, a família parece preceder o próprio homem, pois ela existe também em várias espécies animais. Contudo, a universalidade de sua existência não imprime a mesma característica às suas funções. Estas existem tantas quantas são as diferentes culturas em diferentes épocas (VIEIRA, 1996).

A família é uma instituição social cuja estrutura dinâmica responde a uma época histórica. Trata-se de uma unidade social sujeita às pressões de seu meio cultural, econômico e político em um dado momento. Não se pode falar da família como um todo homogêneo, pois dentro de um mesmo país existem diferenças estruturais e funcionais entre diversas unidades familiares, como resultado da interação de variáveis tais como a área geográfica da residência, o nível socioeconômico e as características étnicas (AYÉNDES,1994).

A função universal da família, puramente biológica, é de preservar a espécie. Mas entre as suas principais funções, a socialização dos seus membros para que se tornem cidadãos parece ser uma das mais importantes. As outras funções da família – econômica, educacional, cultural, de proteção etc. – vão variar em importância de acordo com a época e com o lugar em que estão inseridas. Por isso, as funções da família como instituição vêm mudando ao longo do tempo, de forma a permitir maior compatibilidade entre elas e a demanda social. Nos dias atuais e na sociedade em que se vive, a função de proteção é elementar no que se refere ao indivíduo idoso (VIEIRA, 1996).

O pressuposto de que a família é o grupo fundamental responsável pelas pessoas idosas dificilmente é questionado. Por isso, o termo aparece com extrema frequência nos discursos. Mas é preciso ainda ressaltar que a concepção de família prevalente é a nuclear, “adoecida”, de certo modo, em consequência de sua luta pela sobrevivência em uma sociedade de mercado, caracterizada pelo atual modelo sócio econômico (GUEDES, 2000).

2.7 Família e Suporte Social

Uma das mais importantes contribuições dos gerontologistas durante as últimas quatro décadas tem sido a descoberta do papel fundamental que as famílias, os vizinhos e os amigos exercem sobre as pessoas idosas (DOBROF, 1997).

Como em todas as fases da vida, também na terceira idade a família tem uma importância fundamental. Deve-se, no entanto, considerar quem é a família do idoso. Para um bebê, a família pode se resumir ao pai e à mãe. Para um adolescente, ela será ampliada, acrescentando-se irmãos, tios, avós e primos etc. O mesmo acontece para o adulto jovem. À medida que se envelhece, vê-se a família se alterando, em especial a posição de cada membro dentro dela. Os papéis vão se modificando e a relação de dependência torna-se diferente. Para o idoso, a família passa a ser constituída pelos filhos, netos, bisnetos e outros parentes de idades inferiores à dele (ZIMERMAN, 2000).

Apesar da crença comum de que o idoso na sociedade contemporânea tem sido abandonado por sua família, as investigações no mundo todo indicam o contrário. A família segue sendo a principal fonte de apoio para as pessoas de idade avançada e a preferida por estes idosos, pois é a família que socorre geralmente, em primeira instância (BEAUVOIR, 1990).

A família do idoso, particularmente os filhos e o cônjuge provêem assistência tanto em ocasiões do dia-a-dia como em momentos de crise. A família oferece apoio do tipo social, funcional, econômico, material e afetivo. Esta assistência toma formas como na ajuda em tarefas domésticas, de asseio e outras atividades da vida diária. Fazer companhia ao idoso, dar apoio e afeto em tempos normais e em crises, providenciar transporte e acompanhar a diversos lugares, a procura de serviços necessários para o bem estar diário do idoso, medicamentos e assistência em caso de doença e inclusive dar assistência econômica. O tipo e a quantidade de ajuda recebida dos filhos estão associados a fatores como proximidade residencial, o estado civil, a saúde e a necessidade do idoso, o poder econômico normalmente menor do idoso em relação ao de seus filhos, os laços afetivos e o sexo dos filhos.

Estudo realizado pela Organização Panamericana da Saúde (OPS), na Argentina, Costa Rica, Chile, Guyana, Trinidad e Tabago, mostrou que a família é a principal fonte de apoio dos idosos. Quando é necessário, entre 70 e 90% dos idosos têm quem os ajude em suas tarefas domésticas e suas atividades de vida

diária, assim como em períodos de enfermidade ou em casos de perda de capacidades. Dados similares têm sido obtidos em Porto Rico, Jamaica, Barbados, Brasil e em diversos grupos étnicos dos Estados Unidos da América (AHE, 2000).

Os filhos, em especial as filhas, são, no geral, os principais componentes da rede de apoio dos idosos viúvos, seguidos por irmãos, primos, e sobrinhos. Deve-se salientar que isto está relacionado com as concepções dos papéis masculino e feminino, segundo os quais a mulher é vista como responsável pelo cuidado dos membros da família e do estabelecimento de boas e cordiais relações com os parentes (AYÉNDES, 1994).

CAPÍTULO 3: O CUIDAR E O CUIDADOR

3.1 O Cuidar

Cuidado significa o ato ou tarefa de zelar pelo bem estar de alguém, prestando-lhe assistência, assumindo a responsabilidade e os encargos inerentes a esse ato (VIEIRA,1996). É importante saber que só faz sentido cuidar de alguém, quando este não consegue desempenhar mais suas atividades cotidianas, ou seja, for incapaz de cuidar de si próprio, ou não consegue desempenhar suas tarefas diárias sem ajuda de terceiros.

Cuidar lembra, a princípio, uma situação que envolve a emoção de um indivíduo e reflete em proteção e segurança de outro. Por outro lado, “cuidar” é um verbo transitivo indireto, implicando na existência de um sujeito agente e um objeto passivo, envolvido assim numa relação, onde um primeiro desenvolve uma ação e o segundo recebe passivamente ou exerce uma atividade indireta ao delegar uma responsabilidade de execução ao primeiro (MENEZES, 1994).

Por sua própria definição, supõe-se que o ato de cuidar implica nos binômios atividade/passividade e sujeito/objeto. O cuidado assistencial é contínuo e, quando fornecido à pessoa irreversivelmente incapaz de gerenciar sua vida, ele acaba por tornar-se uma “representação social” do “incapacitado”, o que por sua vez implica em ética. Esta tem participação essencial na dinâmica de prestação de cuidados, já que pode se tornar inteiramente invasiva.

O conceito da prestação de cuidados ou cuidar é amplamente definido como ato de prover assistência ou cuidado a um membro da família, amigo ou cliente, permitindo a manutenção de um bom nível de independência. Mas deve ficar claro que esta assistência pode ser de ordem instrumental, de mão-de-obra, afetiva, financeira ou qualquer necessidade que requerer a pessoa que recebe cuidado (WHITLATCH e NOELKER, 1996).

Muitas vezes os cuidados transcendem a área domiciliar no sentido de satisfação de necessidades básicas do sujeito. Mesmo sendo um importante componente para evitar a internação a longo prazo, eles exigem algumas intervenções que remetem a outros tipos de cuidado. Primeiramente é necessário delimitar os problemas médicos agudos, as condições crônicas que podem ou não ser manejadas em casa e as

dificuldades em concluir um diagnóstico com segurança. Essas condições podem requerer um cuidado ambulatorial, um hospital-dia, ou um hospital de curta ou longa permanência. Sem exceção, a qualidade do cuidado oferecido, seja domiciliar, ambulatorial ou hospitalar é que irá determinar o sucesso da reabilitação do sujeito (VIEIRA,1996).

São muitos os caminhos para serem percorridos para atingir o objetivo de “promoção da saúde do idoso”, tanto quanto à forma quanto ao conteúdo, respeitando sempre as indicações qualitativas e quantitativas da necessária intervenção. Desta delicada situação surge a necessidade de ações interdisciplinares quando se pretende realmente melhorar o estado de saúde do idoso. Seja qual for o enfoque dado ao cuidado de idosos, existe um denominador comum obrigatório, embora nem sempre respeitado, que é o do conhecimento sobre o processo natural de envelhecimento. Sem este mínimo de informação conceitual, corre-se o risco de não haver comunicação por um idioma cientificamente embasado, o que resultaria em um retrocesso nas áreas de geriatria e gerontologia (JACOBSON FILHO,1998).

3.2 Os Cuidadores de Idosos

São pessoas que se dedicam à tarefa de cuidar de um idoso, sejam eles membros da família que, voluntariamente ou não, assumem esta atividade, ou pessoas contratadas pela família para este fim. Os cuidadores de idosos têm assumido um perfil próprio e tarefas específicas e complexas, que precisam ser desenvolvidas por pessoas qualificadas e treinadas para o desempenho da assistência que o idoso precisa para manter o seu bem estar (VIEIRA,1996).

É possível dizer que existem três tipos de cuidadores: O cuidador institucional, que é o solicitado pela instituição em que o idoso se encontra internado, mas é contratado pela família; o cuidador domiciliar contratado também pela família por sugestão do médico que acompanha o idoso ou pela dificuldade da família em atender às necessidades dele, e o cuidador familiar, que são os cônjuges, filhos ou qualquer membro da família que, voluntariamente ou não, assume a tarefa de cuidar do idoso. Cada um destes tipos de cuidadores apresenta dificuldades implícitas em suas tarefas.

O cuidador institucional, pelo fato de não ser funcionário da instituição, pode não se sentir à vontade para exigir uma atuação compatível com suas propostas técnicas e, por sua vez, pode também não se sentir no dever de atender o que lhe é solicitado. Além disso, como a família já arca com as despesas de internação do idoso, acaba contratando pessoas sem especialização no serviço por serem menos onerosas. Em alguns casos, o cuidador revela seu descontentamento ao boicotar o acesso do paciente às atividades programadas, para chamar atenção sobre a sua importância dentro do processo e reivindicar seus interesses.

O cuidador domiciliar surge como resposta alternativa na problemática do cuidar, oferecendo um conjunto de serviços de apoio às atividades de vida diária realizadas no local de moradia do idoso, favorecendo a autonomia das pessoas, fortalecendo as relações familiares e sociais, gera redes solidárias de apoio e intercâmbio e colabora com a permanência do idoso em seu meio social de vida pelo maior tempo possível. Espera-se dos cuidadores domiciliares, pela natureza de seu trabalho, que possuam determinadas qualidades que poderão ser analisadas no desenvolvimento de suas atividades, com preparação técnica que os capacite para desenvolver seu trabalho com capacidade e eficácia, promovendo a independência, quando possível, e a dignidade às pessoas atendidas (VIEIRA,1996).

É necessário destacar que este técnico não isenta a família de sua responsabilidade, sendo um auxiliar que com sua cooperação ajuda a solucionar problemas imediatos antes que se agravem. Seu trabalho é, sobretudo, educativo e preventivo com um grande respeito à intimidade e organização da família. Mas, por sua vez, é um elemento estranho à dinâmica familiar. Com isso passa a ser visto como invasivo, alvo de toda angústia, culpa e medo da família. Nele são colocados todos os prejuízos da situação, já que assume sozinho a assistência, sem ter uma equipe para dividir a responsabilidade da tarefa, como acontece com o cuidador institucional. Geralmente ele reage a isso abandonando a tarefa ou realizando-a com descompromisso ou com agressividade.

Quando o cuidador é um membro da família, a situação não é menos dificultada. É importante lembrar que a dependência psico-funcional do idoso modifica significativamente a rotina, a dinâmica familiar e as relações de troca entre seus membros. A inversão de papéis (do ser cuidado para cuidar) coloca uma série de demandas novas e inesperadas, que são atendidas de maneira angustiante por

quem cuida, em virtude do envolvimento afetivo entre paciente e familiar (STANOVIK, 1999).

3.3 Caracterização dos Cuidadores Primários

As pessoas idosas têm maior predisposição a ficarem incapacitadas e a depender de outros devido a problemas de saúde. Estes problemas modificam a relação do idoso com sua família e seus amigos. Um esposo(a), filho(a), ou amigo podem encontrar-se no papel de “assistentes” ou “cuidadores”, que a partir de então serão os responsáveis pelo bem estar fisiológico, psicológico e social do idoso. São necessários ajustes às pessoas cuidadoras com a modificação de seus padrões de comportamento diante da nova situação. Sem dúvida, é uma oportunidade para o crescimento pessoal, mas também podem causar problemas em várias ordens como a exaustão tanto física como emocionalmente, e causar enfermidades a ponto de não poder continuar sendo cuidador (NERI,1999).

A literatura traz várias formas de classificar o cuidador: Por grau de parentesco com o idoso; pelo tipo de ajuda proporcionada; pela freqüência dessa ajuda e pelo tipo de arranjo de moradia, dentre outros.

Matthews e Rosner (1988, p.187), diferenciam vários tipos de participação de diferentes cuidadores, porém “somente aqueles que rotineiramente dão assistência a seus parentes idosos podem ser definidos como cuidadores”. Poulshock e Deimiling (1984, p.231), caracterizam o cuidador como “aquele que ajuda em cuidados pessoais dentro de casa”.

Stone, Cafferata e Sangl (1987, p.218), usam o atributo “primário” para designar “o cuidador que tem responsabilidade total em relação ao fornecimento da ajuda”. Consideram ainda os casos em que existe um cuidador que tem a maior parte da responsabilidade pelo cuidado, mas pode ser auxiliado por outros familiares, por voluntários ou então profissionais. Neste caso, ele é um cuidador “principal” e os demais são secundários. Os cuidadores familiares, primários ou secundários prestam cuidado “informal”, assim como os voluntários provenientes da comunidade. Os profissionais prestam cuidados “formais”. Por extensão, falam em cuidadores formais e informais e em redes de suporte formal e informal, compostas por cuidadores de ambos os tipos.

Segundo Whitlatch e Noelker (1996, p.256), o cuidador é caracterizado como cuidador informal quando for membro da família ou amigo, não pago, que provê e administra cuidado a um idoso doente e dependente.

Conforme Guedes (2000, p.77), os cuidadores são definidos como “pessoas que se ocupam de idosos com incapacidades funcionais e sérias perdas de autonomia, e no caso brasileiro são caracteristicamente familiares, sendo então definidos como cuidadores informais”. Os cuidadores formais são os próprios familiares ou profissionais especialmente treinados pelos geriatras e gerontólogos numa série de cursos fornecidos por diversas agências gerontológicas. A maioria dos cursos destina-se a mulheres que lidam com familiares idosos dependentes, representando uma das facetas do sucesso do saber médico na sociedade como um todo. Nestes cursos, os saberes geriátricos e gerontológicos são filtrados e transformados numa série de preceitos práticos que visam facilitar a administração da situação de incapacidade no contexto familiar.

O papel do cuidador, entre outras razões, pode ser fruto de expectativas sociais baseadas na relação de parentesco, de gênero e idade, expectativas essas típicas do grupo social, o que muitas vezes pode conferir a este cuidador oportunidades de reconhecimento e respeito pelo grupo, assim como de adaptação individual para si mesmo (NERI,1999).

De fato, muitos cuidadores não se reconhecem como tais, ao contrário, vêem suas ações como uma extensão das relações pessoais e familiares, mais do que um apelo social distinto.

Cuidar geralmente envolve a realização de tarefas de suporte, que vão além daquelas normais que significam reciprocidade entre indivíduos adultos. Imediatamente ocorre envolvimento em julgamentos subjetivos e decisões sobre comportamentos normativos ou habituais dentro das famílias.

A coabitação é geralmente considerada como uma característica central, ao menos em termos de definição de propriedades de obrigação. As conseqüências para o cuidador, ao dividir uma casa com uma pessoa idosa incapacitada, são aquelas que os colocam em contato constante com as tarefas nisto envolvidas, o que é de fundamental importância para se entender como a vida desses cuidadores é restringida ao longo do tempo. Cuidadores que dividem a mesma casa com seus parentes idosos referem níveis mais altos de pressões do que aqueles morando em casas separadas (STOLLER e EARL,1983)

Embora muitas necessidades de idosos saudáveis possam ser preenchidas mesmo à distância, através de contatos telefônicos ou visitas ocasionais, as necessidades de idosos vulneráveis requerem, tipicamente o fornecimento regular de serviços informais, incluindo assistência com a preparação de refeições, serviços de casa, transporte e cuidado pessoal. As conseqüências da dispersão familiar podem ser dramáticas para idosos fragilizados. A não coabitação limita a capacidade dos filhos de serem cuidadores (SILVERSTEIN e LITWAK, 1993).

Brody *et al.* (1994, p.99) afirmam que “há significativas evidências de que a família continua fornecendo a maior parte do cuidado a parentes idosos, sendo que menos de um quinto de todas as horas de ajuda recebidas pelos idosos dependentes vêm de fontes como cuidadores pagos”.

Segundo Stone, Cafferata e Sangl (1987, p.622) estes cuidadores nos Estados Unidos “são tipicamente mulheres de meia idade”, sendo que 30% são filhas, 23% são esposas e 13% são maridos. Cerca de um terço são de classes sociais menos favorecidas, três quartos moram junto com o idoso do qual cuidam e ainda, 80% deles fornecem ajuda sete dias por semana mais do que três horas por dia.

Em pesquisa realizada pela Associação de Cuidadores do Reino Unido, 72% eram mulheres, dentre as quais 66% tinham 55 anos ou mais e 61% estavam casadas ou moravam com um companheiro. Além disso, apenas 21% trabalhavam período integral ou meio período além de cuidar (PERRACINI, 1994).

Brody *et al.* (1994, p.100) afirmam ainda que em relação ao estado civil, “quando existem filhas solteiras, estas dividem a mesma casa com parentes do idoso mais freqüentemente do que qualquer outro grupo”. Metade delas nunca morou separadamente de seus pais e apesar destes não serem mais velhos em relação a outros grupos, estas mulheres descreveram seus pais como sendo mais incapacitados e necessitando de mais ajuda com atividades de cuidados pessoais. Os mesmos autores salientam que o papel de cuidar recai primeiramente em filhas com papéis familiares menos competitivos, ou seja, aquelas que são divorciadas, viúvas e solteiras.

No entanto, de modo geral, a demanda de cuidados geralmente recai sobre um único membro da família, o cuidador primário, que acaba por dividir-se entre as responsabilidades profissionais, conjugais, sociais e familiares. Outros membros da família podem ajudar, porém, não de forma regular e sim de tempos em tempos, desempenhando tarefas menores em termos de quantidade e intensidade da ajuda

que fornecem (STOLLER e EARL, 1983; SILLIMAN e STERNBERG, 1988; PENNING,1990; STOLLER,1990).

No Brasil as evidências de pesquisas demonstraram que o cuidado de idosos continua sendo uma tarefa majoritariamente feminina, principalmente dentre a população de baixa renda (KARSCH, 1998; NĚRI, 1999).

Saad (1991) descreve que há uma carência nas redes de suporte formais no Brasil. Diante disso, fica claro que a tarefa de amparar os idosos está quase que exclusivamente sob a responsabilidade das famílias, já que a organização comunitária também se mostra bastante incipiente.

Segundo relatos de idosos brasileiros, 2% não contam com qualquer ajuda familiar em caso de doença ou incapacidade. 40% contam com o cônjuge, 35% contam com a filha, 11% com o filho e 10% com a família. Nos domicílios unigeracionais cresce a perspectiva de ajuda do cônjuge (60%) e nos multigeracionais, da filha 56% e do filho 13% (RAMOS *et al*, 1993).

3.4 Problemas Comuns dos Cuidadores Familiares.

Para existir sucesso em cuidar de um idoso, muitas necessidades devem ser supridas. As necessidades se estabelecem após questionamentos que passam pela cabeça do cuidador familiar, quando do planejamento de suas atividades como cuidador.

