

## EXPLORANDO O UNIVERSO DO CUIDADO DE IDOSOS DEPENDENTES PELO CUIDADOR FAMILIAR

### EXPLORING THE UNIVERSE OF THE ELDERLY WHO DEPEND ON FAMILY CAREGIVERS

### EXPLORANDO EL UNIVERSO DEL CUIDADO DE LOS MAYORES DEPENDIENTES DEL CUIDADOR FAMILIAR

GERÍDICE LORNA ANDRADE DE MORAES<sup>1</sup>

MARIA JOSEFINA DA SILVA<sup>2</sup>

*Estudo de caráter exploratório, cujos objetivos foram: identificar o papel do cuidador e seu vínculo com o idoso acamado, relacionar os cuidados dispensados e o cotidiano deste cuidador. Foram escolhidos aleatoriamente 20 cuidadores familiares em um universo de 72. O instrumento de coleta dos dados foi entrevista estruturada. Os dados foram organizados segundo os tópicos da entrevista e as falas foram incluídas como ilustração para as análises. Os resultados indicam que os cuidadores são principalmente mulheres, companheiras ou filhas de idosos dependentes. Para estas, as tarefas de cuidar causam dificuldades como: esforço físico, cansaço, desânimo, estresse, mas também satisfação por retribuir o cuidado recebido dos pais.*

**UNITERMOS:** Saúde do idoso; Idoso débil; Cuidados de saúde não remunerados; Visitadores domiciliares.

*This is an exploratory study that aims at identifying the family caregivers' role and relationship with the elderly, listing care given to the elderly and the caregivers' daily activities. Data were collected through structured interviews with 20 caregivers who were randomly chosen among 72 others. Data were organized according to interview topics and their accounts were included as illustrations for analysis. The results showed that most caregivers are women who are either companions or daughters of the dependent elderly. For them, there are difficulties in their tasks, such as: physical effort, tiredness, discouragement and stress. Nevertheless, they also feel satisfied for returning all the care once given to them by their parents.*

**KEYWORDS:** Aging health; Frail elderly; Uncampensated care; Home health aides.

*Estudio de carácter exploratorio, cuyos objetivos fueron: identificar el papel del cuidador y su relación con la persona mayor que guarda cama, relacionar los cuidados dispensados y lo habitual de este cuidador. Los participantes del estudio fueron seleccionados aleatoriamente, 20 cuidadores familiares en un universo de 72 y el instrumento de recogida de los datos fue entrevista estructurada. Los datos fueron organizados de acuerdo con los tópicos de la entrevista, las conversaciones, incluídas como ilustración para los análisis. Los resultados indican que los cuidadores son principalmente mujeres, compañeras o hijas de mayores dependientes. Para éstas, las tareas de cuidar causan dificultades como: esfuerzo físico, cansancio, desánimo, estrés, pero también satisfacción por el cuidado recibido de los padres.*

**PALABRAS CLAVES:** Salud del anciano; Anciano fragil; Atención no re remunerada; Auxiliares de salud a domicilio.

<sup>1</sup> Especialista em Gerontologia. Enfermeira do Programa de Saúde da Família. geridice@ig.com.br

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. mjosefina@terra.com.br

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento representa uma etapa de vida cuja característica principal é acentuada pela perda da capacidade de adaptação e menor expectativa de vida, tornando os idosos mais vulneráveis e cada vez mais predispostos a morbidade e mortalidade. Este é o desafio que se coloca diante do sistema de saúde que deverá dar apoio a esta população<sup>1</sup>.

A família é muito importante nesta mudança de ciclo de vida de seus familiares idosos. A imobilidade afeta a capacidade afetiva e cognitiva e o idoso, se abandonado, torna-se deprimido e inseguro. Portanto, devemos ir além da busca do prolongamento da vida, mas procurar a qualidade desta vida prolongada<sup>2</sup>. O cuidador deve ser instrumentalizado com informações para que este tenha discernimento entre o envelhecimento normal e as doenças decorrentes deste processo<sup>3</sup>.

No Brasil, o cuidado domiciliar dispensado ao idoso ainda fica a cargo da própria família, mas em países mais desenvolvidos, a exemplo dos Estados Unidos, a assistência domiciliar, em longo prazo, é o setor de prestação de serviço de saúde que mais cresce no país. Os custos adicionais desta assistência e a inconveniência dos idosos saírem de suas casas facilitam a segurança e satisfação de serem assistidos em domicílios: “negociar com os pacientes em seu próprio ‘domínio’ reforça a importância da autonomia e tomada de decisão do paciente”<sup>(4:60)</sup>.

Um outro fator importante para o cuidado ao idoso registrado na literatura é o relacionamento conjugal<sup>5</sup>. A ordem culturalmente estabelecida para desempenhar o papel de cuidador é ...“preferentemente a esposa. Na ausência da esposa e, em segundo lugar na hierarquia do compromisso, vêm os descendentes da segunda geração. Neste caso, a candidata mais provável é a filha mais velha. [...] Em seguida na hierarquia vem a filha viúva, depois a solteira, também de meia idade, com ou sem filhos. Raramente o cuidador é outro parente ou uma pessoa mais jovem, e mais raramente ainda é um homem”<sup>5; 6:779</sup>.

No cotidiano o que se observa é que na maioria, os nossos clientes são homens cuidados por suas esposas. A situação de dependência física e, por vezes, financeira do parceiro, propicia comportamentos negativos como irritabilidade, agressão, exigências exacerbadas e outras.

A necessidade de desvendar o véu que encobre este universo, nos levou a realizar este trabalho de pesquisa. Ele é parte do Projeto “O Idoso dependente e o universo do cuidado domiciliar”, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, que recebe recursos pelo convênio da Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa/Ministério da Saúde e que ainda está em andamento.

Observamos em nossa área de atuação o desconforto de famílias com pacientes idosos acamados, decorrentes de causas emocionais, financeiras, esforços físicos. As queixas mais frequentes foram: cansaço, angústia, insônia, estresse, exigências dos familiares e dos idosos acamados, muitas delas impossíveis de serem satisfeitas pelo cuidador. Em muitos casos o tamanho da habitação só permitia que a rede de dormir ou a cama onde o idoso permanecesse na sala de visitas, por falta de espaço nos outros cômodos, sendo este um dos indicadores de saúde de nossas famílias.

Constatamos através da análise de situação da área de abrangência da equipe três do Programa de Saúde da Família sediada em uma Unidade Básica de Saúde da Família- UBASF, localizada em área periférica de Fortaleza-Ceará (Brasil) um grande número de idosos acamados, demonstrando assim um indicador de saúde forte em nossa área. A partir deste dado, priorizamos as visitas domiciliares a esses idosos. Percebemos, durante as visitas, o cuidador familiar, também com necessidades de cuidados, porque passava momentos difíceis de adaptação, necessitando de apoio emocional, social e de atenção a sua saúde, bem como de informações sobre as atividades pertinentes ao papel exercido e aos cuidados com a saúde do idoso dependente.

Assim, nossos objetivos foram: identificar o papel do cuidador e seu vínculo com o idoso acamado; listar os cuidados dispensados pelo cuidador frente às demandas do idoso dependente; identificar as dificuldades enfrentadas pelo cuidador na unidade familiar, decorrentes do cuidado.

## METODOLOGIA

O estudo se apresenta como exploratório, focalizando um grupo de idosos acamados e seus cuidadores informais, identificados através do cadastro familiar da UBASF. A população identificada possui características econômicas, socioculturais e ambientais muito semelhantes, de for-

ma que o grupo estudado reflete o universo da população de cuidadores residentes na área estudada. A coleta de dados foi através da aplicação de entrevista estruturada com perguntas abertas e fechadas, cujas variáveis estudadas foram: *dados pessoais*: idade; sexo; vínculo com o idoso cuidado; local de nascimento; estado civil; escolaridade; profissão/ocupação; outras atividades além de cuidar; renda pessoal; renda familiar. *Condições sociais*: com quem reside; religião; que importância a religião tem para sua vida; regularidade com que tem freqüentado os serviços ou atividades religiosas; cultura religiosa na família. *Papel de cuidador*: tempo de cuidado dedicado ao idoso; Idade do idoso cuidado; como começou a ser cuidador, justificando a escolha; divisão das tarefas de cuidador; em que situação o cuidado com o idoso é dividido; cuidados prestados ao idoso, listando-os acordo com o relato do cuidador; quem deu estas informações/treinamento para desenvolver o papel de cuidador; valor do treinamento/informação, para o cuidar de forma adequada; dificuldades enfrentadas, na unidade familiar, decorrentes do cuidado do idoso dependente; relação com o idoso; doenças presente no cuidador; opinião livre sobre ser cuidador. A escolha destas variáveis foi a partir das observações empíricas de cuidadores familiares com os quais as pesquisadoras mantêm contatos afetivos e profissionais, bem como a literatura sobre o tema.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da UFC, de acordo com a Portaria 196/96 do Ministério da Saúde e os entrevistados tomaram ciência da finalidade, objetivos e que teriam a liberdade de participar ou não, sem prejuízos para os mesmos, e deram então seu consentimento. Todos os entrevistados agradeceram a preocupação por terem sido lembrados, evidenciando o quanto esse cuidador é invisível aos 'olhos' dos planejadores de políticas de saúde. Embora desde 1999 tenha sido instituído o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos<sup>7</sup> somente agora estão sendo apresentadas propostas concretas que envolvam o cuidador domiciliar.