Invariavelmente, o cuidador começa a questionar-se quanto às necessidades reais do idoso. Que tipos de cuidados são necessários para permitir que o idoso permaneça em sua casa, viva com seus filhos e outros parentes, e mude-se, caso necessário, para outros lugares como asilos, casas de repouso, cuidado residencial, hospitais etc? Como pode fazer com que o idoso permaneça em sua própria casa e sinta-se o mais independente possível? Se necessitar de serviços externos, pode pagar por eles? Caso contrário, como viabilizar este serviço? Como cuidar de um idoso sem deixar de dar atenção aos outros membros da família? Sente-se cansado ou frustrado por ter que cuidar de uma pessoa mais velha e enferma?

Ao responder (ou tentar responder) estes questionamentos, começa a aparecer uma lista de necessidades para cuidar de um idoso, e suas próprias necessidades enquanto cuidador. As perguntas não têm respostas fáceis, e as soluções variam

segundo a situação. O cuidar de uma pessoa idosa pode gerar estresses que afetarão a vida do cuidador em vários aspectos.

Devido à complexidade de situações envolvidas nos cuidados com o idoso, o estresse que o cuidador primário familiar sofre pode ser de ordem fisiológica, financeira, ambiental, social e emocional.

Prover cuidados pode causar estresse fisiológico. As atividades como limpar a casa, lavar roupas, ir às compras e preparar os alimentos, que requerem energias e podem cansar a qualquer pessoa em especial, somam-se a outras atividades exercidas pelo cuidador. O cuidado pessoal que é requerido para os cuidados médicos e de higiene também causam estresse, em particular situações de comportamento difícil, incontinência (perda involuntária de urina e/ou fezes), colostomia (comunicação cirurgicamente construída entre o colo no intestino grosso e o meio exterior) e assistência para o banho. Levantar e se locomover com indivíduos de mobilidade limitada não só cansa como pode causar quedas, ferimentos e disfunções tanto para o idoso quanto para o cuidador.

Cuidar de enfermo também envolve dimensões financeiras, causando outro tipo de estresse. Para aqueles serviços que não dependem somente da família, para cuidados médicos, farmacêuticos, terapêuticos etc, há necessidade de decisões de como conseguir pagar por estes serviços. Se o dinheiro é limitado, outras pessoas da família terão que ajudar com os custos dos cuidados, o que causa, muitas vezes, cargas a todos os membros da família.

Invariavelmente ocorre o chamado estresse ambiental, pois o cuidar de um idoso requer um ambiente adequado. Se o idoso decide ficar em sua casa, terão de ser feitas modificações ou adaptações, como instalação de corrimão, rampas, barras de apoio etc. Caso o idoso não tenha condições de ficar em sua casa sozinho, terão que ser encontradas outras opções como, por exemplo, viver com um filho, um amigo ou ir a um lugar especializado como casas de retiro, hospitais, residenciais geriátricos ou asilos. Quando o idoso morar na casa do cuidador, serão necessários também vários ajustes no local, estilo de vida e padrões tanto do idoso quanto do cuidador e sua família o que pode gerar conflitos e estresse.

Prover cuidados por 24 horas ao dia pode causar estresse social ao cuidador por levar ao afastamento, muitas vezes, da sua própria família, dos amigos e da vida social. O cuidador pode ficar muito cansado ou sentir-se incapaz de desfrutar de uma saída semanal ou até mesmo mensal. Como resultado acumulam-se

ressentimentos (mesmo que de forma inconsciente) quanto ao idoso, já que ele acaba sendo o motivo da falta de contato social.

Todos os fatores e tipos de estresses já comentados e que recaem sobre o cuidador resultam em um importante e, muitas vezes, debilitante estresse emocional. Este é somado pelas dificuldades em manejar o próprio tempo, os processos afetivos, de raciocínio, conscientes ou inconscientes, que formam a personalidade de cada pessoa, as angústias, medos, tristezas e as múltiplas responsabilidades (casa, família, trabalho, cuidar do idoso), assim como sentir a pressão da dependência do idoso. Para o cuidador e membros de sua família, as diversas formas de estresse podem resultar em sentimentos como ressentimentos, amargura e até raiva pelas constantes responsabilidades e privações. Podem também ocorrer conflitos nas relações entre pais e filhos, vindo, muitas vezes, a intensificar-se causando ansiedade, cobranças e frustrações para todos. Muitas vezes ainda pode existir o desejo secreto de desfazer-se da carga enviando o idoso a alguma instituição ou até desejar a sua morte. Estes desejos causam grandes sentimentos de culpa ao cuidador.

Todos estes sentimentos são vivenciados e logo negados pelo cuidador por parecerem inaceitáveis. O cuidador necessita perceber que estes sentimentos são comuns, embora raramente expressados, e que existem recursos que podem ajudá-lo, como grupos de apoio, utilizar ajuda comunitária, buscar apoio da família e amigos, etc.

Em função da integração dessas dimensões, o organismo, diante de cada reação desencadeada pelos diferentes estímulos a que está submetido, tende a uma volta ao equilíbrio, mas estes impactos e tensões que estes estímulos provocam deixam marcas e modificam as pessoas, inclusive seus corpos. Todos esses estressores são capazes de disparar no organismo uma série imensa de reações via sistema nervoso, sistema endócrino e sistema imunológico, por meio de estimulação de hipotálamo e sistema límbico; essas importantes estruturas do sistema nervoso central estão intimamente relacionadas com o funcionamento dos órgãos e a regulação de emoções (FRANÇA e RODRIGUES, 1999).

Como seres únicos, as dimensões biológica (fisiológica), psicológica (emocional) e social (financeiro e social propriamente dito) são totalmente ligadas, vividas e desencadeadas de forma simultânea (Figura 1). Muitas vezes as dimensões

mobilizam-se, mas a tensão manifesta-se em apenas uma das dimensões (FRANÇA e RODRIGUES, 1999).

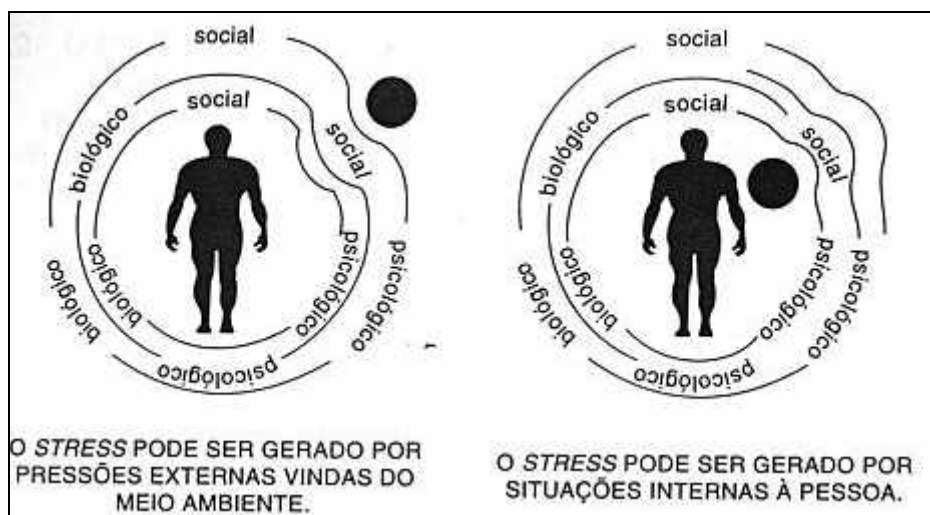


Figura 1: Impactos externos e internos à pessoa

Fonte: FRANÇA, A.C. Limongi; RODRIGUES, A. Luiz. *Stress e Trabalho, Uma abordagem psicossomática*. Editora Atlas, 2. ed. São Paulo, 1999. p.18

O estresse pode participar de todas as manifestações doentias, desde um simples mal estar até um câncer. Ele causa sofrimento, deterioração e envelhecimento do organismo. Produz sintomas, precipita doenças que estavam em estado latente ou agrava doenças existentes.

Os chamados sintomas psicossomáticos são diretamente produzidos por ele: dor na nuca, lombalgia, irritações da pele, dores musculares em geral, dor de cabeça, tonturas, azia, prisão de ventre, diarreia, sensação de falta de ar, palpitações cardíacas etc.

Como o estresse diminui a resistência orgânica, predispõe o organismo a infecções respiratórias, de pele etc. diabetes, hipertensão, angina e infarto do coração, úlceras pépticas, asma e tantas outras doenças diretamente influenciadas pelo estado de ansiedade, depressão e os diversos distúrbios do funcionamento mental estão também intimamente relacionados com ele (RIO, 1998).

3.4.1 O conceito de *Síndrome de burnout* e o estresse dos cuidadores

O cuidar de um familiar idoso pode ser considerado como “trabalho”, embora na condição familiar este não seja remunerado, os cuidadores se dedicam à “tarefa de cuidar” e enfrentam situações em que o trabalho tende a submetê-lo a inúmeros estímulos estressantes, tanto de forma aguda quanto crônica. O cuidar de um idoso também pode ser fonte de satisfação, realização e subsistência, mas pode tornar-se uma verdadeira prisão e sofrimento (FRANÇA e RODRIGUES, 1999).

Considerando isso, o conceito da *Síndrome de burnout* refere-se ao esgotamento profissional”, mais conhecido no Brasil como “estafa”, e serve para esclarecer o que ocorre com o cuidador. Este conceito foi desenvolvido na década de 1970 por Cristina Maslach, psicóloga e Herbert J. Freudenberger, psicanalista. Em ambos ele tem o sentido de preço que o profissional paga por sua dedicação ao cuidar de outras pessoas ou de sua luta para alcançar uma grande realização, conforme mostra a Figura 2 (FREUDENBERGER e RICHELSON, *apud* FRANÇA e RODRIGUES, 1999; SELIGMANN-SILVA, 1995).

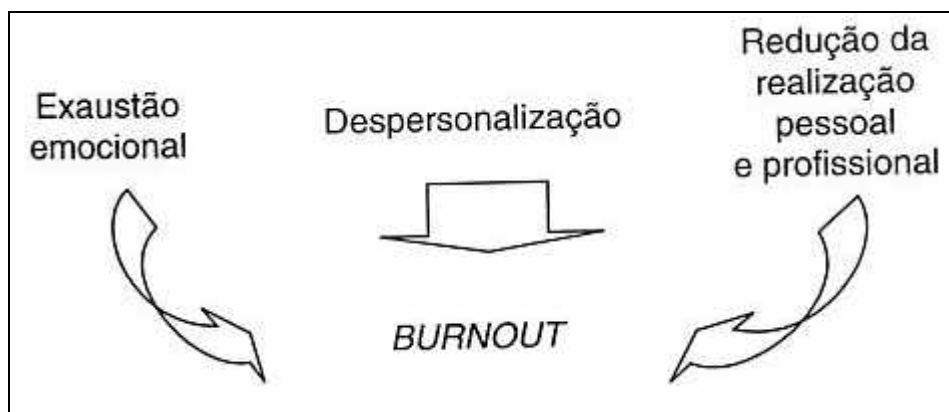


Figura 2: Aspectos básicos que caracterizam a *síndrome de burnout*

Fonte: FRANÇA, A. C. Limongji; RODRIGUES, A. Luiz. *Stress e Trabalho, Uma abordagem psicossomática*. Editora Atlas, 2 ed. São Paulo, 1999. p.48

Ambos os autores colocam o *burnout* como fruto de situações de trabalho, notadamente nos profissionais (neste caso cuidadores) que têm como objeto de

trabalho o contato com outras pessoas (o idoso e sua própria família). O *burnout* seria a resposta emocional a situações de estresse crônico ou em função de relações intensas com outras pessoas ou profissionais que apresentam grandes expectativas em relação a seus desenvolvimentos profissionais (cuidar bem do idoso em “nível ótimo”, independente de suas necessidades e vontades próprias) e dedicação à profissão (cuidador), no entanto, em função de diferentes obstáculos, não alcançaram o retorno esperado (FRANÇA e RODRIGUES, 1999; SELIGMANN-SILVA,1995).

No caso do cuidador familiar, a questão do retorno esperado passa por diferentes níveis. O cuidador, enquanto na condição de prestar assistência continuamente ao idoso, aperfeiçoa suas habilidades de lidar com os problemas de manejo de tempo, de controle de tensão e ansiedade, e de lidar com sentimentos, autocontrole, emoções e pensamentos negativos, causando diversos problemas como os já citados quanto aos tipos de estresse. Ocorre, na maioria das vezes, que o retorno esperado relativo ao apoio familiar não ocorre, como, por exemplo, a falta de colaboração do esposo(a), falta de apoio dos irmãos e problemas com os filhos, conflitos e falta de reciprocidade do idoso são comuns na vida do cuidador (NERI,1999).

Outros aspectos intimamente relacionados com o conceito de *burnout* e que são destacados por Pines *et al* (*apud* FRANÇA e RODRIGUES, 1999, p.50) que referem que, além dos profissionais estarem expostos a freqüentes situações de estresse, eles experimentam a vivência de que oferecem muito mais, em comparação com o que recebem, ou seja, o retorno em termos de gratificação (gratidão) é sentido como reduzido, insuficiente diante das suas expectativas.

O nível de expectativa é dramaticamente oposto à realidade e estas pessoas persistem em tentar alcançar suas expectativas, suas trajetórias se tornam turbulentas, problemáticas e o resultado é uma depleção dos recursos individuais e um comprometimento de suas habilidades (FREUDENBERGER e RICHELSON, *apud* FRANÇA e RODRIGUES, 1999).

Pela conceituação de Maslash, o *burnout* é uma síndrome caracterizada por três aspectos básicos: A exaustão emocional, a despolarização, e a redução da realização pessoal.

Diante da intensa carga emocional que o contato freqüente e intenso com pessoas impõe, principalmente com aquelas que vivem situações de sofrimento, o indivíduo pode desenvolver uma exaustão emocional. O profissional (cuidador) sente-se esgotado, com pouca energia para fazer frente ao dia seguinte de trabalho, e a impressão que ele tem é de que não terá como recuperar essas energias. Esse lado costuma deixar as pessoas pouco tolerantes, facilmente irritáveis, nervosas, amargas no ambiente de trabalho, em casa, com familiares e amigos. As relações com o trabalho e com a vida são vividas como insatisfatórias e pessimistas.

A despolarização é o desenvolvimento do distanciamento emocional que se exacerba, como frieza, indiferença diante da necessidade dos outros, insensibilidade e postura desumanizada. Como resultado do processo de desumanização, o profissional perde a capacidade de identificação e empatia com as pessoas que lhe procuram em busca de ajuda e as trata não como seres humanos, mas como “coisas”, “objetos”. Tende a ver cada questão relacionada com o trabalho como um transtorno, como mais um problema a ser resolvido, pois lhe incomoda e perturba. Assim, o contato com as pessoas será apenas tolerado, e a atitude em geral será de intolerância, irritabilidade e ansiedade.

Diante de tal deterioração da qualidade da atividade, a realização pessoal e profissional (como cuidador) fica extremamente comprometida. FREUDENBERGER e RICHELSON (*apud* FRANÇA e RODRIGUES, 1999) afirmam que o *burnout* surge principalmente nas áreas em que as pessoas acreditam ser as mais promissoras para suas realizações, nos profissionais que procuram a competência, uma posição de destaque na família e na comunidade, e desejam ser reconhecidas. Com o incremento da exaustão emocional e da despersonalização e todas as suas conseqüências, não é raro um senso de inadequação e o sentimento de que têm cometido falhas, com seus ideais, normas, conceitos. Pode surgir a sensação de que se tornou outro tipo de pessoa, diferente, bem mais fria e descuidada. Como conseqüência, surge a queda da auto-estima, que pode chegar à depressão.

O *burnout* instala-se insidiosamente. É um estado que vai corroendo progressivamente a relação do sujeito (o cuidador) com sua atividade (cuidar).

O prolongado dispensar de cuidados pode tornar-se extremamente pressionante, tanto para quem cuida como para a sua família. Por outro lado, se o ato de cuidar provém de uma escolha deliberada por quem cuida, este é um trabalho que pode proporcionar grande satisfação, especialmente se um apoio generoso for dado pela

família, pelos vizinhos e pelas autoridades estatutárias, diminuindo assim o processo de estresse dos cuidadores (CONI, DAVIDSON e WEBSTER, 1996).

Segundo Pearlin (*apud* WHITLACH e NOELKER, 1996, p.257) o processo do estresse na “carreira” dos cuidadores familiares tem cinco estágios: (a) aquisição de papel onde o indivíduo se vê apoiado em deveres e responsabilidades; (b) representação de papel que consiste em cuidar em casa de uma pessoa continuamente; (c) a substituição, se possível, para o cuidado institucional de tempo integral; (d) morte do idoso cuidado que inclui período de perda e pesar; e (e) reintegração social e ao ambiente de trabalho.

3.5 O Trabalhador Cuidador e a Ergonomia

A dificuldade de fechar um conceito definitivo sobre trabalho permite que diferentes atividades sejam classificadas como tal, e são as experiências subjetivas ancoradas nas representações coletivas do contexto sócio-cultural que determinam estas qualificações. Portanto ao evocar o predicativo trabalho para qualificar uma diversidade de atividades realizadas como oposição ao ócio, o vínculo com o trabalho mantém-se, mesmo com a aposentadoria, conferindo um sentido de utilidade e inserção social (CARLOS *et al*, 1999).

Para entender todo este processo de significação subjetiva se faz necessário atentar à transformação positiva do significado da própria palavra trabalho, que até à época moderna ficou sempre muito associada a sofrimento, penalização, esforço. O trabalho com idosos pode ser visto como desejo de reconhecimento pelos cuidadores familiares em um conjunto social pautado pelo valor produtivo. Neste aspecto, o conjunto social não oferece outros parâmetros de identificação que permitam notar o papel de cuidador familiar visto somente como trabalho quando institucionalizado, deixando de lado o cuidador familiar que desempenha as mesmas funções que um cuidador formal.

Todos estes significados se consolidam com a separação entre o espaço doméstico e o espaço do trabalho a partir da implantação do sistema de fábrica. Embora as transformações dos últimos anos representados, principalmente, pelo reconhecimento progressivo das atividades domésticas como trabalho e pela difusão dos “*homeworks*” (atividades de bens e serviços produzidos no espaço doméstico) perdura, ainda, como representação coletiva, a associação entre espaço privado e

ausência de trabalho e conseqüente desvalorização que lhe é atribuído (CARLOS et al, 1999).

A ergonomia não se ocupa somente com a situação de trabalho remunerado, evoluiu e aplica-se também a atividades que não são consideradas um trabalho, bem como, às condições de atividade do homem, preocupando-se em criar condições para que as pessoas cheguem à velhice com mais saúde (GRÜNEWALD, 1997).

A contribuição da ergonomia aos cuidadores familiares de idosos destaca-se a partir de algumas definições importantes quanto: ao caráter multidisciplinar dos conhecimentos que estão na base da ergonomia; ao caráter aplicado destes conhecimentos, que visam mudanças na situação de trabalho; e aos objetivos da ergonomia, que introduz, como critério de avaliação, ao lado da eficácia e da produtividade, o conforto dos trabalhadores (FERREIRA, MACIEL e PARAGUAY,1993).

CAPÍTULO 4 : O ESTUDO

4.1 Da Pesquisa

A partir da experiência de oito anos no atendimento fisioterapêutico a idosos com os mais diferentes tipos de patologias relacionadas ao envelhecimento, e o contato com seus familiares, percebeu-se que:

Os cuidadores familiares de idosos sentem bastante dificuldade na prestação de cuidados aos idosos e, na sua maioria, não têm conhecimento sobre detalhes importantes da doença do idoso, conseqüentemente apresentam dificuldades e sobrecargas na realização dos cuidados e atividades da vida diária (AVDs) com o idoso, como no auxílio para locomoção, banho, facilitações nas trocas de posturas, como lidar com a dependência e explorar os pontos independentes do idoso, entre outras dificuldades.