O estudo foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde da Família, que se localiza na maior favela do município de Fortaleza. Na área de abrangência da UBASF existem 4 equipes do Saúde da Família; identificadas por códigos e cores e com abrangência específica: equipe 1 (amarela), 2 (azul), 3 (vermelha); 4 (verde). Cada equipe é dividida em 5 micro-áreas. A área de abrangência da equipe vermelha

foi a escolhida para o campo de pesquisa por ser a equipe em que uma das pesquisadoras atua, e os locais das entrevistas foram a UBASF e os domicílios dos idosos acamados e seus cuidadores.

Escolhemos os cuidadores de idosos dependentes com ajuda dos Agentes de Saúde de cada micro-área, os quais elaboraram uma listagem desta população em número de 72. A seguir, agendamos as visitas domiciliárias para a realização da entrevista. Fizeram parte da pesquisa os 20 cuidadores de idosos dependentes escolhidos por sorteio.

As entrevistas foram agendadas no período da manhã, de acordo com o cronograma das visitas domiciliares da equipe. O tempo dispensado a cada entrevista foi variado, e observamos que quanto mais tempo o entrevistado tinha com o cuidador, maior a necessidade de relatar fatos e experiências pelos entrevistados. A coleta de dados ocorreu durante o período de setembro a novembro de 2002. Os dados foram organizados em tabelas e quadros organizados de acordo com a categorização: situação socioeconômica dos cuidadores; quem é o ser cuidador e o cotidiano do cuidar. Foram utilizados como material de apoio teórico autores que trabalham com a temática que emergiu dos dados.

O referencial teórico de apoio à análise dos dados foi buscado em autores que trabalham com os aspectos relativos aos cuidadores de idosos. Embora haja no país uma produção considerável sobre o idoso dependente, ainda é escassa a literatura sobre o cuidador com o sujeito do estudo.

## RESULTADOS, DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS DOS DADOS

### Características sócio-econômicas dos cuidadores

Segundo as *características pessoais*, 16 cuidadores estão na faixa etária acima de 45 anos, sendo que 10 têm idade entre 55 e 76 anos. Quanto ao sexo 18 são mulheres. Nove entrevistados são casados e apenas 3 solteiros. A renda pessoal, de 11 cuidadores está entre 1 e 2 salários mínimos e apenas 4 tem como renda pessoal 2 salários. No que respeita à escolaridade, observamos que 12 concluíram o ensino fundamental e 3 o ensino médio.

As características quanto ao sexo e idade dos cuidadores entrevistados confirmam achados de pesquisa realizada na Espanha, onde 8 em cada 10 pessoas que cui-

dam do familiar idoso são mulheres entre 45 e 65 anos<sup>8</sup> mesmo considerando as diferenças geográficas, culturais, econômicas e outras que contextualizam as duas pesquisas.

Faz parte das tarefas domésticas para a mulher, em toda a história da humanidade, pela diferenciação sexual de papéis. cuidar: do marido, dos filhos, dos idosos; dos doentes, assim como gerenciar a casa, a horta, a economia doméstica<sup>9</sup>, e também ser provedora, através do trabalho remunerado extra-domicílio, ou da economia de escambo, que, via de regra, é parte importante na renda familiar<sup>10</sup>. Outro complicador é que a redução do tamanho da família, fenômeno observado universalmente, e a saída dos jovens para o trabalho limitam as possibilidades de diversificação de cuidadores, recaindo sobre os que já estão fora do mercado de trabalho – idosos – ou, circunstancialmente, os que estão próximos do idoso. “O distanciamento da rede de parentela, observado nas famílias das sociedades industrializadas, restringe as redes informais de apoio que têm a solidariedade e a reciprocidade como fundamentos.”<sup>5:13</sup>.