Notou-se também que, invariavelmente, estes mesmos familiares cuidadores apareciam para tratamento fisioterapêutico de patologias relacionadas com os esforços realizados ao cuidarem do idoso, normalmente com dores na coluna, tendinites e queixas relacionadas com estresse e depressões ocasionadas pelo desgaste psicológico e de suas relações sociais em geral. Muitas vezes também ocorreram atendimentos de pacientes que vinham com queixas de doenças osteo-neuro-musculares em geral, que após pesquisa da história da doença atual ou pregressa durante a anamnese rotineira, relatavam que eram cuidadores esporádicos ou permanentes de familiares idosos, normalmente de parentesco direto como esposo(a) ou pais.

4.2 O Instrumento

Para alcançar os objetivos desta pesquisa foi elaborado um roteiro de entrevista que foi aplicado junto aos cuidadores familiares de idosos, criado a partir de estudos de textos na literatura nacional e internacional que abordam este assunto, de maneira direta ou indireta.

A entrevista foi dividida em cinco partes. Na primeira parte são abordadas questões visando conhecer e determinar características do idoso que é cuidado,

como grau de parentesco com o cuidador e grau de dependência do idoso. Na segunda, as questões têm como objetivo traçar o perfil do cuidador, as atividades que desempenha e o quanto estressantes são estas atividades. Na terceira parte, o objetivo é o de conhecer o relacionamento do cuidador com o idoso, visando levantar dados que junto com os da segunda parte da entrevista, possam esclarecer as dificuldades físicas e psicológicas da atividade diária de cuidar do idoso. Na quarta e quinta partes o cuidador é questionado quanto à sua vida familiar, no intuito de identificar se ocorreram mudanças no relacionamento do cuidador com a sua família (dependentes diretos) e saber se foram necessárias modificações no ambiente onde vive, para prestar melhor assistência ao idoso.

A entrevista foi validada após avaliação das questões por cinco fisioterapeutas que têm como rotina prestar atendimentos a idosos com diversos graus de dependência.

4.3 Procedimentos (Metodologia para levantamento de dados)

O estudo foi desenvolvido na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, na cidade de Itajaí em Santa Catarina, com a participação de 19 cuidadores primários familiares de idosos, que freqüentaram a Clínica Escola de Fisioterapia da UNIVALI acompanhando idosos em tratamento fisioterapêutico, no período de maio a agosto do ano de 2001. O número de participantes do estudo foi de 100% dos cuidadores neste período. A referida Clínica tem caráter filantrópico e presta atendimento fisioterapêutico gratuito à comunidade carente de Itajaí e municípios vizinhos, nas áreas de cardiologia, ginecologia e obstetrícia, neurologia, ortopedia, pneumologia, pediatria, reumatologia e traumatologia.

Como critério de seleção, fizeram parte desta pesquisa somente cuidadores caracterizados como primários e familiares, que dispensavam cuidados a um idoso. Após o levantamento realizado em agendas de atendimento e prontuários para verificação da idade do idoso e grau de dependência, foi perguntado ao acompanhante do idoso se era o cuidador primário e familiar, para então, ser incluído ou não nesta pesquisa.

A pesquisa teve uma abordagem quantitativa a partir de dados colhidos através de entrevista dirigida (Apêndice A) aplicada aos cuidadores pesquisados.

A população estudada foi esclarecida sobre os objetivos, a finalidade da pesquisa e a viabilidade dela, através de conversa informal. Após o aceite do cuidador em participar da pesquisa foi iniciada a entrevista ou marcada para outra ocasião, conforme vontade do pesquisado.

A entrevista foi composta de perguntas abertas e fechadas, sendo dividida em cinco partes como descrito anteriormente.

Foi garantido o anonimato dos cuidadores, sendo que dados de identificação não fazem parte da entrevista. Para identificá-los foram utilizadas a letra "C" de cuidador e os números de 1 a 19, por serem 19 os participantes deste estudo.

Após o primeiro contato foi solicitado, por escrito, o consentimento e aceite de participação da pesquisa pelos cuidadores conforme modelo elaborado (Apêndice B), embasado nos aspectos RESOLUÇÃO 196/96 de outubro de 1996, do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CONEP (BRASIL, 2001)

Os dados foram manuseados somente pela pesquisadora e mantidos em sigilo conforme preceitos da ética em pesquisa.

CAPÍTULO 5: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 Caracterização dos Idosos Cuidados

Para caracterizar o cuidador, é necessário conhecer os idosos que são cuidados.

Nos 19 casos estudados, 12 (63,7%) idosos são homens e 7 (36,3%) idosos são mulheres.

A idade média dos idosos é de 63 anos e 5 meses, tendo o mais idoso 82 anos e o menos idoso 48 anos de idade. A média de idade dos homens cuidados é de 62 anos e 4 meses, e das mulheres cuidadas 64 anos e 1 mês. Estes dados refletem a tendência de expectativa de vida maior para as mulheres do que para os homens. Considerando o gênero, nota-se que dos idosos cuidados com idade até 60 anos representam o total de 47,4% dos idosos pesquisados, sendo destes 7 homens e apenas 2 mulheres, confirmando a tendência de prematuridade com que os homens ficam dependentes de cuidados e cuidadores. Os idosos acima de 60 anos correspondem a 52,6% do total de idosos estudados, sendo destes 50% homens e 50% mulheres, tendo os homens idade média de 73 anos e 2 meses, e as mulheres 67 anos e 2 meses, apontando também que os homens ficam dependentes por mais tempo que as mulheres (Figura 3).

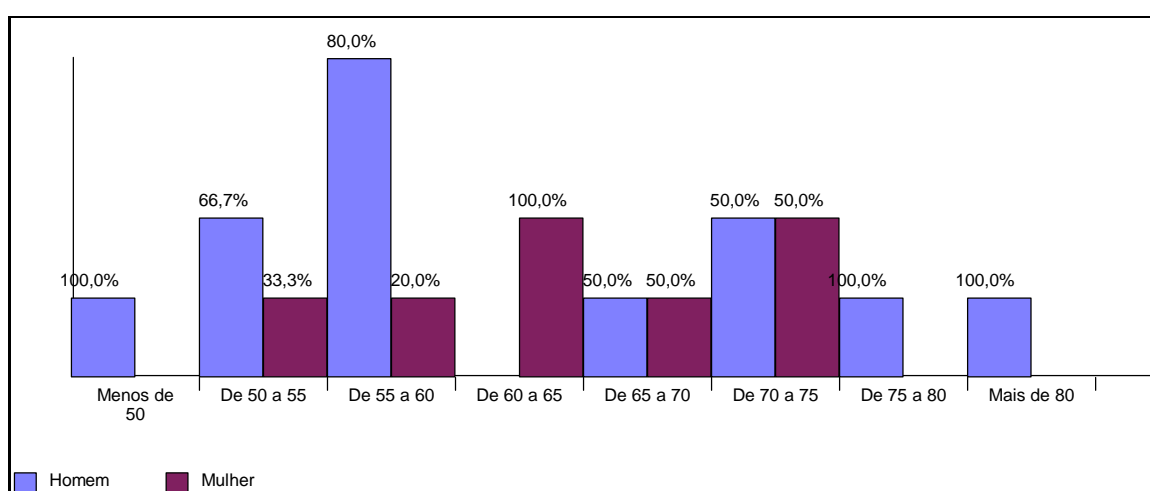


Figura 3: Idade e gênero dos idosos cuidados

Quanto ao grau de parentesco do cuidador com o idoso, observou-se que 47,4% dos cuidadores são filhas dos idosos, 42,1% são esposas e 10,5% são esposos,

com um total por gênero de 17 mulheres cuidadoras e apenas 2 homens. Esta constatação vai ao encontro do argumento de NERI (1993) que o papel de cuidador pode, muitas vezes, ser fruto de expectativas sociais baseadas nas relações de parentesco, de gênero e de idade.

O estado civil do idoso vem a reforçar o grau de parentesco e as expectativas sociais quanto aos cuidadores. Da população de idosos cuidados, 63,2% são casados, sendo que 75% destes são cuidados pelas esposas e 25% deles pelas filhas. Dos idosos viúvos 26,3% são cuidados por filhas e 1 deles é cuidado pela companheira atual. Dos idosos pesquisados, 1 deles é desquitado e cuidado pela filha.

Quanto ao motivo que levou o idoso a necessitar de cuidados, verificou-se que todos (100%) os idosos apresentaram patologias associadas ao envelhecimento, sendo de cunho neurológico em 89,5% dos casos e reumatológico em apenas 10,5% deles, conforme apresentado na Figura 4. O maior acometimento (73,7% dos idosos) foi por Acidente Vascular Cerebral – AVC, sendo que 28,6 % destes apresentaram mais de um episódio de AVC. Ainda com acometimento neurológico havia 2 idosos com Doença de Parkinson e 1 com Doença de Alzheimer. Dos idosos com acometimento reumatológico, 1 apresentava Gota e 1 apresentava como patologia principal Artrite Reumatóide. Estes dados são mostrados também na pesquisa realizada por Karsch (1998), apontando que o Brasil apresenta a segunda maior taxa de mortalidade por AVC no mundo, constituindo a maior causa de morte para homens e mulheres brasileiros acima de 65 anos, e aponta ainda que pessoas a partir de 55 anos compõem o grupo de risco para esta patologia.

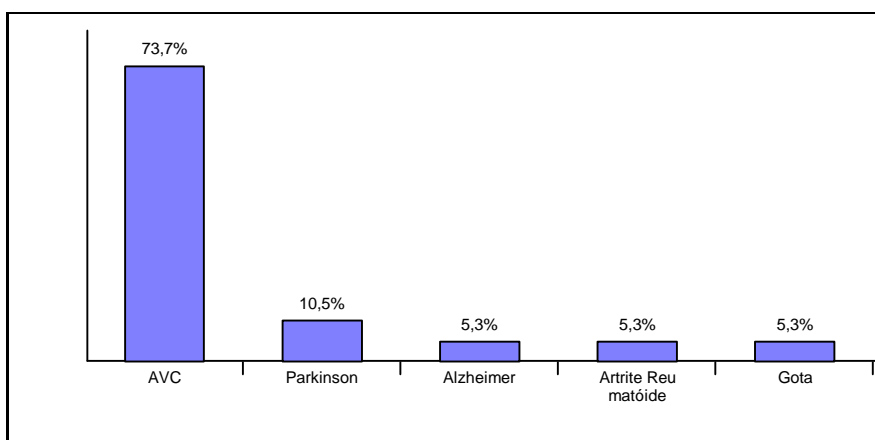


Figura 4: Patologias apresentadas pelos idosos

Quando questionado quanto a maior deficiência que observa no idoso, 42,1% dos cuidadores notam deficiência na locomoção do idoso, 42,1% nas atividades de vida diária (AVDs), principalmente quanto à higiene pessoal, 26,3% referem deficiência quanto à comunicação, verbalização e expressão, e 10,5% cuidadores apontam a deficiência cognitiva como principal problema do idoso. Do total de cuidadores 21,1% apontaram mais de uma deficiência no idoso, sendo que 1 dos idosos apresenta dificuldade de falar (comunicação) e também de caminhar (locomoção), e 3 apresentam dificuldades nas AVDs e também no caminhar (locomoção) (Figura 5).

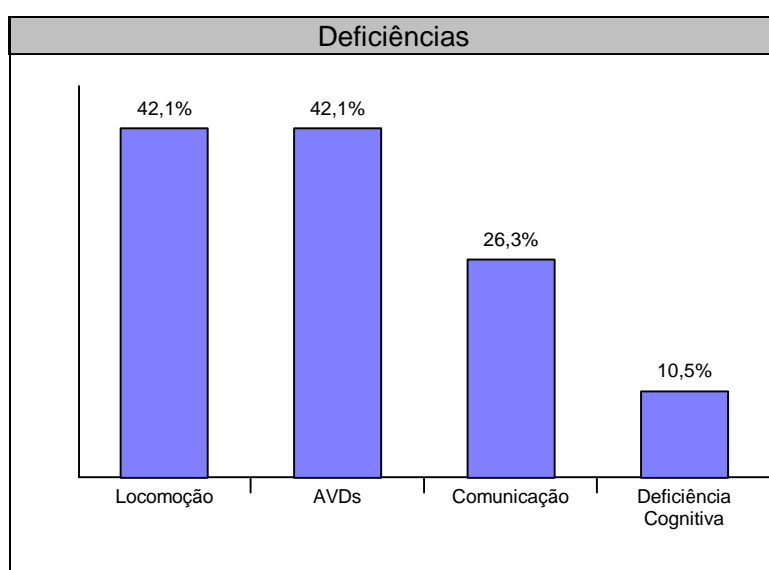


Figura 5: Maior deficiência do idoso observada pelo cuidador

Ainda quanto aos idosos cuidados, é importante determinar o nível de incapacidade física e psíquica deles, que implica diretamente no ato de cuidá-los. A classificação utilizada foi a sugerida por Papaléo Neto (1996), que classifica o idoso em seis diferentes estágios, conforme o grau de incapacidade progressiva do indivíduo. Os dados foram obtidos a partir de informações e percepção do cuidador.

Quanto à incapacidade física, 31,6% dos idosos apresentam grande dificuldade na realização das atividades de vida diária (AVDs), caminham com muita dificuldade e necessitam ser ajudados por outra pessoa. 21,05% apresentam alguma dificuldade para realização das AVDs, e caminham com ajuda de bengala ou similar. 15,8% valem-se totalmente de si mesmos, ou seja, não apresentam limitações, sendo independentes. 15,8% dos idosos necessitam de ajuda para quase todas as

necessidades de vida diária; 10,5% estão imobilizados na cama ou poltrona sendo totalmente dependentes do cuidador, e 5,3% realizam os atos de AVDs e caminham com alguma dificuldade. Em uma leitura mais objetiva destes dados, pode-se classificar 78,9% dos idosos com incapacidade física entre moderado e severa, e apenas 21,1% destes, são apontados como capazes ou com mínimo comprometimento (Figura 6-a).

Quanto ao nível de incapacidade psíquica, a maioria, ou seja, 52,6% dos idosos, não apresenta nenhuma alteração psíquica. 15,8% apresentam desorientação, não podem manter uma conversa lógica, confundem as pessoas, apresentam transtornos de humor e incontinência freqüente. 10,5% apresentam desorientação no tempo, esquecimentos ocasionais, transtornos de caráter e incontinência ocasional. 10,5% apresentam ligeira desorientação no tempo e conseguem manter corretamente uma conversa. 10,5% têm desorientação, claras alterações visuais e incontinência habitual. Nenhum idoso estudado estava em vida vegetativa, com ou sem agressividade e incontinência total.

Mais objetivamente, a maioria dos idosos, ou seja, 63,2%, apresenta leve incapacidade psíquica, 26,3% moderada e apenas 10,5% apresentam o que pode ser classificado como severa incapacidade psíquica (Figura 6-b).

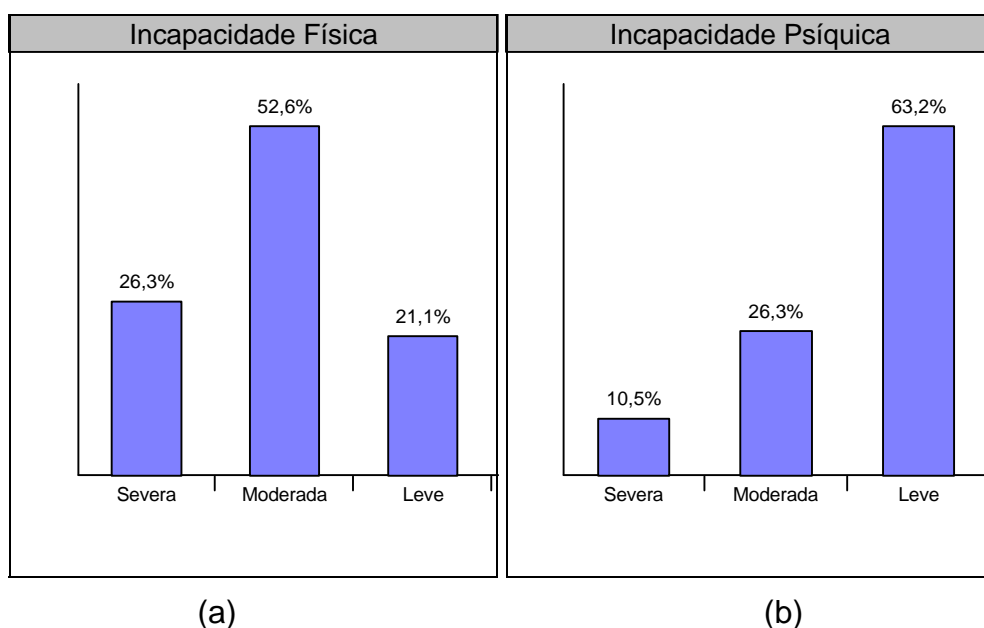


Figura 6: Incapacidade física (a) e incapacidade psíquica (b) do idoso

5.2 Caracterização do Cuidador Familiar Primário de Idosos

Os cuidadores primários familiares de idosos estudados, tinham a idade média de 49 anos e 2 meses. Das filhas cuidadoras a idade média foi de 37 anos e 6 meses e das esposas cuidadoras de 56 anos e 7 meses. Estes dados vêm novamente confirmar o perfil dos cuidadores quanto às expectativas sociais e familiares referentes às mulheres, semelhante aos dados encontrados, em que a maioria das cuidadoras está na fase entre meia idade (45 – 64 anos) e idade da senescência gradual segundo Pietro (*apud* MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2001, p.52), conhecida como idade pré-senil, crítica ou do primeiro envelhecimento. Nesta idade encontram-se os primeiros sinais do envelhecimento, os quais representam, freqüentemente, tendências ou predisposição ao aparecimento de doenças, sendo importante a intervenção preventiva.

Na investigação junto aos cuidadores quanto ao motivo pelo qual é cuidador, 100% das esposas e esposos cuidadores têm esta função por ausência dos filhos, que possuem trabalho formal, são casados ou moram longe do idoso. Das filhas cuidadoras 33,3% têm esta função porque os irmãos não podem cuidar; 33,3% cuidam porque são solteiras, filhas mais velhas ou que casaram por último. 22,2% das cuidadoras desempenham este papel por serem filhas que residem mais próximas ao idoso; e 11,1% são cuidadoras porquê são a única filha que não tem trabalho formal (Figura 7).

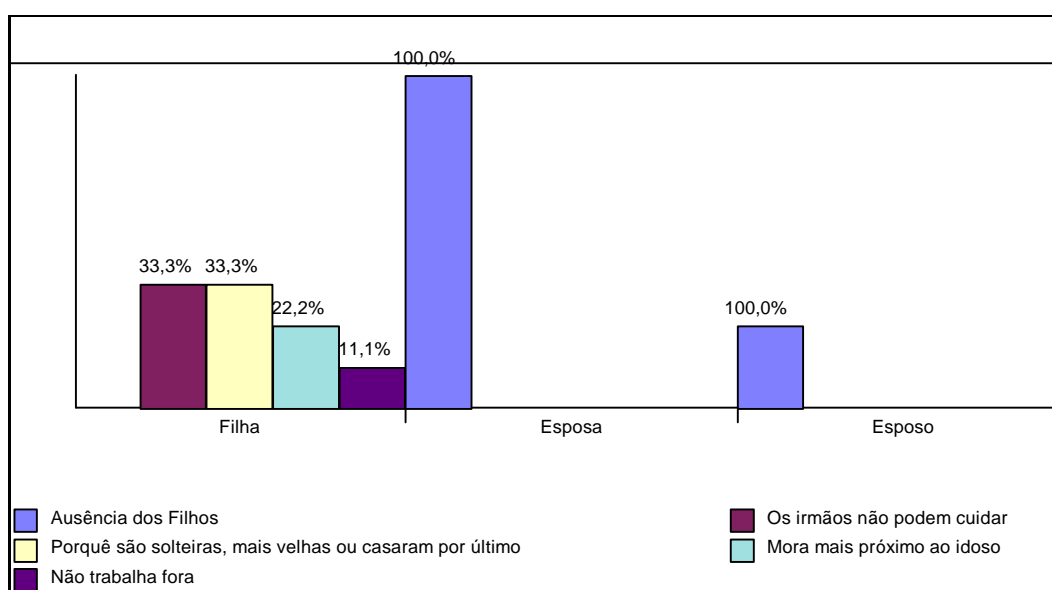


Figura 7: Grau de parentesco e o motivo de ser cuidador

Quando questionados se eram pela primeira vez cuidadores, 63,2% disseram que sim e 36,8% já haviam sido cuidadores de outro parente. Em uma avaliação mais profunda quanto ao grau de parentesco dos cuidadores com os idosos, relacionando se era a primeira vez ou não que exerciam esta função, 77,8% das filhas nunca haviam sido cuidadoras e apenas 22,2% já tinham experiência anterior. Já quanto às esposas, 50% delas era a primeira vez e 50% já havia sido cuidadora em outra ocasião.

No intuito de confirmar o grau de dedicação exigido dos cuidadores, foi verificado que 89,5% destes cuidam a maior parte do tempo do idoso, e apenas 10,5% dividem tarefas domésticas e prestação de cuidados durante algum período do dia com outro familiar, mas mesmo assim, continuam sendo classificados como cuidadores primários.

Quando perguntado aos cuidadores quanto ao número de horas por dia e há quanto tempo desempenhavam as funções de cuidadores, 57,9% é cuidador entre 18 a 24 horas por dia; 31,6% cuidam entre 12 a 18 horas por dia e 10,5% entre 6 a 12 horas por dia, sendo o restante do tempo assumido por outro cuidador.

Dos cuidadores estudados 36,8% já cuidam do idoso entre 0 a 2 anos; 26,3% entre 2 a 4 anos; 15,8% é cuidador entre 4 a 6 anos e 21,1% há mais de 6 anos. Estes dados refletem a exigência que recai sobre o cuidador quanto ao trabalho em tempo quase integral na assistência ao idoso; o número de anos na função e o tempo diário dispensado em cuidados podem refletir na sobrecarga física apontada pelos cuidadores, deixando-o suscetível a doenças de várias ordens. Esta tendência é confirmada pelos próprios cuidadores quando 84,2% afirmam não ter tempo suficiente para si próprio nem para descansar o suficiente, somente 15,8% referiram ter algum tempo para si.

Quando questionados, se além de cuidar do idoso, realizavam outro trabalho / atividade remunerada ou estudo, constatou-se que apenas 1 das filhas ainda estudava. Da população restante 94,7%, que corresponde a 14 das cuidadoras, que disseram “não”, realizam trabalho de cuidados com a casa, e apenas 2 conseguem alguma remuneração com as atividades de costureira (1) e lavadeira (1), atividades estas realizadas em casa aliada aos cuidados com o idoso.

Em 100% dos casos estudados, o idoso e a família do cuidador dividem a mesma residência. Para investigação da exigência que recai sobre o cuidador por prestar serviços e ter de dar atenção a outros familiares, além das atividades já apontadas,

constatou-se que 42,1% dos cuidadores dividem a moradia com 3 a 5 pessoas; 15,8% com 1 a 3 pessoas, 10,5% com 5 a 7 pessoas e 5,3% com mais de 7 pessoas.

Quanto ao grau de sedentarismo dos cuidadores, 78,9% não realiza nenhuma atividade física, referem que “seu exercício é cuidar do idoso” referindo-se aos esforços realizados, e “cuidar da casa”. Apenas 21,1% afirmam realizar atividades como caminhadas e ginástica localizada no mínimo 2 vezes por semana. É importante considerar que qualquer atividade física para apresentar benefícios do ponto de vista cardiovascular, deve ser realizada com regularidade mínima de três vezes semanais, sendo o ideal cinco vezes (McARDLE, 1996; ELLIS e ALISON, 1997; FROELICHER, 1998; GHORAYEB, 1999; SCALAN, 2000).

No sentido de avaliar a capacidade de descanso e reparação do organismo dos cuidadores foram levantadas informações sobre o sono: 47,4% referem dormir bem entre 7 a 9 horas, e 52,6% afirmam não conseguir dormir esse número de horas. Quanto à sensação subjetiva de cansaço, 78,9% dos cuidadores referem não conseguir descansar o suficiente.

Quanto à alimentação, a maioria (78,9%) consegue realizar, no mínimo 3 refeições balanceadas por dia, já os demais referem não conseguir realizar tais refeições.

Outro fator importante de ser avaliado, que ocorre com frequência com os cuidadores, como também encontrado por Perracini (1994), é o isolamento social. Dos cuidadores estudados 73,7% realizam, no máximo, 2 contatos com parentes que não dividem o domicílio com eles, com amigos ou com vizinhos. 10,5% realizam entre 2 a 4 contatos, e 15,8% realizam entre 4 a 6 contatos semanais.

A visita a amigos e parentes pode ser vista como problema pelos cuidadores devido à dificuldade de afastamento do lar pela dependência do idoso e ainda soma-se à realização de atividades domésticas. Ainda segundo constatação do estudo realizado por Perracini (1994), quando existe a possibilidade de saída com o idoso, pode ocorrer inadequação do comportamento do idoso, causando embaraço para o cuidador, ou dificuldade de locomoção do idoso, visto que muitos deles se encontram bastante limitados, confirmando os dados encontrados neste estudo.

Quanto à realização de consultas médicas e tratamentos de saúde, 57,9% dos cuidadores não realizam consultas médicas e/ou odontológicas anualmente, restando 42,1% que realizam pelo menos uma visita a algum destes profissionais

anualmente. 63,2% desta população referem ter tido patologias diagnosticadas por médicos em algum momento, como cardiopatias em 25% deles, problemas de ordem ginecológica em 25%, problemas ortopédicos em 16,7% e outras patologias em 33,3% dos casos (Figura 8-a).

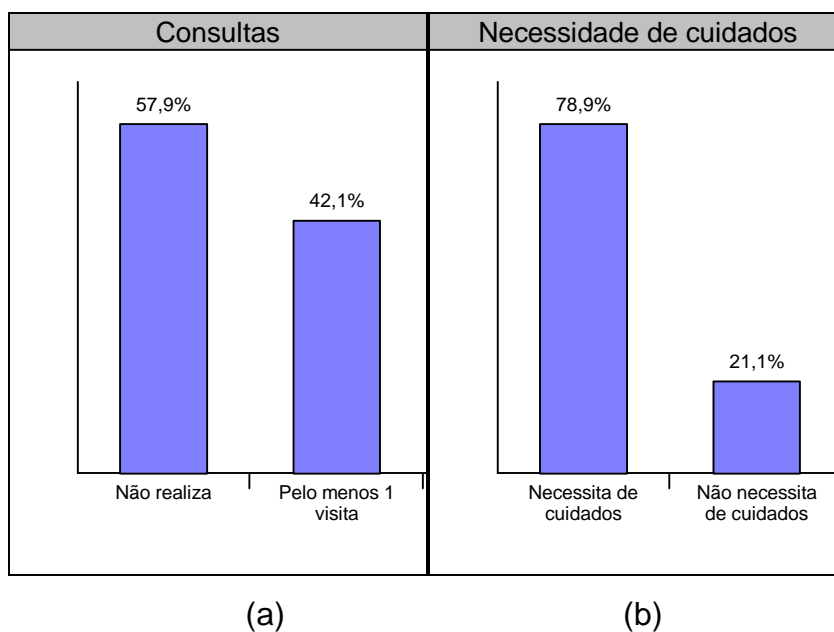


Figura 8: Relação dos cuidadores que realizam consultas médicas (a) e relação dos cuidadores que percebem que necessitam de cuidados médicos (b)

Quando questionados se achavam necessário realizar consulta médica, odontológica ou tratamento, 78,9% dos cuidadores afirmaram que sim (Figura 8-b). Os motivos apontados foram problemas com pressão arterial, dores em coluna, nódulo no seio, dores no corpo todo, problemas no coração, dores nas pernas, tratamento de reposição hormonal, problemas em colo de útero, diabetes, menopausa e problemas circulatórios.

Quando indicado algum tratamento pelo médico, a maioria dos cuidadores 68,4% consegue realizá-lo até o final, e 31,6%, não. Destes que não realizam tratamentos médicos, 33,3% relatam nunca ter visitado a médicos na vida.

Indagados quanto a dores em coluna vertebral, 89,5% dos cuidadores referiram sentir dores, sendo que 15,8% deles em mais de uma região da coluna. Por localização dolorosa 42,1% apresentam dores em coluna lombar, 21,1% em coluna cervical e 10,5% na coluna dorsal (Figura 9).

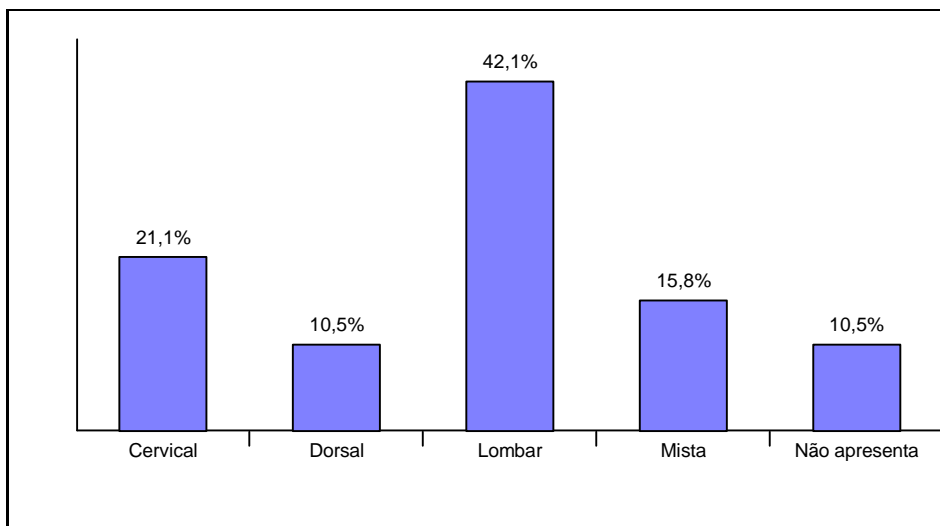


Figura 9: Queixas dos cuidadores quanto às dores na coluna

O tipo ou forma de trabalho e a frequência de realização deste como agachar, levantar e rotacionar o tronco são relacionados às lombalgias crônicas. Atividades de vida diária como serviços do lar, envolvendo trabalhos de passar e lavar roupas, cuidados com filhos pequenos pelo grau de dependência, limpeza de ambientes, se realizados inadequadamente, podem levar a quadros dolorosos (ORTIZ, 1995). Este fato é confirmado quando nesta pesquisa 73,7% dos cuidadores associam as dores e desconfortos na coluna com o manuseio do idoso.

De forma geral, 84,2% dos cuidadores referem que se sentem mais debilitados após o início da prestação de cuidados ao idoso.

Nas horas em que não necessitam prestar cuidados diretos ao idoso, 57,9% dos cuidadores realizam atividades ligadas ao lar e ao resto da família; 21,1% optam por descansar nestes momentos, 15,8% realizam trabalhos manuais e 5,3% utilizam o tempo livre para a prática de atividades físicas (Figura 10).

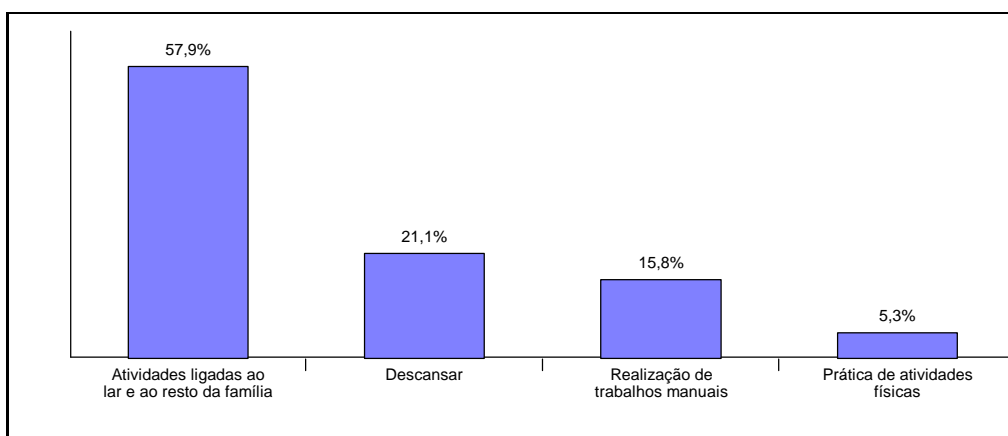


Figura 10: Atividades realizadas pelo cuidador quando não está cuidando do idoso

Os passatempos prediletos dos cuidadores são assistir TV, ouvir música, trabalhos manuais, como tricô, crochê ou bordar, jogar cartas e leitura em 73,7% dos casos. Os demais optaram por atividades religiosas, passeios e conversas.

Na investigação no que diz respeito a modificações na vida social, 89,6% dos cuidadores afirmam que, após o início dos cuidados prestados, houve significativas mudanças. Destes 63,2% sentem-se mais presos e limitados do que antes; 21,1% referem modificações quanto à atenção a família e 5,3% sentiram modificações no âmbito financeiro (Figura 11). O restante da população (10,5%) relatou que não houve modificações em suas vidas sociais.

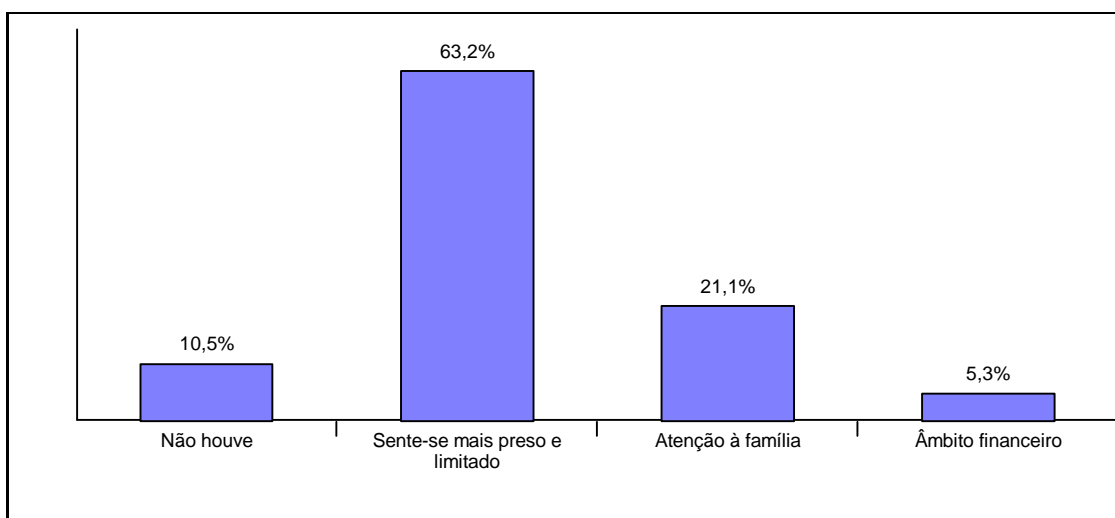


Figura 11: Modificações na vida social do cuidador

5.3 Aspectos Investigados Quanto ao Relacionamento do Cuidador Com o Idoso

Quando questionados, se haviam, em conversa com o médico responsável pelo idoso, esclarecido dúvidas sobre a evolução do quadro da doença do idoso e possíveis pioras quanto à dependência dele, 89,5% já tinham este esclarecimento e apenas 10,5%, não.

Quanto à possibilidade de ajuda ao cuidador realizada pelo próprio idoso, constatou-se que 84,2% dos idosos cuidados não conseguiam ajudar em nenhuma

tarefa no lar, somente 15,8% conseguiam realizar pequenas tarefas mesmo com dificuldades.

Como agravante para o cuidador, em 31,6% dos casos, há mais alguma pessoa no domicílio necessitando de cuidados, normalmente filhos pequenos.

79,1% dos entrevistados foram surpreendidos pela dificuldade em ser cuidador, apenas 21,1% achou fácil e não enfrentou dificuldades para prestação de cuidados.

42,1% dos cuidadores têm algum tipo de ajuda para cuidar do idoso ou dividir algumas tarefas cotidianas do lar, mas a maioria, 57,9% não conta com nenhum tipo de ajuda.

Quanto à rotina diária de cuidados realizados, 100% dos cuidadores referem à mesma rotina diária, “ajudo a levantar da cama, levo ao banheiro para realização da higiene, dou café, os remédios da manhã, levo ao médico ou à fisioterapia e coloco para assistir TV. Daí vou cuidando e fazendo o serviço da casa juntos”. O levantamento sobre a rotina dos cuidadores teve o objetivo de entender a extensão com que esses cuidados invadem o dia-a-dia do cuidador. Nota-se neste estudo, confirmando a tendência do estudo realizado por Perracini (1994), que grande parte dos cuidadores estabelece uma rotina diária permeando tarefas do cuidar com tarefas relativas à casa e às demais pessoas do domicílio.

Foi investigado junto aos cuidadores, qual(is) a(s) tarefa(s) que sentiam mais dificuldades na realização cotidiana. As respostas foram analisadas através da frequência do apontamento das dificuldades pelos cuidadores e agrupadas de acordo com esta frequência, conforme apresentado na Tabela 1. É importante observar que 15,8% dos cuidadores referiram mais de uma tarefa como penosa.

Tabela 1: Atividades em que os cuidadores referem mais dificuldades

Grupo	ATIVIDADE	FREQUÊNCIA (F)	REPRESENTAÇÃO (%)
A	Dar banho.	12	63,2%
B	Contornar a agitação do idoso; Ajudar na locomoção.	04	21,1%
C	Ajudar a mudar de posição; Limpar e trocar quando evacua; Ajudar a subir e descer escadas; Controlar a medicação; Fazer a barba.	03	15,8%
D	Levar ao médico; Tomar conta durante a noite; 33,3% com Ficar com ele, Conversar; Colocar a comadre ou papagaio; Vestir; Supervisionar o tempo todo.	02	10,5%
E	Escutar suas queixas, Esclarecer sobre os fatos que não lembra; Procurar forçar a memória; Fazer contatos com a família; Fazer a limpeza da casa; Arrumar condução para ir ao médico; Ajudar a ir ao banheiro; Lidar com emergências médicas; Dar comida, Outros.	01	5,3%
F	Cortar e limpar as unhas; Lavar a roupa do idoso; Marcar exames; Gerenciar a casa; Estimular a autonomia; Avisar os perigos; Levar a outros tratamentos; Escovar a prótese; Pentear os cabelos; Ir ao supermercado, à feira.	0	0%

Considerando os resultados obtidos, o grupo A, com maior incidência de queixas, representa dificuldades quanto a cuidados pessoais e mostra a sobrecarga física sofrida pelo cuidador. No grupo B novamente aparece a queixa de sobrecarga física do cuidador quanto a ajudar na locomoção do idoso. Aparecem também, neste

grupo, dificuldades no aspecto cognitivo-emocional dos cuidados prestados ao idoso, no que se refere a contornar a agitação do idoso.