A idade da maioria dos cuidadores entrevistados tem uma influência importante nas dificuldades em relação às atividades que exigem esforço físico e que nem sempre as pessoas com idade já avançada conseguem realizar, podendo desencadear o cansaço e o estresse do cuidador.

Sendo a mulher a principal cuidadora observado tanto nesta pesquisa quando em outras citadas<sup>8</sup> impõe algumas considerações: a maior longevidade; a tripla jornada de trabalho acumulada ao longo da vida faz com que a mulher, na velhice, apresente mais problemas de saúde que o homem<sup>11</sup>.

Esta análise coincide com os relatos das mulheres idosas pesquisadas sobre saúde mental e velhice bem sucedida. Estas proveram as necessidades de funcionamento de suas casas, desde crianças, ajudando a mãe; na sua juventude, já cuidando de sua própria casa ou de um patrão, e, na velhice, ainda provendo as necessidades dos filhos que permanecem em sua companhia ou de seus netos, enquanto liberam seus filhos para o trabalho, bem como cuidando dos companheiros, também idosos.<sup>12</sup>

As conseqüências para mulher cuidadora são diminuição das atividades de lazer, de oportunidades para vida social. Por outro lado, caso não assuma o encargo de cuidadora, torna-se alvo de pressão social e familiar, da qual surgem conflitos familiares, e geralmente têm senti-

mentos de culpa. As ligações afetivas da mulher prevalecem na decisão de assistir e apoiar o cônjuge, mãe ou pai, assumindo assim, o papel de cuidadora informal.<sup>5</sup>

Um melhor nível de escolaridade observado entre os cuidadores pode, à primeira vista, ser um indicador de qualidade deste cuidado pela possibilidade de maior compreensão das informações necessárias ao cuidar. O grupo de cuidadores concentra-se no grupo ou idoso jovem (60-65), sendo contemporâneos de uma geração que já iniciava a valorização do estudo.

Quanto as *características sócio econômicas*, 18 cuidadores residem com o idoso cuidado e o vínculo principal para 9 cuidadores é o de filho(a) (9) seguido de companheiro(a) representando 9 cuidadores entrevistados. A renda familiar varia entre 2 e 4 salários, sendo que 12 cuidadores não têm renda própria por não trabalharem.

O vínculo do cuidador-idoso cuidado encontrado na pesquisa é a tendência que a cultura familiar reforça, inclusive assegurada no texto constitucional, em seu artigo 229: “(...) os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidades”<sup>13:89</sup> e reafirmada no Estatuto do Idoso, em seu artigo 3º, parágrafo V: priorização do atendimento do idoso por sua própria família (...) <sup>14:2</sup>

A reduzida renda familiar constroem o perfil de uma população empobrecida, sem muitos recursos econômicos, sociais e educacionais. Todos estes fatores podem contribuir para desencadear o estresse do cuidador.<sup>15:6</sup> Se forem considerados os custos de medicamentos, alimentação e outros materiais necessários ao idoso acamado podemos inferir o nível de dificuldade que o cuidador tem para prover uma melhor qualidade de vida para o idoso cuidado.

## O Ser cuidador

Tornar-se cuidador pode ser uma opção pessoal ou uma circunstância, por vezes sem possibilidade de recusa.

No presente estudo, os motivos atribuídos para se tornar cuidador foram, para todos os cuidadores entrevistados, inicialmente a questão de vínculo familiar (20). A seguir, foram atribuídas as seguintes motivações: sentimento de obrigação de cuidar (14); por acreditar que o cuidador deve ser da família (7); por satisfação pessoal (7); é a pessoa mais disponível (5). Apenas 2 atribuíram à gratidão filial.