No grupo C revelam-se dificuldades quanto aos esforços físicos e cuidados pessoais dispensados aos idosos. Nos grupos D e E, aparecem dificuldades quanto à prestação de cuidados pessoais, cognitivos, emocionais e também instrumentais, como arrumar a casa etc. O grupo F representa atividades rotineiras realizadas sem maiores dificuldades pelos cuidadores. Na divisão das dificuldades na realização das tarefas referidas nos grupos E e F nota-se a demarcação do número maior de tarefas que podem, mais facilmente, envolver outras pessoas, já nos grupos anteriores denota-se maior número de tarefas realizadas somente pelo cuidador primário, razão por que aparecem como as maiores queixas e dificuldades. Esta hipótese surge a partir da análise conjunta da questão anterior quanto à rotina diária de cuidados com o idoso.

A investigação da existência de conflitos e sentimentos relacionados ao idoso e, considerados negativos pelo cuidador, reflete importantes aspectos emocionais e psicológicos que envolvem esta relação, sendo apontado como importante fonte de estresse para os cuidadores. Quando questionado se tinham conflitos com o idoso, 47,4% disseram que não, 42,1% às vezes e 10,5% afirmaram ter conflitos.

Quando questionados quanto ao sentimento para com o idoso as respostas foram de modo geral “evasivas”. Muitos cuidadores apontaram a maior deficiência decorrente da patologia do idoso como sentimento, percebendo-se confusão entre sentimento de compaixão e compadecimento quanto ao problema principal do idoso. Não poder falar, não poder andar, dependência do idoso, não lembrar, agitação do idoso, não ter o idoso disposto foram 68,4% das respostas obtidas, 21,1% referem sentimentos de amor e solidariedade, 5,3% afirmam sentir pena e 5,3% referem não saber.

Quanto à questão de asilamento do idoso, 84,2% dos cuidadores referiram não estarem dispostos a colocar o idoso em uma casa de repouso, apenas 15,8% gostariam de fazê-lo.

Quando questionados sobre a contratação de algum tipo de serviço para lhe auxiliar nas tarefas, 68,4% referiram que não gostariam de nenhum auxílio externo. Esta resposta revela alguns fatos importantes: O primeiro é que não querer auxílio externo pode revelar que o cuidador gostaria de poder dividir as responsabilidades com alguém da própria família. No discurso dos cuidadores aparecem nitidamente

as pressões derivadas das relações entre o cuidador e a falta de apoio e ajuda do resto da família. Outro fato aponta que, além da dificuldade de pedir ajuda a outro familiar, afirmam que o idoso não aceitaria os cuidados de pessoas que não pertençam ao meio familiar, com colocações como “ele não aceita ninguém estranho” e “não deixaria com ninguém; ele não quer; só fica comigo”. Isso pode apontar que boa parte das dificuldades enfrentadas pelos cuidadores estariam ligadas a fortes fatores subjetivos, como respeito à vontade do idoso, sua história de vida e os motivos pelos quais assumiu o papel de cuidador. O terceiro fato presente na resposta negativa dos cuidadores quanto à contratação de algum serviço auxiliar refere-se ao alto custo financeiro para adquirir tal auxílio. O restante dos cuidadores estudados (31,6%), referiu que gostariam de algum tipo de serviço para auxiliar nas tarefas. Destes, 50% gostariam de uma enfermeira para ajudar nos cuidados com o idoso e 50%, gostariam de contratar uma empregada para ajudar nas tarefas da casa, sobrando assim mais tempo para dar atenção ao idoso.

Quando questionados sobre o que gostariam de aprender para poder cuidar melhor do idoso, 52,6% disseram não precisar aprender mais nada e que desempenham de forma satisfatória os seus cuidados. Já 47,4% dos cuidadores gostariam de aprender como realizar as trocas de posições com o idoso (como levantá-lo, como sentá-lo...), fazer exercícios e tudo o que pudessem aprender para facilitar as tarefas de como lidar com ele.

Outro desejo expresso por 78,9% dos cuidadores é a importância de poder contar com algum tipo de apoio técnico para lhe dar assistência e orientações na atividade de cuidador primário. Este fato também foi constatado no estudo realizado por Perracini (1994) em que os cuidadores afirmam a necessidade de criação de serviços de suporte formal de natureza multiprofissional, como forma de aliviar e prevenir o estresse.

5.4 Aspectos Investigados Quanto à Relação do Cuidador Com o Resto da Família

Para 84,2% dos cuidadores, o fato de cuidar de um idoso causou modificações na vida profissional. Destes, 18,7% referem mudanças pela necessidade de abandonar o emprego; 37,5% apontam limitações por sentirem-se mais “presos” devido à dependência do idoso, impedindo a realização de outras atividades, como o

trabalho informal antes realizado em casa por alguns como costurar, cozinhar etc. Modificações quanto à vida familiar são apontadas por 18,7% dos cuidadores, declarando não ter tempo para o resto da família, e 25% referem queixas quanto à dificuldade de manejo com situações estressantes decorrentes do cuidar, tais como: “tenho que ficar alerta o tempo todo; muita correria; fico em segundo plano”. 57,9% dos cuidadores referem ter tempo para dar atenção aos outros membros da família apesar das exigências dos cuidados com o idoso. Para os 42,1% dos cuidadores que referem não ter tempo para o resto da família, o fato repercute de forma negativa quanto ao relacionamento familiar, gerando conflitos, tanto pessoais como com outros membros da família, como acontece com 31,6% dos cuidadores por atritos com irmãos, nora e marido.

Quando questionado se gostariam de maior ajuda da família na atenção e cuidados com o idoso, 42,1% dos cuidadores afirmaram ter necessidade de dividir tarefas, despesas, e poder contar com mais familiares. Estes dados segundo Neri (*apud* PERRACINI 1994) são exemplos das pressões derivadas das relações entre cuidador e os apoios de que dispõem. Que 57,9% deles referem não querer ajuda da família, talvez indique a dificuldade destes cuidadores em dividir responsabilidades e de selecionar tarefas devido ao grande número delas, ou ainda por não estarem habituados a pedir ajuda.

Quando perguntado aos cuidadores que outra pessoa geralmente lhes dava algum tipo de ajuda nas atividades de cuidar do idoso, 63,2% apontavam os filhos como ajudantes, sendo que em 50% destes filhos, são filhas mais novas e solteiras, repetindo-se a tendência do contexto sócio-cultural quanto aos cuidadores de idosos. 15,8% referem não ter ninguém que ajude na rotina de cuidados e 15,8% contam com apoio de outros familiares como irmãs ou esposo, e somente 1 (5,3%) conta com uma empregada para ajudar.

5.5 Resultados da Investigação Quanto ao Ambiente

Foram questionados junto aos cuidadores aspectos quanto ao ambiente onde moram, no sentido de conhecer necessidades de modificações no ambiente para facilitação na assistência ao idoso. Esta necessidade ocorreu com 73,8% dos cuidadores estudados. As respostas coletadas foram agrupadas em blocos quanto à necessidade de “adaptações” que se referem a compras de equipamentos para ajuda na locomoção (cadeira de rodas, andadores, bengalas), para a realização de higiene (como cadeira de banho, comadre, papagaio), acomodação (como colchão piramidal e cama regulável) e equipamentos para monitorização como estetoscópio e esfignomanômetro para verificação da tensão arterial. Estas adaptações foram referidas como sendo necessárias em 47,4% dos casos que declararam. “Modificações de *layout*”, como mudança nos locais e posições de mobiliários e tapetes aconteceram em 5,3% dos casos, e “modificações arquitetônicas” foram referidas como tendo sido necessárias em 21,1% dos casos com a colocação de barras para apoio e construção de rampas. 26,3% não realizaram alteração no ambiente (Figura 12).

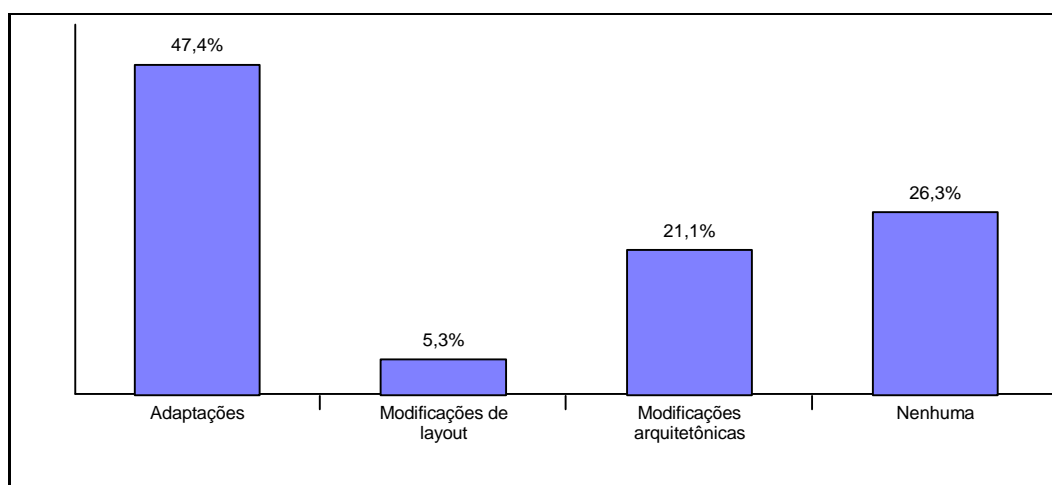


Figura 12: Necessidade de realização de alterações no ambiente

Quando questionados sobre o que gostariam de ter para facilitar a assistência ao idoso, 52,6% relataram não precisar de nada, sendo que destes 50% referiram já ter feito as modificações por ora necessárias e 50% correspondem aos cuidadores que não adquiriram ou adaptaram nada conforme resposta na questão anterior. Os

demais gostariam de ter melhores equipamentos (21,1%), como melhores cadeiras de rodas e cama regulável; realizar modificações arquitetônicas em 15,8% dos casos, com colocação de barras e retirada de degraus da casa; necessidade de contratação de um auxiliar de enfermagem 5,3%; e compra de um carro para facilitação no transporte para ir a médicos, fazer exames e fisioterapia em 5,3% dos casos.

CAPÍTULO 6: COMENTÁRIOS E DIRETRIZES PARA ATUAÇÃO

6.1 Comentários e Discussões

Frente aos resultados encontrados nesta pesquisa, alguns comentários são pertinentes por levarem a discussões importantes sobre as condições dos cuidadores.

O motivo que levou os cuidadores deste estudo, a desempenharem esta função, demonstra que a manutenção das relações entre gerações e o fornecimento de cuidados aos membros idosos dependentes continuam a ser “trabalho de mulher”.

O número de pessoas que moram na mesma casa com o idoso, trazem a tona à discussão dos lares transgeracionais e a dificuldade na convivência de pessoas com estilos de vidas diferentes. Os idosos tiveram sua formação em épocas diferentes da dos filhos e netos, o que pode gerar conflitos de idéias e choques de mentalidades, contribuindo para o estresse emocional do cuidador que procura atender tanto o idoso como o resto da família. Isso se agrava quando as pessoas querem impor suas idéias, opiniões e modos de vida. Para evitar conflitos, a compreensão mútua e a flexibilidade são fundamentais, embora, às vezes, o gerenciamento dos conflitos seja difícil e recai sobre o cuidador.

Outro ponto importante de discussão é o acometimento dos idosos deste estudo com doenças neurológicas (89,5% deles). Segundo Kalache (*apud* KARSCH, 1998), mesmo havendo um declínio da mortalidade por AVC, é de se esperar que a incidência da doença reverta num quadro de prevalência de deficiências físicas e mentais com ela relacionadas. Daí ser possível afirmar que o AVC já é uma das maiores causas de incapacidades crônicas graves no Brasil, significando perda de independência e, muitas vezes, de autonomia. Essas perdas pressupõem o surgimento da figura do cuidador que irá suprir o paciente com AVC nas suas dificuldades.

A patologia apresentada pelo idoso geralmente aponta qual o grau de desgaste apresentado pelo cuidador. Segundo Yu (*apud* PERRACINI, 1994) o ônus relatado

por cuidadores de idosos demenciados é menor do que o expresso por cuidadores de idosos com limitações físicas.

Segundo Cattanach e Tebes (*apud* NERI, 1999), cuidadores de idosos com problemas funcionais tendem a relatar mais problemas de saúde do que os de idosos funcionalmente intactos. Já cuidadores familiares de idosos com problemas cognitivos tendem a apresentar mais sintomas de depressão, ansiedade e angústia, que se tornam mais graves com o prolongamento e o agravamento da dependência, e também com a intercorrência de episódios agudos, tais como enfartes e derrames. Esta tendência não pode ser afirmada neste estudo, pois a maioria dos idosos (78,9%) apresenta problemas funcionais como principais limitações, sendo então, no caso destes cuidadores, as maiores queixas de ordem física. Para melhor averiguação seria necessário existir o mesmo número de idosos acometidos com problemas de ordem cognitiva, sendo neste estudo apenas 34,1% com acometimento entre moderado e severo, ficando inviável a comparação entre os grupos.

O sedentarismo constatado nos cuidadores pesquisados (78,9%), associados aos esforços durante a prestação de cuidado, estresse psicológico, e à idade média dos cuidadores que também já apresentam sinais e sintomas do envelhecimento natural, podem comprometer a qualidade de vida dos cuidadores quando estes forem idosos.

Além do desgaste progressivo notado nos cuidadores, soma-se também o fato, conforme apontado nesta pesquisa, que 52,6% dos cuidadores não estão conseguindo ter um sono adequado. Segundo Grandjean (1998), um sono sem prejuízos qualitativos e quantitativos é um pré-requisito indispensável para a saúde, bem-estar e capacidade de produção. O descanso, em especial através do sono, tem um importante valor para todo o organismo, como por exemplo, para o restabelecimento de um equilíbrio adequado da excitabilidade entre as várias partes do sistema nervoso, pois à medida que a pessoa vai ficando fatigada, algumas partes do seu sistema nervoso perdem mais excitabilidade do que outras, causando desequilíbrios que vão de sensação de cansaço até distúrbios psicóticos graves. As fases 3, 4 e REM (*rapid eye movement*) do sono, em especial, são importantes por serem nestes momentos que o organismo consegue sua recuperação com máxima descontração muscular e produção de vários hormônios, entre eles o hormônio do crescimento que é responsável pela renovação celular, e o cortisol, responsável pelo

aumento da resistência ao estresse físico. A falta de sono pode ainda causar, por vias indiretas, perturbações gastrintestinais, perda de apetite e outros (GUYTON, 1988). A sensação subjetiva de cansaço referida por 78,9% dos cuidadores, pode ocorrer por não conseguirem chegar nas fases mais profundas do sono, podendo contribuir para o aparecimento de disfunções.

Além da falta de horas mínimas recomendadas de sono, e quanto a maioria dos cuidadores referir também não conseguir descansar o suficiente mesmo durante o dia, como alternativa, de tempos em tempos, deve haver um intervalo de cuidados, passando o doente a um parente ou amigo, a estadia do idoso em uma instituição local, ou mesmo lançar mão de cuidadores temporários de outra família. O cuidador pode ter uma grande necessidade de algum tempo de descanso, por isso, é prudente criar uma grande rede de cuidadores possíveis, para evitar um colapso do cuidador primário e na prestação de cuidados.

Ainda quanto às questões manifestadas pelos cuidadores, é importante ser dada atenção às queixas encontradas quanto à coluna vertebral. É importante o dado de que 89,5% dos cuidadores referem dores na coluna, e 42,1% destes apresentando dores na coluna lombar. Durante a prestação de cuidados ao idoso, somado às atividades domésticas, o cuidador em suas tarefas realiza manuseio, levantamento de cargas pesadas, muitas vezes em condições biomecânicas desfavoráveis, sofre tensionamento da musculatura da coluna por manutenção de posturas incorretas. Além destas sobrecargas, somam-se ainda fatores como sedentarismo e desgastes das estruturas músculo- esqueléticas compatíveis com a idade.

Outro ponto apontado neste estudo, que pode estar atrelado às queixas físicas e também psíquicas referidas pelos cuidadores, é o fato que as supostas atividades de descanso, ou seja, quando não está cuidando diretamente do idoso, são realizadas dentro da própria residência, como apresentado em 73,7% dos casos. Isso demonstra que, mesmo no descanso e realização de passatempos, o cuidador prefere atividades nas quais possa ficar perto do idoso, para caso necessário, possa estar por perto para prestar cuidado. Poucos dos cuidadores saem de casa deixando o idoso com outras pessoas para realizarem seus passatempos.

No sentido de diminuir um pouco a quantidade de tarefas realizadas pelo cuidador, e principalmente para incentivar o idoso, este deve assumir pequenas tarefas que possa realizar. Isso é importante para ele e o cuidador deve estimulá-lo para tal, mesmo que perceba erros, lentidão, desinteresse e, às vezes, apatia do

idoso para a realização destas tarefas. Cuidar do idoso e zelar pelo seu bem estar não deve significar superprotegê-lo. Muitas famílias impedem os idosos de fazer as mínimas coisas com receio que possam se ferir, adoecer ou fazer esforços desnecessários. O idoso necessita, muitas vezes, de estimulação e, em geral, é capaz de fazer muitas coisas necessárias para si e para os outros e deve ser incentivado a isso (ZIMERMAN, 2000). Dos idosos estudados apenas 15,8% ajudam, mesmo com alguma dificuldade. Segundo Perracini (1994), o não encorajamento para realização de pequenas tarefas pelo idoso pode demonstrar dificuldade do cuidador em lidar com a dinâmica autonomia-dependência, preferindo realizar ele próprio todas as tarefas a ter que supervisionar ou contornar erros cometidos pelo idoso.

Mesmo dentro do contexto de comprometimento físico e psíquico e da irreversibilidade da doença do idoso é importante encorajar a autonomia e independência, o que segundo Papaléo Netto (1996) constituem bons indicativos de saúde, principalmente para a população de mais idade, e afirma que a importância do estado funcional repousa em sua correlação com a sensação de bem-estar dos indivíduos.

Segundo a Teoria da Atividade, a partir do momento em que os idosos estejam ativos, participando de alguma atividade, eles tendem a se afastar do isolamento. Um idoso deve manter-se ativo a fim de obter maior satisfação possível e conservar sua auto-estima e saúde (BERGER e MAILLOUX-POIRIER, 1995; SALGADO, 1999).

Quando questionados quanto ao seu sentimento para com o idoso, notou-se que os cuidadores têm dificuldade em responder a questão, apontando sentimentos confusos e, muitas vezes, culpa, pelo ressentimento frente a relações desgastadas pela sobrecarga e estresse, vividos ao longo do tempo enquanto cuidadores. O contexto sócio-cultural tem, na realidade, um grande peso nesta questão. Assim sendo, o relacionamento entre o cuidador e o idoso, bem como os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com as exigências do cuidar, são afetados por referências sociais.

Outra discussão importante de ser realizada a partir dos dados obtidos neste estudo, diz respeito a acreditar que pessoas treinadas como auxiliares de enfermagem podem diminuir o ônus do cuidador primário. Segundo Perracini (1994) sabe-se que estes profissionais são escassos e geralmente mal treinados, principalmente no que se refere ao cuidado geriátrico e suas especificidades, como

no caso das demências. Mais uma vez vale salientar que a contratação de auxiliares de enfermagem em nível domiciliar é impossível para a maioria das famílias pelo enorme custo financeiro que isso acarreta.

No Brasil uma análise mais profunda sobre a necessidade destes profissionais e de outros é relevante. Para suprir esta necessidade faz-se importante a discussão a respeito do treinamento adequado às necessidades e às especificidades do paciente idoso nas áreas de geriatria e gerontologia. O idoso requer um enfoque médico diferente, mas a maioria das escolas médicas não dedica atenção especial ao idoso (VERAS, 1994; BIANCARELLI, 1999).

Outra discussão seria quanto ao treinamento de pessoas leigas como assistentes geriátricos para acompanhamento domiciliar. Seria uma alternativa para a diminuição dos custos com profissionais, desde que houvesse um programa para desenvolvimento e aperfeiçoamento para estas pessoas.