A Política Nacional do Idoso<sup>16</sup>, ao eleger a residência como o locus privilegiado para o cuidado ao idoso dependente, quase que impõe esta tarefa à família, seguindo uma tendência cultural que está presente nas mais diferentes sociedades e culturas. Ocorre que nossa história como povo foi marcada pelo modelo de família extensa, ( ... ) “caracterizada por traços como: baixa mobilidade social e geográfica, alta fertilidade, extrema autoridade dos pais sobre os filhos, assimetria do status entre marido e mulher, acentuada estabilidade conjugal e, principalmente, manutenção dos laços de parentesco com colaterais ou ascendentes altamente significativos, comumente ligados à partilha da mesma residência.” (17:38)

Essas características, associadas à economia familiar que lhes conferia relativa autonomia, eram predominantes nas famílias de origem dos nossos idosos cuidadores e cuidados. O modelo de família extensa é marcado pela coletivização dos recursos familiares e pelo sentido de pertença que cada membro tinha.

Pesquisa recente sobre velhice saudável<sup>12</sup> identifica que este sentimento foi e é bastante forte ainda no grupo nascido até meados do século passado. Havia uma forte responsabilidade dos membros da família entre si e o sentido de dever para com os pais e os mais velhos.

Mas, contemporaneamente, estes aspectos de solidariedade parental se esvai. O fato de a Constituição de 1988 ter destacado as responsabilidades filiais como uma obrigação denuncia esta fragilidade diante das mudanças sociais. O cuidador não assume o papel arbitrariamente. Há uma certa obediência, mesmo que implícita, “ (...) às normas sociais de parentesco, gênero e idade e a dinâmica das relações familiares”<sup>5:11</sup>.

Se considerarmos as variáveis contextuais que envolvem a questão do idoso dependente, tais como: as famílias menores numericamente, reduzindo a disponibilidade de pessoas para o cuidado; a grande mobilidade geográfica dos membros da família e a conseqüente fragilidade dos vínculos de parentesco; o trabalho extradomiciliar das mulheres; o distanciamento geracional em virtude da velocidade das mudanças da sociedade urbana e industrial, a maior longevidade, as vezes, prolongando sofrimentos, tudo isso explica a necessidade e urgência de criar instrumentos de proteção a este idoso, como expressa textualmente a Política Nacional do Idoso.

## O Cotidiano do cuidado domiciliar

O cuidado no campo da saúde é dividido em níveis de autocuidado, cuidado informal, cuidado formal e institucionalizado. Os cuidados informais são cuidados prestados de forma parcial ou integral, por membros da família ou comunidade, a pessoas com dificuldades ou impossibilitadas de se autocuidarem<sup>18</sup>. Na maioria dos casos, o cuidado é dispensado por pessoas despreparadas, gerando situações de risco e de estresse, como aconteceu com nossos entrevistados. O cuidado formal é aquele prestado por agências do sistema formal de saúde em domicílio ou não. E a institucionalização ocorre em caso de necessidade de cuidados complexos, esgotados os recursos familiares para a manutenção do enfermo no domicílio.

Embora seja um evento social, em algumas circunstâncias, quando ... “transformado de troca ordinária de assistência entre pessoas com relacionamento íntimo entre si, para um encargo extraordinário e distribuído desigualmente, o cuidado torna-se um componente dominante e prevalente, ocupando inteiramente a situação”<sup>15:155</sup>

Nesta concepção, o cuidado é uma via de mão dupla: o ser cuidador pode ser cuidado, assim como o que recebe o cuidado pode ser, em algum momento, cuidador.

Mas o fato de que o cuidado, quando não realizado independente das outras atividades cotidianas, isto é, se cumulativo às obrigações cotidianas e ininterruptas, torna-se a situação mais estressante que uma pessoa pode enfrentar<sup>15</sup>. Esta afirmação precisa ser relativizada frente a componentes culturais, afetivos e sociais que fazem parte do **ethos** dos nossos entrevistados.

Quanto aos cuidados prestados aos idosos, estes recaem sobre as atividades de vida diária, conforme os dados coletados: alimentação (20); banho (15); medicação (15); ajuda na deambulação (12); higiene oral (8); troca de roupa (9); higiene íntima (8); levar ao sanitário (8); levar para o médico (5); lazer (4).

Os idosos cuidados por nossos entrevistados são dependentes e necessitam de cuidados domiciliares, significando responsabilidade, zelo, ação, atitude e comportamento com embasamento científico dos cuidadores informais que prestam assistência diária a seus familiares, o que não é o caso dos nossos entrevistados.