É importante e até mesmo essencial o apoio aos cuidadores quanto às dificuldades que passam ao cuidar. Prestar assistência e orientação para melhor desenvolvimento na atividade de cuidar é uma tarefa que exige atenção multidisciplinar. Diferentes especialidades como a medicina e a fisioterapia preventivas, enfermagem, terapia ocupacional, psicologia, e nutrição, devem, obrigatoriamente, fazer parte desta equipe, prestando apoio e assistência ao cuidador familiar de idosos. As práticas preventivas ocupam, em qualquer especialidade, um lugar de destaque, sobretudo naqueles idosos cuja condição patológica geral tenha diminuído de forma significativa suas possibilidades de mobilidade e independência (FEDRIGO, 2000). As orientações e esclarecimentos dados pelos médicos ao cuidador sobre particularidades da patologia do idoso, aspectos de sua evolução e indicação do tratamento medicamentoso são importantes para o correto acompanhamento e tratamento do idoso. A fisioterapia preventiva é peça fundamental no que diz respeito a recursos terapêuticos, utilizados com finalidades de manutenção de funções e adiamento da instalação de incapacidades definitivas (LÉGER *et al*, 1994; FEDRIGO, 2000). Muitas orientações quanto ao manuseio e trocas de posições e posturas dos idosos devem ser repassadas aos cuidadores como forma de prevenção de patologias relacionadas aos esforços realizados pelos próprios cuidadores. Socialização de técnicas e recursos fisioterapêuticos como posicionamento do idoso no leito, alongamentos simples também devem ser ensinados aos cuidadores no intuito de preservação e

manutenção da mobilidade do idoso, evitando assim sobrecargas físicas. A enfermagem tem papel fundamental nas orientações aos cuidadores, que vão desde técnicas de execução da higiene do idoso, até o monitoramento correto de sinais vitais e administração e controle de medicamentos. A psicologia tem importante contribuição ao cuidador sobre o gerenciamento do estresse gerado pelas atividades de cuidar, problema este apontado como a principal fonte de geração de doenças nos cuidadores, e na compreensão do processo patológico do idoso e do seu próprio papel enquanto cuidador. O terapeuta ocupacional tem papel importante frente ao cuidador ensinando-o, principalmente, técnicas que estimulem e facilitem a independência do idoso para atividades simples de AVDs, desde a alimentação dele até pequenos afazeres no lar, dando ao idoso a importante sensação de autonomia e funcionalidade. A nutrição participa ativamente do processo, elaborando programas de dietoterapia adjuvantes ao tratamento medicamentoso, dando ao cuidador orientações neste sentido conforme as particularidades de cada paciente idoso.

Outras discussões importantes a serem realizadas neste momento são quanto à tendência já demonstrada neste estudo referente ao envelhecimento populacional no Brasil, e conseqüente dependência financeira destes idosos dos cofres públicos e de familiares; ao despreparo do governo para atenção a esta população, refletida na problemática da seguridade social; a necessidade de apoio e formação de cuidadores familiares, pois como também demonstrado neste estudo, a população antes dos 60 anos (idade considerada anterior a apontada pela OMS como idosa) com importante grau de dependência de seus cuidadores, provavelmente devido a maus hábitos durante a vida, estresse somado ainda a fatores do envelhecimento apresentam repercussões típicas como o AVC conforme apontado por Kalache (apud KARSCH 1998), levando a dependência de forma prematura.

O fato da necessidade de cuidados de forma prematura e de, atualmente, haver uma maior sobrevivência dos idosos devido aos avanços tecnológicos da medicina moderna, acaba repercutindo em período maior de dependência de cuidadores, levando a pensar nas dificuldades que o cuidador e a família enfrentam tendo um idoso dependente por mais tempo e a impossibilidade de geração de renda pelo cuidador, pois como demonstrado, os cuidadores fizeram modificações em suas vidas após o início dos cuidados no que se refere a atividades de trabalho, além das de cuidador.

Nesta mesma discussão deve ser dada atenção ao fato que a mulher, 89,5% dos cuidadores estudados, além das atividades como cuidadoras e das atividades domésticas tipicamente femininas, com a evolução social, depara-se com a participação feminina no mercado de trabalho devido à necessidade de apoio no orçamento familiar, raramente podendo-se dedicar somente as atividades do lar como em épocas anteriores (ZIMERMAN, 2000). Na estrutura familiar, as mulheres estão também ocupando o lugar de chefes de família, e provedor, segundo Jansen (1999), este é o caso de 25% das mulheres trabalhadoras no país, o que demonstra que em um futuro próximo o paradigma do cuidador primário, encontrado neste estudo, tende a se agravar, o deixará o idoso necessitado em dificuldades.

Quanto à necessidade de estudo junto aos cuidadores, no que se refere ao ambiente onde residem com o idoso e, em 89,9% dos casos, com o resto da família, adaptações e modificações são necessárias. Sabe-se, por exemplo, que a internação hospitalar, principalmente quando prolongada, provoca debilidades resultantes do confinamento ao leito, além de aumentar os riscos de infecções, levando à necessidade de remodelamento do ambiente para receber este idoso em casa, o mais precocemente possível. A tendência nos EUA é o sistema de *homecare*, no qual o idoso é tratado no domicílio por um cuidador formal ou familiar treinado, com menor custo e melhor qualidade de vida (PORTNOW e SAMUELS, 1997; BIANCARELLI, 1999).

As modificações e adaptações são importantes devido ao fato de, segundo Menezes (1999), 80% dos acidentes com os idosos acontecerem dentro de casa. Isto não é tão difícil a ponto de exigir uma empresa especializada, bastam, muitas vezes, bom senso e criatividade. O ideal é fazer com que o idoso possa ficar em todas as posições e locais que desejar da casa. A altura adequada para mesas, pias, assentos e outros móveis é aquela que permita ao idoso ficar confortável, com equilíbrio e apoio para sentar e levantar.

O relatório final do encontro realizado em Florença na Itália em 1997, sob o tema "*Ageing, Health and the Home Environment*" (Envelhecimento, saúde e ambiente doméstico) ressalta a importância de promover políticas para criar ambientes domésticos adaptados para manter a independência e autonomia para as pessoas idosas viverem em comunidade pelo máximo tempo possível (AHE, 2000). Este é um tema que ganha cada vez mais importância na literatura internacional, uma vez que o aumento de incidência de síndromes neurológicas associadas ao

envelhecimento populacional vem transformando essa questão em prioridade de intervenção e pesquisa nos países do Primeiro Mundo, tendo os ergonomistas, papel fundamental nesta situação, que passa a ser realidade também nos países do Terceiro Mundo.

Antes de apontar diretrizes para estruturação de programas de apoio aos cuidadores, é necessário discutir os modelos assistenciais existentes atualmente no Brasil, o que leva a algumas reflexões.

A expansão de modelos de tratamento ou cuidados formais, para pessoas idosas deficientes e doentes ocorrerá em grande velocidade em breve, principalmente em função do aumento do número de idosos. Após este estudo, observa-se que este tipo de suporte não servirá para a grande maioria dos idosos realmente dependentes por vários fatores: Primeiro - pelo alto custo para manutenção do idoso em instituições que tenham qualidade na prestação de cuidados; Segundo - por não existir ainda formação de profissionais da saúde voltados para gerontologia e geriatria, o que certamente levará a insucessos no cuidado com o idoso; Terceiro - por faltar a visão holística frente ao idoso, os profissionais que atualmente já se preocupam com os idosos ainda os vêem “em partes”, por especialidades isoladas em consultórios; e em Quarto lugar – porque os locais que existem hoje, como asilos ou clínicas geriátricas são construídos, montados, e dado treinamento a técnicos que acompanham os idosos, apoiados em estudos apresentados na literatura internacional que mostra um perfil de idosos muito diferente do da população brasileira (PAPALÉO NETTO, 1996). Na Europa e EUA as maiores causas de debilidade e dependência dos idosos são por doenças de cunho reumatológico, enquanto que no Brasil existem variáveis a serem estudadas por regiões, sendo que estudos realizados até o momento mostram que os idosos brasileiros sofrem mais de doenças cardíacas e neurológicas com importantes seqüelas, razão por que modelos importados devem ser repensados.

Outro aspecto chave abordado neste estudo é que, apesar do avanço do sistema de apoio formal, não parece que a importância da família e das relações sociais que envolvem o idoso sofra desvalorizações, pelo contrário, estas relações continuarão fortes e constituirão a base de apoio aos idosos nos seus últimos anos de vida.

6.2 Diretrizes para Atenção e Apoio aos Cuidadores Primários Familiares de Idosos

Os cuidadores primários familiares de idosos necessitam, com urgência, atenção às dificuldades encontradas no trabalho de cuidar, pois o produto final deste trabalho é a saúde do idoso cuidado.

O despreparo e falta de treinamento para estarem assumindo tarefas, que resultam em sobrecarga física, sensorial, sensório motora e mental, acabam levando ao comprometimento da qualidade de vida do cuidador, o que de alguma forma também refletir-se-á na qualidade de vida do idoso que é por ele cuidado, estabelecendo-se um ciclo vicioso, saúde e qualidade de vida do cuidador – prestação inadequada de cuidados – saúde do idoso.

Após ampla revisão bibliográfica, execução da entrevista e análise crítica dos resultados obtidos neste estudo, é possível apontar diretrizes para a elaboração de programas de apoio aos cuidadores de idosos.

A criação de programas desta natureza, além de importante contribuição aos cuidadores, refletirá nos próprios princípios em favor dos idosos, como independência, participação, auto-realização, dignidade além dos direitos a cuidados, conforme os princípios das Nações Unidas em favor das pessoas de idade apresentado na Resolução 46/91 de *La Asamblea General de Las Naciones Unidas* (Assembléia geral das Nações Unidas) em 1991 (SEGUNDA ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO, 2001).

6.3 Programa de Apoio aos Cuidadores de Idosos

Neste programa devem ser contemplados as necessidades e os apoios, voltados principalmente aos cuidadores informais de idosos, uma vez que os cuidadores formais são classificados como profissionais treinados para as atividades de cuidados à saúde das pessoas em geral, com ainda raras especializações em saúde do idoso.

Para a concepção de um programa de apoio aos cuidadores de idosos devem ser seguidas três diretrizes básicas, que se referem aos cuidadores propriamente ditos, aos profissionais envolvidos, e às estruturas de governo.

As diretrizes de apoio aos cuidadores são subdivididas em três partes distintas: Aspectos voltados ao idoso; Aspectos voltados ao próprio cuidador; e Aspectos de organização das questões ambientais, que certamente refletirão em todas as ações frente às atividades de cuidados e relacionamentos.

No aspecto que se refere ao idoso, deve ser apresentado aos cuidadores conhecimento objetivo da(s) patologia(s) do idoso, as características físicas e psíquicas da(s) doença(s) e as possíveis conseqüências que repercutirão nos cuidados ao idoso. Compreender a evolução clínica da doença, prevendo e preparando-se para eventuais sobrecargas nas diversas atividades e tarefas diárias com o idoso. A partir disso, é possível aos cuidadores compreender as deficiências e incapacidades do idoso, estimular a independência dele e aprender formas adequadas de cuidados, evitando desgastes para o cuidador e a família.

A segunda parte destina-se exclusivamente ao cuidados e atenção dos cuidadores consigo mesmos, atendendo às suas necessidades como: Atenção à sua saúde, Aspectos psicológicos e familiares e Aspectos sociais.

A atenção à saúde dos cuidadores compreende conscientização quanto à percepção de modificações/alterações no organismo associadas ou não aos desgastes, tanto por ser cuidador quanto pelo avanço de sua idade; realização de acompanhamento da saúde dos cuidadores com toda equipe de assistência à saúde através de consultas periódicas e imediatas quando necessárias; apoio e incentivo para realização de tratamentos quando solicitados; aprendizado de técnicas, facilitações e manuseios para prestação de cuidados com menos desgaste físico frente aos esforços com o idoso e atividades diárias; realização de atividade física, principalmente aeróbica, com regularidade, prevenindo doenças advindas de esforços, estresse e do avanço da idade, principalmente pela maioria dos cuidadores serem mulheres e sofrerem com as clássicas situações decorrentes do climatério e menopausa; aprendizagem de técnicas de relaxamento visando qualidade melhor nas horas de descanso e sono; planejamento de momentos durante o dia para descanso ou realizar atividades lúdicas; planejamento de momentos para atividades relacionadas ao lar e com os outros membros da família.

Prestação de apoio psicológico aos cuidadores frente aos problemas de estresse devido a situações de desgastes sofridos pelas exigências dos cuidados frente ao idoso, principalmente quando este é dependente; estresse que enfrentam por outras causas como dificuldades de relacionamento com o idoso, com a família, relações

sociais e de trabalho modificadas. O período enquanto cuidador deve ser valorizado e utilizado também como período de crescimento do cuidador, criando um foco positivo em sua situação. Apoio e acompanhamento psicológico também ao restante da família para melhor compreensão das situações vividas pelos cuidadores primários e a fundamental necessidade de recebimento de apoio e ajuda do restante da família, levando maior harmonia às relações familiares.

No âmbito social, o cuidador deve ser incentivado a procurar contato regular com outros familiares além daqueles que residem no mesmo domicílio, bem como contatos com amigos, tentando reatar laços sociais e de amizade importantes para evitar o confinamento que, muitas vezes, ocorre com os cuidadores, levando a situações decorrentes do estresse. Incentivo para a prática de *hobbies* também fora do lar; e incentivo aos cuidadores para atividades de trabalho, tanto remunerado quanto voluntário quando assim quiserem.

A terceira diretriz a ser seguida é a que envolve o apoio aos cuidadores quanto às questões de organização ambiental, ou seja, modificar, organizar e/ou adaptar o local onde vive com o idoso para facilitação da prestação de cuidados bem como diminuição de riscos de acidente ao idoso, lembrando, ao mesmo tempo, de atender as necessidades dos outros membros da família, quando em um lar multigeracional. Mostrar ao cuidador que, muitas vezes, simples modificações de *lay out* podem ajudar bastante na execução de suas tarefas.

Para o sucesso do “Programa de Apoio aos Cuidadores de Idosos” é imprescindível a atuação de uma equipe multidisciplinar, devidamente conhecedora e especializada nas várias necessidades e especificações do paciente idoso. Médico geriatra ou médicos especialistas como neuro-geriatras e orto-geriatras, enfermeiros e técnicos em enfermagem treinados no apoio aos idosos. Nutricionistas conhecedores das necessidades do idoso de acordo com sua doença e medicação utilizada. Fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais especializados nas dificuldades físicas dos idosos, e psicólogos voltados às questões de atenção tanto aos idosos quanto dos cuidadores e suas famílias, devem, obrigatoriamente, fazer parte da equipe de saúde. Outras equipes necessárias são a de apoio social, compostos por assistentes sociais e advogados para apoio legal e defesa nas situações pelas quais o idoso tem direito conforme a legislação e justiça, e a equipe de engenharia com engenheiros, arquitetos, *designers* e ergonomistas conhecedores das necessidades especiais dos idosos.

Todos os membros da equipe, como anteriormente citado, devem ter suas atenções voltadas às especificidades do idoso para poder, de forma objetiva, ensinar, educar, treinar e apoiar os cuidadores, dando o suporte necessário para que eles consigam executar suas tarefas sem prejudicar sua saúde, evitando tanto o estresse físico como emocional e evitando desarmonias junto ao resto da família devido às sobrecargas a que por ora estejam sujeitos. É importante esclarecer que a equipe do programa, embora especializada em geriatria e gerontologia, neste momento, presta assistência aos cuidadores e não necessariamente aos idosos.

Outra importante parte onde se apóia o programa, diz respeito ao envolvimento do governo, tendo também papel fundamental nesta jornada.

Frente à situação de aumento da população idosa deve-se, urgentemente, repensar as questões de políticas de saúde voltadas aos idosos, hoje muito tímidas frente a real necessidade, bem como as questões que envolvem a aposentadoria hoje no Brasil. Outro enfoque claro para atenção do governo é a situação dos cuidadores que merecem uma política de apoio eficaz, já que cumprem, muitas vezes, o papel que, na verdade, pertence ao governo como prevêm os princípios das Nações Unidas em favor das pessoas de idade, já citados, e promoção de saúde e bem estar que o idoso tem direito de forma objetiva.

Apoiada nesta fundamentação urge a necessidade de discussões e atitudes concretas frente a idéias como o estudo de propostas de apoio salarial aos cuidadores, pois desenvolvem também um “trabalho” em todas suas especificações, portanto merecem remuneração; Políticas de apoio para criação de programas como o aqui sugerido ou treinamento de profissionais em nível técnico e voluntários para a prestação de cuidados aos idosos e apoio aos cuidadores familiares; Programa de apoio e incentivo para educação de profissionais voltados a aspectos da geriatria e gerontologia; Formas de viabilização efetiva do sistema *home care* voltado às necessidades dos idosos brasileiros; A criação local, via prefeituras, dos chamados “Bancos” de equipamentos de assistência aos idosos, como leitos adaptados, cadeiras de rodas etc., para doação ou locação destes aos idosos; Apoio e diminuição de impostos a empresas que importam e produzem materiais e equipamentos de assistência, para viabilizar a compra pelos familiares, para maior conforto do idoso e facilitação nas atividades e rotinas do cuidador.

Somente a partir de estudos científicos, capacitações e novos rumos das políticas de assistência aos idosos, cuidadores e famílias é que ter-se-á boas perspectivas para enfrentar o sério problema, já reais, do envelhecimento populacional no Brasil.

Como forma de aplicação prática e continuação deste estudo, está sendo encaminhado a Coordenação do curso de Fisioterapia da UNIVALI, um projeto para implantação do Programa de Apoio aos Cuidadores de Idosos. A equipe de suporte desse programa, deverá ser composta por alunos e professores dos 7 Cursos que compõem o Centro de Ciências da Saúde (CCS), que são os Cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Odontologia e Psicologia, sob forma de Projeto de Extensão.

A temática abordada neste estudo foi especificamente a dos cuidadores de idosos, surgindo, a partir deste, outro estudo, agora envolvendo Cuidadores Familiares de Crianças. Este novo estudo terá início em março de 2003 no Hospital Infantil, mantido pela UNIVALI, com os mesmos objetivos: Conhecer o perfil deste cuidador; suas queixas e processos, para com o apoio da equipe multidisciplinar, prestar melhores cuidados às crianças, contribuindo para melhor qualidade de vida de ambos – cuidador e criança.

CAPÍTULO 7: CONCLUSÕES

7.1 CONCLUSÃO

O tempo passou rápido desde os primeiros alertas referidos por Barros (1986) no “Seminário Nacional – O idoso e a política social”, quanto a questões que eram vistas como futuras, mas se tornaram urgentes. O sistema de suporte informal para pessoas idosas existe, mas não supre as reais necessidades das famílias e de seus idosos.

Fruto de modificações nas estruturas familiares ao longo dos anos, hoje se tem como cuidadores primários familiares um grupo de mulheres, esposas e filhas, com idade muito próxima do idoso cuidado, com muitos problemas de saúde, e importantes sobrecargas psicológicas devido aos muitos conflitos, assumindo um papel normativo, independente de seu preparo para a função. No caso das filhas ainda existe o “agravante” do retardo da primeira gestação, e talvez a única, dando a luz entre 30 e 45 anos de idade, na mesma idade que, segundo este estudo também assumem o papel de cuidadoras de seus pais.

As situações diárias que envolvem os cuidados com os idosos repercutem claramente em sobrecargas física, mental, emocional e social dos cuidadores. Pode-se notar que as tarefas como dar banho, asseio, ajudar na locomoção e contornar a agitação do idoso, somados às tarefas domésticas e de atenção aos demais familiares, acaba levando o cuidador a exaustão emocional, a despersonalização e redução da realização pessoal e, neste caso, também “profissional”, devido às pressões externas (sociais e meio ambiente) e conflitos internos.

Importantes e graves são os problemas enfrentados por estes cuidadores. Foi constatada a existência de cuidadores doentes cuidando de idosos doentes e dependentes. As queixas físicas e psíquicas têm grande incidência nesta população. Entre as queixas físicas mais freqüentes estão as dores em coluna vertebral, fadiga e cansaço, o que reflete a necessidade de divisão de tarefas, e a falta de assistência médica preventiva e curativa. O conflito de sentimentos relativos ao idoso, dificuldade de relacionamento com o restante da família, não reconhecimento enquanto pessoa e cuidador são os principais aspectos psíquicos envolvidos. Além das queixas e dificuldades físicas e psíquicas marcantes aos cuidadores, outros

aspectos ainda somam-se, como, a dificuldade de ordem financeira, devido a baixa aposentadoria do idoso, o não reconhecimento do trabalho de cuidador – que na realidade executam um serviço que seria obrigação do governo – e a necessidade de abandono de seus empregos e profissões devido a exigência da dedicação ao idoso.

Urgem atitudes de assistência a esses cuidadores. Este estudo teve o objetivo de contribuir, conhecendo o perfil de cuidadores de idosos da Clínica Escola de Fisioterapia da UNIVALI e, criando subsídios para possível implantação do Programa de Atenção e Apoio aos cuidadores neste local, mas as características observadas, quando comparadas com outros estudos, parecem pouco diferir. Portanto, a exigência de que todos os profissionais das áreas da saúde, sociais e engenharias trabalhem juntos como aliados das famílias e dos cuidadores, visando a saúde e qualidade de vida de todos os envolvidos no processo de envelhecimento humano, é premente.

O Brasil é um país de dimensão continental, multifacetado quanto à sua realidade econômica e educacional, a qual se constitui num pano de fundo suficientemente complexo para o delineamento das várias experiências de velhice de sua população (NERI,1999). A realidade quanto à gerontologia nacional é de que estão se delineando esforços sistemáticos de pesquisas descritivas, visando caracterizar o fenômeno do envelhecimento no país. Paralelamente sabe-se que o avanço deste fenômeno é muito maior que os das pesquisas existentes. No que se trata então de serviços e profissionais especializados em geriatria e gerontologia, sabe-se que poucos destes são formalmente educados para proporcionar atendimento às necessidades dos idosos, tendo o cuidador muitas dificuldades e pouco apoio.

7.2 Sugestões Para Futuros Trabalhos

Faz-se necessário e urgente a ampliação de pesquisas nestas áreas e nas diferentes regiões do país, com maior amostra envolvida para melhor mapeamento da situação e poder tirar conclusões mais bem fundamentadas. Validação das diretrizes e programas de apoio como o sugerido neste estudo, a partir de embasamentos científicos cada vez mais aprofundados.

Exploração específica de cada área de conhecimento envolvida no programa para apontamento e planificação de ações de apoio aos cuidadores, contemplando

as necessidades levantadas nos grupos de cuidadores e patologias dos idosos. Um outro aspecto importante é que o foco de atenção dos programas deve ser a valorização do cuidador em seu papel, enquanto ser e cidadão.

A execução de programas de apoio aos cuidadores deve ser imediata, visto que o problema é grave e tende a aumentar.

A constante avaliação, tanto das populações regionais, dos modelos de programas de apoio e dos resultados destes programas é importante não só para a consolidação de estratégias e políticas de apoio aos cuidadores, mas principalmente devido à transição populacional que o país está atravessando pela primeira vez em sua história, cujas repercussões ainda não estão claras.

REFERÊNCIAS

- AHE. **Programme Directions And Partnerships**. Disponible em: <<http://www.who.int/ageing/directions.html>> Acesso em 17 mai. 2000.
- ANTUNES, M. V. Terceira Idade: “1999”, Ano internacional do idoso. **Revista Fisio&Terapia**, São Paulo, Ano IV n.18, p10-11, dez./jan. 2000.
- AYÉNDES, Melba S. **El Apoyo Social e Informal. La Atención de los Ancianos** : Um Desafio Para los Años Noventa. Washington D.C.: Organizacion Panamericana de la Salud. Publicación Científica n. 546, 1994.
- BARROS, M. L de. Velhice como fenômeno social. In: **Anais do Seminário Nacional – O Idoso e a Política Social**. Rio de Janeiro: Fundação Legião Brasileira de Assistência (Org.), 1986.
- BEAUVOIR, Simone de. A Velhice. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BERGER, M. L.; MAILLOUX- POIRIER, M. D. **Pessoas Idosas**. Uma abordagem global. Lisboa: SIG, 1995.
- BIANCARELLI, Aureliano. Brasil vai adotar plano para idoso. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 26 set.1999. Especial: Mais velhos p.3.
- BRASIL. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Senado Federal. Brasília: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Resolução nº196 de 10 de out. de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde/CONEP**. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/outros/pgresolucao196.htm>>. Acesso em: 04 jun. 2001.
- BRODY, E.M.; LITVIN, S.J.; ALBERT, S.M.; HOFFMAN, C.J. Marital status of daughters and patterns of parent care. **Journal of Gerontology**, v.49, n.2, p.95-103,1994.
- CARLOS, Sérgio A.; JACQUES, Maria da Graça C.; LARRATEA, Sandra V.; HEREDIA, Olga C. Identidade, Aposentadoria e Terceira Idade. Estudos

Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento. **Cadernos de Envelhecimento**. Porto Alegre, PROEXT/UFRGS, v.1, 1999.

CONI, N.; DAVIDSOM, W.; WEBSTER, S. Para cuidar de pessoa idosa e enferma em casa. In: __. **Tudo o que você precisa saber sobre o envelhecimento**. São Paulo: Editora Experimento, 1996. cap.20, p.199-208.

DOBROF, R. Sistema de suporte social. In: CALKINS, Evan; FORD, Amasa B.; KATZ, Paul R. (eds). **Geriatría Prática**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 2.ed. p.53-60.

ELLIS, E.; ALISON, J. **Fisioterapia Cardiorrespiratória Prática**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

FEDRIGO, Cláudia R.A.M. Fisioterapia na terceira idade. O futuro de ontem é a realidade de hoje. **Fisioterapia Hoje**, Disponível em <<http://www.fisiohoje.fst.br/gerontologia.html>>. Acesso em: 03 de jun. 2000.

FERREIRA, A.B. de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o Dicionário da Língua Portuguesa**. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, Leda Leal; MACIEL, Regina Heloisa; PARAGUAY, Ana Isabel. A contribuição da ergonomia. In: ROCHA, L. Esther; RIGOTTO, R. Maria; BUSCHINELLI, J. T. Penteado. **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. p.215-231.

FONSECA, Vitor da. **Psicomotricidade: Filogênese, ontogênese e retrogênese**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2.ed. 1998.

FRANÇA, A.C. Limongi; RODRIGUES, A. Luiz. **Stress e Trabalho, Uma abordagem psicossomática**. São Paulo: Editora Atlas, 2. ed. 1999.

FROELICHER, V.F. et al. **Exercícios e o coração**. Rio de Janeiro: Revinter, 3ed, 1999.

GHORAYEB, N.; NETO, T.L.B. et al. **O exercício**. São Paulo: Atheneu, 1999.

GUEDES, Simoni L. A concepção sobre a família na geriatria e na gerontologia brasileiras: Ecos dos dilemas da multidisciplinaridade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo: v.15, n. 43, p.69-82, jun. 2000.

GRANDJEAN, E. **Manual de ergonomia**: Adaptando o trabalho ao homem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GRUNEWALD, V.; FIALHO, Francisco A. P. Considerações sobre ergonomia e terceira idade. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ERGONOMIA, 4., CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 8. 1997, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ABERGO, 1999. 1CD.

GUYTON. A. C. **Fisiologia humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 6.ed., 1988.

HAYFLICK, Leonard. **Como e por que envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

JACOBSON FILHO, W. Envelhecimento e Atendimento Domiciliar. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NEUROLOGIA, XVIII., São Paulo. **Anais...** São Paulo: Academia Brasileira de Neurologia, 1998. 2v.

JANSEN, Roberta. Para IBGE, envelhecimento tende a aumentar. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 11 mar. 1999. Caderno A, p.9.

KARSCH, Ursula M.S. (Org.) **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998.

McARDLE, W.; KATCH, F.; KATCH, V. **Fisiologia do exercício**. São Paulo: Guanabara Koogan, 4. ed., 1996.

MATHEWS, S.H. e ROSNER, T.T. Shared filial responsibility: the family as primary caregiver. **Journal of Marriage and the Family**. London, n.50, p.185-195.1998.

MAZO, Giovana Z.; LOPES, Marize A.; BENEDETTI, Tânia B. **Atividade Física e o Idoso**: Concepção Gerontológica. Porto Alegre: Editora Sulina, 2001.

MENEZES, Thales de. Casa adaptada permite viver com segurança. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 26 de set. 1999. Especial: Mais velhos, p.4.

MENEZES, Arianna K. Cuidados à Pessoa Idosa: Reflexões Teóricas Gerais. In: ___ **Caminhos do envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.

MOSBY. **Dicionário de Enfermagem**. ANDERSON, Kenneth N.; ANDERSON, Lois E. (eds). São Paulo: Roca, 2001. 2. ed.

NERI, Anita L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus Editora, 2. ed., 1999.

ORTIZ, J. Coluna torácica e lombar: Deformidades e Síndromes Dolorosas. In: SIZÍNIO; HEBERT. **Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

PENNING, M.J. Receipt of Assistance by Elderly People: Hierarchical Selection and Task Specificity. **The Gerontologist**, v.30, n.2, p.220-227, 1990.

PERRACINI, M. R. **Análise multidimensional de tarefas desempenhadas por cuidadores familiares de idosos de alta dependência**. 1994. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

PORTNOW, Jay; SAMUELS, Arthur J. Tratamento Domiciliar. In: CALKINS, Evan; FORD, Amasa B.; KATZ, Paul R. (eds). **Geriatría Prática**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 2.ed. p.82-86.

POULSHOCK, W. e DEIMILING, G. Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. **Journal of Gerontology**, n.39, p. 230-239, 1994.

RAMOS, L.R. et al; Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito familiar. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 27, n. 2, p.87-94. 1993.

RIO, R Pires do. **O fascínio do stress**. Vencendo desafios num mundo em transformação. Rio de Janeiro: Editora Dunya, 3. ed.,1998.

SAAD, P.M. Tendências e conseqüências do envelhecimento populacional no Brasil. In: SEADE, **Informe demográfico**. A população idosa e o apoio familiar. São Paulo: Fundação estadual de análise de dados, 1991.

SALGADO, Marcelo A. Envelhecimento populacional: Desafio para o próximo milênio. **Gerontologia Mundial**. Año3, n. 4, p. 03, jul./ago.1999.

SANTANA, Christiane M. Aspectos Clínicos na Prática Geriátrica. In: PEREIRA, Carlos U.; ANDRADE FILHO, A. de S. **Neurogeriatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 46-50.

SCANLAN, C. et al. **Fundamentos da Terapia Respiratória de EGAN**. São Paulo: Manole, 7 ed., 2000.

SEGUNDA ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO. **Principios de las Naciones Unidas em favor de las personas de edad**. Preparado para Internet por la Sección de Infoemación, Departamento de Información Pública – Naciones Unidas 2001. Disponível em: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/principios.htm>. Acesso em: 15 mar. 2002.

SELIGMANN-SILVA, Edith. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: MENDES, René. **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p.287-310.

SILLIMAN, R.A.; STERNBERG, J. Family caregiving: Impact of patient functioning and underlying causes of dependency. **The Gerontologist**, v.28, n. 03, p.377-382. 1988.

SILVERSTEIN, M.; LITWAK, E. A task-specific typology of intergenerational family structure in later-life. **The Gerontologist**, v.33, n.02, p.258-264. 1993.

STANOVIK, R. Torres. **Guia para las personas que asisten a pacientes adultos: Cuidando-se más para poder brindar un mejor cuidado**. Disponível em: <<http://www.seniornet.org>.> Acesso em: 25 set. 1999.

STOLLER, E.P.; EARL, L.L. Help with activities of ever day life: sources of support for the noninstitutionalized elderly. **The Gerontologist**, v.29, n.4, p.438-448. 1983.

STOLLER, E. P. Male as helpers: The role of sons, relatives and friends. **The Gerontologist**, v.30, n.02, p.228-235.1990.

STONE,R.; CAFFERATA, G.L.; SANGL, J. Caregivers of the frail elderly: a national profile. **The Gerontologist**, v.27, n.05, p.616-626. 1987.

SUPER INTERESSANTE. A Medicina Duplica a Longevidade. **Revista Super Interessante**. Fascículo 03, n.145, out. 1999. p. 03-18.

VANDERVOORT, Anthony A. Alterações biológicas e fisiológicas. In: PICKELS, Barrie; CAMPTON, Ann; COTT, Cheryl; SIMPSON, Janet, VANDERVOORT, Anthony. **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1998. p. 67-80.

VERAS, Renato P. Envelhecimento populacional no mundo e no Brasil. **ADVIR**, São Paulo, n. 03, mar. 1994.

VIEIRA, Eliane B. **Manual de Gerontologia**: Um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

ZIMERMAN, Guite I. Dificuldades da família com o velho. In: **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

WHITLATCH, Carol J.; NOELKER, Linda S. Caregiving and Caring. In: BIRREN, James E. **Encyclopedia of Gerontology** : age, aging and the aged. Los Angeles : Academic Press, 1996, p.253-268.

APÊNDICE A: ENTREVISTA

A) QUANTO AO IDOSO

1. Idade do idoso: _____

2. Grau de parentesco com o idoso: _____

3. Estado civil do idoso: _____

4. Qual(is) a(s) doença(s) do idoso _____

5. Qual a maior deficiência do idoso? _____

6. Marque a frase abaixo conforme **a incapacidade física do idoso:**

- a) Vale-se totalmente de si mesmo.
- b) Realiza os atos da vida diária (AVDs). Caminha com alguma dificuldade.
- c) Alguma dificuldade para AVDs. Caminha com ajuda de bengala ou similar.
- d) Grande dificuldade para AVDs. Caminha com dificuldade, ajudado por outra pessoa.
- e) Necessita de ajuda para quase todas as necessidades de vida diária.
- f) Imobilizado na cama ou poltrona. Dependente total.

7. Marque a frase abaixo conforme **a incapacidade psíquica do idoso:**

- a) Totalmente normal.
- b) Ligeira desorientação no tempo. Consegue manter corretamente uma conversa.
- c) Desorientação no tempo. Esquecimentos ocasionais, transtornos de caráter, incontinência ocasional.
- d) Desorientação. Não pode manter uma conversa lógica. Confunde as pessoas. Transtornos de humor. Incontinência freqüente.
- e) Desorientação. Claras alterações visuais. Incontinência habitual.
- f) Vida vegetativa, com ou sem agressividade. Incontinência total.

B) QUANTO A VOCÊ CUIDADOR:

1. Qual sua idade _____

2. Sexo () M () F

3. Porque você tem a função de cuidar do idoso?

4. Primeira vez que você cuida de um idoso?

() Sim () Não

5. É você quem cuida do idoso a maior parte do tempo?
() Sim () Não
6. Quantas horas por dia você passa cuidando do idoso?
() 0- 6h () 6- 12h () 12- 18h () 18-24h
7. Há quanto tempo você cuida do idoso?
() 0-2 anos () 2-4 anos () 4-6 anos () mais de 6 anos
8. Você tem outra atividade além de cuidar do idoso ? (ex. trabalha, estuda...)
() Sim () Não
9. Quantas pessoas moram com você na mesma casa ?
() Nenhum () 01- 3 () 3-5 () 5-7 () mais de 7
10. Você faz exercícios pelo menos uma vez por semana? (Fora o trabalho domiciliar)
() Sim () Não Qual? _____
11. Você dorme bem entre 7 a 9 horas por dia?
() Sim () Não
12. Quantos amigos ou parentes você visita ou, pelo menos fala com eles, por semana? () 0-2 () 2-4 () 4-6 () mais de 6
13. Você realiza visitas a médicos ou dentista pelo menos uma vez por ano?
() Sim () Não
14. Você acha que está precisando de algum tipo de tratamento?
() Sim () Não Qual? _____
15. Quando o médico lhe indica algum tratamento consegue realizá-lo?
() Sim () Não Por que não? _____
16. Faz pelo menos três refeições balanceadas por dia?
() Sim () Não
17. Você tem alguma doença?
() Sim () Não Qual(ais)? _____
18. Você sente desconfortos na coluna?
() Sim () Não Onde? _____
19. Você associa esses desconfortos aos cuidados que presta ao idoso?
() Sim () Não
20. Depois que começou a prestar cuidados ao idoso, você sente-se mais debilitado do que antes?
() Sim () Não

21. Você sente que não consegue descansar o suficiente?

() Sim () Não

22. Você tem tempo suficiente para você mesmo?

() Sim () Não

23. O que faz nas horas que não necessita cuidar do idoso?

24. Qual o seu passatempo (o que mais gosta de fazer) predileto? Quantas vezes por semana consegue realizá-lo? _____

25. Você mudou algo em sua vida social após o início dos cuidados com o idoso?

() Sim () Não O quê? _____

C) QUANTO AO RELACIONAMENTO DO CUIDADOR COM O IDOSO:

1. Você perguntou ao médico sobre a evolução do quadro do idoso?

() Sim () Não

2. O idoso ajuda (realiza) algum trabalho em casa?

() Sim () Não Em quê? _____

3. Existe mais alguém em casa que necessite de cuidados além do idoso?

() sim () Não

4. Você foi surpreendido pela dificuldade de cuidar do idoso?

() Sim () Não

5. Alguém mais ajuda a cuidar do idoso?

() Sim () Não

6. Qual a sua rotina diária de cuidados com o idoso?

7. Durante a rotina diária com o idoso, o que você tem maior dificuldade para realizar?

() Levar ao médico

() Ajudar a mudar de posição

() Escutar suas queixas

() Tomar conta durante a noite

() Esclarecer sobre fatos que não lembra

() Procurar forçar a memória

- () Contornar a agitação do idoso
- () Fazer contatos com a família
- () Cortar e limpar as unhas
- () Fazer a limpeza da casa
- () Lavar a roupa do idoso
- () Marcar exames
- () Arrumar condução para ir ao médico
- () Gerenciar a casa
- () Limpar e trocar quando evacua
- () Ajudar a ir ao banheiro
- () Estimular a autonomia
- () Controlar a medicação
- () Fazer a barba
- () Avisar os perigos
- () Supervisionar o tempo todo
- () Ficar com ele, conversar
- () Ajudar a subir e descer escadas
- () Levar a outros tratamentos
- () Lidar com emergências médicas
- () Dar banho
- () Escovar a prótese
- () Colocar a comadre, papagaio
- () Pentear o cabelo
- () Preparar refeições
- () Ir ao supermercado, à feira
- () Ir ao banco
- () Dar comida
- () Vestir
- () Ajudar na locomoção
- () Outros. Qual? _____

8. Você tem conflitos com o idoso que cuida?

- () Sim () Não () Às vezes

9. Qual o seu sentimento para com o idoso? _____

10 Você gostaria de colocar o idoso em alguma casa de repouso?

() Sim () Não

11. Você gostaria de contratar algum tipo de serviço para lhe auxiliar?

() Sim () Não Qual? _____

12. O que você gostaria de aprender para poder cuidar ainda melhor do idoso?

13. Você acha importante algum apoio técnico para lhe dar assistência e orientações?

() Sim () Não

D) QUANTO A SUA VIDA FAMILIAR:

1. Houve mudanças em sua vida pelo fato de cuidar de um idoso?

() Sim () Não

Em quê? _____

2. Você tem tempo para estar com outros membros da família além do idoso?

() Sim () Não

3. Você tem conflito com algum membro da família?

() Sim () Não Quem? _____

4. Você gostaria de maior ajuda da família?

() Sim () Não Em quê? _____

5. Quem é a pessoa que mais lhe ajuda a cuidar do idoso?

E) QUANTO AO AMBIENTE:

1. O que foi necessário adquirir ou adaptar para facilitar a assistência (cuidados) ao idoso?

2. O que você gostaria de ter para facilitar a assistência (cuidados) ao idoso?

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Idade: _____, Sexo: _____, Naturalidade: _____

Endereço: _____

Profissão: _____ RG: _____

Declaro que fui plenamente esclarecido que serei submetido a uma entrevista para participação de uma pesquisa realizada com o intuito de levantar fatos e dados sobre as relações e dificuldades nos cuidados e atenção aos idosos. Fui informado que esta entrevista faz parte da pesquisa realizada para dar subsídios a Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção e Sistemas da UFSC, na área de concentração em Ergonomia, que tem como pesquisadora a aluna Luciana de Oliveira Gonçalves. A pesquisa terá como o título: “CUIDADORES PRIMÁRIOS FAMILIARES DOS IDOSOS ATENDIDOS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ - UNIVALI”.