“O cuidado domiciliar constitui uma oportunidade desafiadora e recompensadora de prestar atendimento às pessoas, principalmente os idosos”.<sup>19:28</sup>

Percebemos, durante nossas visitas, que estas atividades da vida diária são realizadas, no cotidiano, com a ajuda dos cuidadores informais de forma interrupta. Estes demonstram em suas falas seu estado de fragilidade, cansaço e, principalmente, falta de ajuda para tais atividades:

Me sinto preso, porque não posso sair de casa. As outras filhas só cuidam se for pagas. São oito filhos, ninguém me ajuda. (C12)

Outro depoimento:

Estou muito deprimida, tomo medicação para dormir (a entrevista foi entrecortada de momentos de choro) (C5)

A divisão de tarefas para o exercício do cuidado é um fator importante na capacidade de realizar as tarefas inerentes ao cuidado por tempo prolongado sem desgaste físico e emocional. A grande parte dos cuidadores (12) não recebe ajuda de outras pessoas.

As tarefas são divididas com outros filhos em 8 dos casos; com domésticas em 2 casos; com netos do idoso em 5 casos e com outras pessoas em 7 dos entrevistados. Neste caso, a rede social de apoio assume um papel importante para o cuidador.

Um aspecto importante no contexto do cuidar domiciliar é a relação que se estabelece entre quem cuida e o que recebe os cuidados. Procuramos identificar as diferentes formas de comunicação entre os envolvidos no cuidar: Indiferente:18; difícil por limitações:12; sem comunicação: 5; com mágoa: 1; com rancor: 1.

As formas de comunicação aqui referidas são baseadas na relação cuidador-parente e não numa relação profissional. Estas formas são, portanto, carregadas de simbolismos e de referências a fatos passados, de lembranças agradáveis ou não e que, neste momento, afloram, diante do fato consumado que é o cuidado. A impossibilidade de “escapar” da tarefa ininterrupta de cuidar do genitor ou companheiro, cujas relações podem ter sido conflituosas, é um complicador para a tarefa de cuidar.

Estas dificuldades com o ser cuidado está relacionada também às dificuldades encontradas pelo cuidador no contexto da unidade familiar.

As maiores dificuldades encontradas estão relacionadas ao esforço físico (15); cansaço (14), falta de ajuda (13), estresse (12), desânimo (12) e conflitos familiares (5). Estas dificuldades podem estar relacionadas ao sentimento de obrigação para o cuidar; a privação de liberdade para realizações pessoais; à falta de recursos financeiros para contratação de profissionais qualificados para execução da assistência domiciliária ao idoso acamado.

Mas não devem ser ignorados os cuidadores que relatam alegria com esta atividade. Esta alegria está relacionada com a religiosidade. Neste caso, a religião assume importância pela força espiritual que a fé em Deus dá ao crente e auxilia como suporte para o sofrimento:

O importante para mim é crer em Deus, porque Ele é soberano. Enquanto eu creio nele estou de pé (C12).

É muito importante ter Deus na minha vida. É onde tenho força para conviver com meus problemas. Se não fosse Deus na minha vida, eu não existia mais. Tudo que eu entrego a Deus ele resolve (C4).

A religião influencia as crenças sobre doenças e adaptações. A decisão de ser cuidador está associada aos deveres morais, por responsabilidade social, familiar e religiosa<sup>20</sup>.

Quando indagados sobre a impressão pessoal de ser cuidador, 4 citaram que sentem cansaço e é uma obrigação que pesa, mas 6 referiram a satisfação de ser cuidador. Confrontando com dados anteriores, podemos inferir que esta aparente satisfação pode ser decorrente do fato de a entrevista ter sido realizada na presença ou ao alcance auditivo do idoso cuidado. Neste momento, houve um certo desabafo, inclusive com choros pelo estresse acumulado ao longo do tempo de cuidador.

Esses cuidadores têm outras atividades fora do domicílio e tem ajuda de familiares e empregados domésticos. O cansaço e a obrigação de cuidar são sentimentos referidos durante a entrevista. O estresse do cuidador é, em grande parte, devido ao cansaço e à sobrecarga de responsabilidades exercida por ele<sup>15</sup>, mas também pode ser resultado de fazer algo a contra gosto.