O tempo de duração previsto para a entrevista é de 30 minutos, e o tipo de abordagem realizada apresenta risco mínimo à minha saúde, e caso sentir qualquer desconforto, antes ou depois da entrevista, o pesquisador responsável estar à inteira disposição para solucionar o problema ou dar encaminhamento, e esclarecer eventuais dúvidas. Minha participação foi aceita espontaneamente, no entanto, poderei desistir a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso informar, da maneira que achar mais conveniente, a desistência, e estou ciente que me torno responsável por eventuais prejuízos. Por ser o trabalho aqui oferecido por adesão voluntária e sem interesse financeiro, fui esclarecido que não terei direito a nenhuma remuneração, ressarcimento de despesas decorrentes da participação da pesquisa, ou indenizações diante de eventuais danos decorrentes do mesmo. Por fim, concordo com a utilização de minhas imagens (fotos e filmagens) quando julgado necessário, e das informações constantes na entrevista, para fins de pesquisa, bem como divulgação dos resultados desde que preservada minha identidade.

Itajaí, _____ de _____ de 200__.

Nome por extenso e Assinatura (de acordo) do participante da pesquisa:

APÊNDICE C: GLOSSÁRIO

Acidente Vascular Cerebral (AVC) - Déficit neurológico focal agudo devido à doença vascular cerebral, que persiste por mais de vinte e quatro horas. É popularmente conhecido como “derrame cerebral”. Deve-se à hemorragia ou isquemia (diminuição da oxigenação) cerebral. Entre as possíveis conseqüências encontram-se déficits motores, normalmente caracterizados como hemiplegia (paralisia de todo um lado do corpo); distúrbios de linguagem, comportamento e demência (no caso de múltiplos derrames).

Anamnese - Informação ou histórico dos antecedentes de uma doença.

Andropausa - Mudança de vida para homens que pode ser expressa em termos de reordenar a vida. É associada ao declínio de níveis de androgênio que ocorre nos homens ao final dos quarenta anos ou começo dos cinqüenta. Termo criado por analogia à menopausa.

Anemia - Falta de número suficiente de glóbulos vermelhos no sangue. Pode ocorrer por deficiência de ferro; deficiência de vitamina B12 ou de outras vitaminas; perda de sangue; destruição da medula óssea, o que impede a formação de hemácias (glóbulos vermelhos) e formação de células anormais.

Angina - Também conhecida como “angina de peito” e é um complexo sintomático de cardiopatia isquêmica, caracteriza-se por crises de desconforto torácico sub-esternal ou precordial (no peito) variadamente descrito como constritivo, compressivo, asfíxiante ou cortante. É provocada pela isquemia (falta de oxigênio) transitória do miocárdio (músculo do coração) durando de 15 segundos a 15 minutos, não chegando a induzir a necrose celular (morte) que define o infarto.

Anti-histamínico - Droga que reage contra o efeito da histamina. São utilizadas no tratamento de distúrbios alérgicos, e bloqueadores do receptor H2, que inibe a

secreção do ácido gástrico estimulado pela histamina, pentagastrina, alimento e insulina, e utilizada no tratamento de úlcera péptica.

Artrite Reumatóide - É um distúrbio inflamatório sistêmico crônico que pode afetar muitos tecidos e órgãos (pele, vasos sanguíneos, coração, pulmão e músculos), mas ataca principalmente as articulações, produzindo uma sinovite proliferativa não supurativa (inflamação progressiva da cápsula articular – membrana que envolve as articulações, sem produção de pus) que, muitas vezes, evolui para destruição da cartilagem articular e anquilose (bloqueio) das articulações.

Asma - É uma doença inflamatória recidivante crônica, caracterizada por hiper-reatividade das vias aéreas, resultando em broncoconstrição (estreitamento dos brônquios) episódica reversível, devido ao aumento da responsividade da árvore traqueobrônquica a vários estímulos. Manifesta-se por queixas de sensação de “falta de ar”.

Atividade de Vida Diária (AVD) - Termo utilizado para descrever cuidados essenciais e elementares à manutenção do bem-estar do indivíduo, que compreende cinco atividades básicas: banho, vestimenta, higiene pessoal, transporte, alimentação.

Azia - Dor retroesternal (abaixo do osso do peito) em queimação; geralmente reflete regurgitação (retorno) do conteúdo gástrico para a parte inferior do esôfago.

AZT (Azidotimidina) - O mais bem sucedido agente antiviral utilizado para tratamento da AIDS. O AZT liga seu próprio material genético à cadeia de DNA e bloqueia o processo pelo qual o HIV (vírus da AIDS) se replica dentro da célula viva.

Cateterismo - Introdução de um cateter em uma cavidade ou órgão corporal para injetar ou remover fluido (MOSBY, 2001). Na cardiologia: Passagem de um cateter pequeno através de uma veia no braço ou perna, ou do pescoço e no interior do coração, permitindo a obtenção de amostras sanguíneas, determinação de pressão intracardíaca, detecção de anomalias cardíacas, planejamento de abordagens operatórias e determinação, implementação ou avaliação de terapia apropriada.

Cervical - De coluna cervical (vulgarmente conhecida como pescoço). Conjunto de sete vértebras que se complementam mutuamente para efetuar os movimentos puros de rotação, de inclinação ou de flexão e extensão da cabeça.

Climatério - Síndrome de alterações endócrinas, somáticas e psíquicas que ocorrem na menopausa.

Colágeno - Uma das proteínas mais importantes e mais comuns encontradas em tendões, ligamentos, ossos, cartilagem e pele. Quase um terço de toda proteína do corpo é colágeno. As vezes o colágeno é chamado de “esqueleto” de tecidos moles.

Colo do útero - Ou cérvix. Canal fusiforme na junção do corpo principal do útero com a vagina.

Congênito - Presente e existente desde o momento do nascimento.

Cortisol - O cortisol é chamado de *glicocorticóide* por atuar sobre o metabolismo da glicose no corpo. Entretanto exerce efeitos igualmente potentes sobre o metabolismo das gorduras e das proteínas, de modo que é, na verdade, um hormônio metabólico geral.

Cortisona - Glicocorticóide natural metabolicamente conversível em cortisol. Utiliza-se o éster de acetato como agente antiinflamatório e imunossupressor, bem como na terapia de reposição adrenal.

Derrame - Mesmo que Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Diabetes - Distúrbio crônico do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. Representa um grupo heterogêneo de distúrbios que apresentam hiperglicemia (alta taxa de glicose circulante no sangue) como característica comum.

Diálise - Processo de separação de cristalóides e colóides em uma solução pela diferença em suas velocidades de difusão através de uma membrana semipermeável. Os cristalóides atravessam-na facilmente ao passo que o colóide muito lentamente ou não a atravessam.

Dietoterapia - Regulação da dieta no tratamento de uma doença.

Doença de Alzheimer - Doença degenerativa cortical (do córtex cerebral), é a causa mais comum de demência no idoso. Em geral torna-se clinicamente evidente como um comprometimento insidioso da função intelectual, com alterações de humor e comportamento. Mais tarde, desorientação progressiva, perda de memória e afasia (perda da fala) indicam disfunção cortical acentuada, e, dentro de 5 a 10 anos, o paciente torna-se profundamente incapacitado, mudo e imóvel.

Doença de Parkinson - Doença degenerativa do sistema nervoso central, lentamente progressiva e idiopática (não é conseqüência de outra). Síndrome clínica caracterizada por diminuição da expressão facial, postura encurvada, lentidão dos movimentos voluntários, marcha festinante (passos progressivamente encurtados e acelerados), rigidez e tremor de “rolar pílulas”. Além do distúrbio dos movimentos, há outras alterações menos bem caracterizadas da função mental, que podem incluir demência.

Dorsal - Relativo às costas ou dorso. Que denota uma posição mais próxima à superfície dorsal do que de outro objeto de referência.

Endorfina - Um dos três neuropeptídeos. Ligam-se a receptores opiáceos em várias áreas do cérebro e tem um efeito analgésico potente.

Endoscopia - Exame visual através de um endoscópio (instrumento utilizado para examinar o interior de uma víscera oca).

Esfignomanômetro - Instrumento utilizado para mensurar a pressão sanguínea arterial.

Estetoscópio - Instrumento utilizado para realizar auscultação medida.

Fator RH - Antígenos geneticamente determinados presentes na superfície das hemácias. A incompatibilidade para esses antígenos entre mãe e filho é responsável pela eritroblastose fetal.

Filogenético - Relativo a filogênese ou filogenia. Evolução das unidades taxonômicas; história e evolucionária das espécies. Evolução. Opõe-se a ontogenia.

Fisiológico - Próprio do funcionamento normal do organismo. De *fisiologia*, ciência que estuda o funcionamento dos organismos vivos. É o estudo do funcionamento de todas as partes, bem como do organismo como um todo.

Fisiopatológicos - Referente à fisiopatologia. Estudo do funcionamento e processo das modificações estruturais e/ou funcionais produzidas por doença no organismo.

Geriatria - Parte da medicina que se ocupa do estudo e do tratamento das doenças e distúrbios próprios das pessoas idosas.

Gerontologia - Ciência que estuda o envelhecimento como processo em seus aspectos bio-psico-sociais, de forma a tentar manter um nível ótimo de vida e de funcionamento, não só retardando o declínio físico ou prolongando a vida, mas levando-a a ser mais significativa com qualidade e novas expectativas.

Gota - A gota é o desfecho comum de um grupo de distúrbios que produzem hiperuricemia (muito ácido úrico). Caracteriza-se por episódios transitórios de *artrite aguda*, desencadeados por cristalização de uratos dentro e ao redor das articulações, levando a *artrite gotosa crônica* e ao depósito de massas de uratos nas articulações e outros locais denominadas *tofus*.

Hemodiálise - Procedimento médico para remoção de certos elementos do sangue ou linfa devido à diferença de suas taxas de difusão através de uma membrana externa, semipermeável, ou em caso de diálise peritoneal, através do peritônio.

Hipertensão - Pressão sangüínea elevada de forma anormal. Constitui um dos fatores de risco mais importantes na cardiopatia coronariana e nos acidentes vasculares cerebrais (AVC); além disso, pode resultar em hipertrofia cardíaca com insuficiência cardíaca (cardiopatia hipertensiva), dissecção da aorta e insuficiência renal. Considera-se a presença de hipertensão com pressão diastólica (dilatação do

músculo cardíaco) persistente acima de 90mmHg ou pressão sistólica (contração do músculo cardíaco) persistente superior a 140mmHg.

Hipotálamo - É a parte encefálica mais importante para o controle das “funções vegetativas” do corpo, expressão que define o conjunto das funções orgânicas internas subscientes, incluindo a maioria das funções do sistema nervoso autônomo. O hipotálamo contém muitos núcleos distintos, que tem funções de regulação como: Regulação do sistema cardiovascular, como frequência cardíaca e pressão arterial; regulação da temperatura corporal; Regulação da água corporal; regulação da alimentação; controle da excitação e da raiva e controle da secreção de vários hormônios.

HIV - *Human Immunodeficiency Virus*. Agente causal da AIDS - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

Incontinência - Consiste na perda temporária ou não, do controle de reter a urina (incontinência urinária) ou fezes (incontinência fecal), eliminando-a de forma indesejável em local e momentos inadequados.

Infarto do Miocárdio - Conhecido como *ataque cardíaco*, é a forma mais importante de cardiopatia isquêmica. Área de necrose (morte celular) isquêmica (por falta de sangue circulante - oxigênio e outras substâncias necessárias) causada por oclusão do suprimento arterial ou da drenagem venosa no músculo cardíaco.

Insulina - O principal hormônio regulador de combustível, é secretada no sangue em resposta a uma elevação na concentração da glicose ou dos aminoácidos sanguíneos. A insulina promove o armazenamento de glicose e o consumo de aminoácidos, aumenta a síntese de proteínas de lipídeos e inibe a lipólise e gliconeogênese. Utiliza-se uma doação estéril de insulina no tratamento da diabetes melito.

Lepra - Doença contagiosa crônica, causada pela *Mycobacterium Leprae*, e caracteriza-se pela produção de lesões granulomatosas da pele, membranas mucosas e sistema nervoso periférico.

Lombalgia - Dor na coluna lombar.

Lombar - De coluna lombar. A coluna lombar abriga a cauda eqüina (feixes de nervos), conduzindo-a aos membros inferiores. Constituída de cinco vértebras. Suas outras funções são: Fornecer sustentação à porção superior do corpo e transmitir o peso à pelve e aos membros inferiores. É dotada de grande alcance de mobilidade.

Menopausa - Época da vida da mulher marcada pelo fim da menstruação e da capacidade de reprodução, sem conseqüências sobre a atividade sexual da mesma.

Morbidade - Capacidade de produzir doença num indivíduo ou num grupo de indivíduos. Relação entre o número de pessoas sãs e o de doentes, ou de doenças, num dado tempo e quanto à determinada doença.

Mortalidade - Número, ou proporção de óbitos em uma comunidade, em determinado período de tempo.

Neurológico - Referente à neurologia. Ramo da ciência médica relacionada ao sistema nervoso, tanto normal quanto doente.

Neurotransmissores - Substância liberada a partir do terminal axonal de um neurônio pré-sináptico em excitação, que se difunde através da fenda sináptica tanto para excitar como para inibir a célula alvo.

Ontogenético - Referente à ontogênese e ontogenia. Desenvolvimento do indivíduo desde a fecundação até maturidade para a reprodução.

Palpitações - Movimento desordenado, agitado. Batimento cardíaco que se tem consciência.

Paralisia Infantil - Ver Poliomielite.

Patologias - Ramo da medicina que se ocupa da natureza e das modificações estruturais e/ou funcionais produzidas por doença no organismo.

Penicilina - Grupo de substâncias formado no crescimento de certos fungos (*Penicillium* e outros), com acentuada ação antibiótica.

Poliomielite - Conhecida como paralisia infantil. É uma doença endêmica de seres humanos registrada pela primeira vez na forma paralítica em 1300 AC. É uma doença infecciosa aguda causada por um vírus entérico com distribuição ampla no planeta. A transmissão é por contato humano, e a maioria das pessoas ingere o vírus. Poucas pessoas, contudo, desenvolvem a forma paralítica, pois desenvolvem imunidade através do aleitamento materno, infecções subclínicas, infecções clínicas sem paralisia, e atualmente através de vacinas. Na forma paralítica, o vírus ataca seletivamente corpos celulares de neurônios motores com paralisia ou paresia (movimentos com dificuldade e sensibilidade alterada). muscular flácida resultante.

Prótese - Substituto artificial de uma parte perdida acidentalmente (p. ex. dente, braço), ou retirada de modo intencional (p. ex. artérias), ou que permaneça no corpo. Qualquer aparelho que auxilie ou aumente uma função natural (p. ex. dentadura).

Ressonância Nuclear Magnética - Técnica de exame usando campos magnéticos e freqüências de rádio para produzir uma imagem precisa do tecido corporal; usada para diagnóstico e monitoração de doenças.

Retrogênese - Descrito como processo inverso da evolução – involução. A involução como mudança de comportamento intrínseca no período final da vida, implica em deterioração, peça por peça dos novos sistemas, propriedades e funções, seguindo uma seqüência inversa. Tais mudanças são decorrentes do processo natural da evolução (envelhecimento) e da adaptação humana.

Reumatológico - Referente a reumatologia. Ramo da medicina que se ocupa dos distúrbios reumáticos, suas causas, patologia, diagnóstico, tratamento, etc.

Rubéola - Infecção causada por vírus e em que surgem exantema vermelho-pálido, linfadenopatia, rinorréia, faringite, artralgia, etc.; ocorre principalmente na infância, embora o aparecimento em adultos não seja raro. Em gestantes, pode causar má-formações na criança.

Senescência - Processo de envelhecimento normal, que se estende por todo o curso da existência do ser humano, conseqüente ao desgaste fisiológico relativo ao passar dos anos, que tem seu marco em torno dos 65 anos.

Sífilis - Doença venérea sistêmica com múltiplas apresentações. Causada pelo *Treponema pallidum*.

Sinais vitais - Sinais coletados do indivíduo que refletem o funcionamento normal ou anormal do organismo (p. ex. frequência respiratória, frequência cardíaca (pulso), temperatura, pressão arterial...).

Sistema Límbico - Responsável pelo controle da maior parte dos aspectos involuntários do comportamento. O comportamento é uma função de todo o sistema nervoso e não de uma parte particular.

Talidomida - (*Thalidomide*). Sedativo e hipnótico comumente utilizado na Europa no início dos anos 60 e que se descobriu ser causadora de anomalias congênitas sérias no feto.

Tendinite - Inflamação de tendões e ligações tendão-músculo.

Terapêutica - Parte da medicina que estuda e põe em prática os meios adequados para aliviar ou curar os doentes, terapia.

Tomografia computadorizada - Uma técnica de raios-X elaborada para mostrar imagens detalhadas das estruturas em planos separados de tecidos.

Tuberculose - Qualquer das doenças infecciosas do homem e outros animais devido a espécies de *Mycobacterium* e marcada por formação de tubérculos e necrose caseosa em tecidos de qualquer órgão. No homem, o pulmão é o principal local de infecção e o ponto de entrada normal através do qual uma infecção atinge outros órgãos.

Úlcera Péptica - São lesões crônicas, geralmente solitárias, que ocorrem em qualquer local do trato gastrointestinal exposto a ação agressiva dos sucos pépticos ácidos. As lesões são geralmente únicas com menos de 4cm de diâmetro, localizadas geralmente no duodeno ou estômago.

Ultra-sonografia - Obtenção de imagens de estruturas profundas do corpo por meio de registro dos ecos dos pulsos das ondas ultra-sônicas direcionadas ao interior dos tecidos e refletidas pelos planos teciduais onde ocorre alteração de densidade.

Varíola - Doença infecciosa, causada por vírus, com período de incubação de 12 dias, a que se segue etapa febril, surgindo nos primeiros três a quatro dias desta, erupção macular ou petequial do tronco, a qual desaparece junto com a febre; em seguida surge novamente a febre e, na face, mãos e pés, erupção papular que evolui para a formação de pústulas, cujas crostas se desprendem ao cabo de 7 a 10 dias, originando cicatrizes despigmentadas e um tanto escavadas. A doença apresenta ainda, manifestações pulmonares, artríticas, etc.

Vitaminas - Substância de um grupo de substâncias orgânicas não relacionadas que ocorrem em muitos alimentos em pequenas quantidades, bem como são necessárias em quantidades diminutas para o funcionamento metabólico normal do corpo. Podem ser hidro ou lipossolúveis.