Outras manifestações sobre ser cuidador foram: gratidão filial, passar dificuldades financeiras por estar 'presa' ao idoso cuidador; deprime; acaba se conformando; se sente fazendo uma obrigação para a qual não tem saída.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa proposta de realização deste estudo foi a de explorar um universo ainda desconhecido que é o do cuidado domiciliar. As ações desenvolvidas pelos cuidadores familiares, as condições sócio-econômicas, culturais e as expectativas expressadas em seus depoimentos contribuíram para mostrar o quanto o papel do cuidador é ainda realizado por acertos e erros, necessitando de apoio e acompanhamento profissional, uma vez que pode colocar em risco a qualidade de vida do idoso cuidado.

Os dados revelam que os cuidados prestados ao idoso acamado requerem do cuidador uma exigência física, já que muitos necessitam de ajuda em atividades de vida como deambulação. Se sentem cansados fisicamente e emocionalmente fragilizados. Referem falta de ajuda para tais atividades diárias, não lhes sobrando tempo para cuidar de si mesmos e de suas necessidades pessoais e familiares.

Percebemos que um grande quantitativo de mulheres cuidadoras sentem-se na "obrigação de cuidar". Esta obrigação é percebida de maneira bastante forte quando são referidas pelas entrevistadas, acompanhadas de lágrimas nos olhos, numa demonstração de sofrimento, sacrifício e muita carência afetiva do companheiro, filhos e familiares.

Concluimos que os cuidadores necessitam de assistência de uma equipe multidisciplinar; a formação de grupos de cuidadores para que haja interação onde cada participante seja um suporte para o outro. Capacitá-los por uma equipe de enfermagem para que os cuidados de enfermagem sejam acompanhados e sintam-se seguros, valorizados e inseridos no processo na definição do perfil e do papel de cuidador, acompanhando o avanço tecnológico e prestando uma assistência digna aos pacientes acamados.

Esta pesquisa está sendo ampliada de modo a subsidiar com seus resultados as políticas voltadas ao cuidador domiciliar e para que se visualize o cuidador não como um competidor para a prática autônoma da enfermagem, mas como um aliado em busca da qualidade de vida do nosso cliente idoso.

## REFERÊNCIAS

1. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados do inquérito domiciliar. *Rev. de Saúde Pública*, 1999; 33: 445-453.
2. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Relume: Dumará; 1994.
3. Rodrigues RAP, Diogo MDE. organizadores. Como cuidar de idoso. Campinas: Papirus; 1996.
4. Espino DV. Maus tratos em idoso. In: Rakel R. E. Tratado de medicina da família. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
5. Neri AL. organizadora. Cuidar de idoso no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Atínea; 2002.
6. Néri AL, Carvalho VAML. O bem estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: Freitas EV, PyL, Néri AL, Cançado FAX, Gorxonni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 778-90.
7. Ministério da Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social (BR). Portaria Interministerial 5153 de 07/04/99. Diário Oficial da União em 08/04/1999. Cria o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos.
8. U. A. M. Cuidar a los que cuidan. Sobre os cuidadores. [Citado em 2002 jun 27] Disponível em: <http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cuidadores> .
9. Gonzáles JS. Historia de la enfermeira. Alicante (Espanha): Consejo de enfermeria de la comunidad Valenciana, 1999. v. 1.
10. Dias NMO. Mulheres, sanitarias de pés descalços. São Paulo: Hucitec; 1991.
11. Heiflick L. Como e por que envelhecemos. Rio de Janeiro: Campus; 1997.
12. Silva MJ. Autonomia e saúde mental: o desafio para uma velhice bem sucedida [tese]. Fortaleza (CE): Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, 2001.
13. Brasil. Constituição Federal. 7ª ed. Revisão atual. e ampl.. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2002.

14. Brasil. Presidência da República. Casa civil. Sub-chefia para assuntos jurídicos. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Publicado no DOU em 3/10/2003.
15. Carpenito, LJ. et al. Diagnóstico de enfermagem. Aplicação à prática clínica. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
16. Brasil. Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. DOU, Brasília, 5 de janeiro de 1994, seção 1.
17. Haguette TMF. O mito das estratégias de sobrevivência: um estudo sobre o trabalhador urbano e sua família. Fortaleza: EdUFC; 1982.
18. Carletti SMM, Rejani MI. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: Papaleu Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 415-30.
19. Santos SSC. Enfermagem gerontogeriatrica: da reflexão à ação cuidativa. 2ª ed. São Paulo: Robe; 2001.
20. Whigt LM, Leahey M. Enfermeiros e família: um guia de avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo: Rocca; 2002.

RECEBIDO: 21/11/2003

ACEITO: 10/03/2004