

Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Dátilo

ANEXO AO PROCESSO Nº 313/99 CM
DEFESA DE TESE EM 03/04/2002
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

A Educação e Orientação do Cuidador de Idosos Dependentes

Marília
2002



GILSENIR MARIA PREVELATO DE ALMEIDA DÁTILLO

**A EDUCAÇÃO E ORIENTAÇÃO DO CUIDADOR DE
IDOSOS DEPENDENTES**

1410001346



Marília

2002



GILSENIR MARIA PREVELATO DE ALMEIDA DÁTILLO

A EDUCAÇÃO E ORIENTAÇÃO DO CUIDADOR DE IDOSOS DEPENDENTES

Tese apresentada à Universidade Estadual Paulista Faculdade de Filosofia e Ciências Marília-S.P., como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor – Departamento de Psicologia da Educação.

Aluna: Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Dátilo

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Lourdes Morales Horiguela



Marília/SP

2002



Nº cham. 371.9
D2342

Nº Tombo 1346

Aquisição Doações

Preço 5,00

Data 09/06/02

Proced. Autor

Dátilo, Gilsonir Maria Prevelato de Almeida.

A aprendizagem do cuidador de idosos dependentes / Gilsonir
Maria Prevelato de Almeida Dátilo. -- Marília, 2002.

134 f. ; 30 cm

Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de
Filosofia e Ciências – Universidade Estadual Paulista, 2002.
Bibliografia: f. 123-134.

1. Educação. 2. Idosos - cuidadores. 3. Dependência.
I. Autor. II. Título.

CDD 371.9



GILSENIR MARIA PREVELATO DE ALMEIDA DÁTILO

**A EDUCAÇÃO E ORIENTAÇÃO DO CUIDADOR DE IDOSOS
DEPENDENTES**

COMISSÃO JULGADORA

TESE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR

Presidente e Orientador:

2 Examinador:

3 Examinador:

4 Examinador:

5 Examinador:

Marília, de

de 2002



À Dr.^a Maria de Lourdes Morales Horiguela, minha orientadora, digo que viver o presente é mérito de muitos, porém viver o presente com visão e confiança no futuro é mérito de poucos.

Sua sabedoria, confiança e exemplos, ao longo desses anos em que me acompanhou, foram decisivos para as atitudes que tomo frente à vida.



Aos meus pais, **Luiz Gilberto e Senir**, ao meu marido **Valdyr** e
à minha filha **Mariana**, que me mostram que, na vida e na
família, nada se perde, nada se cria, tudo se transforma.



AGRADECIMENTOS

A todos aqueles com cujo apoio contei nos momentos de dificuldades....
minha profunda gratidão e, em especial, para:

- a Prof^a. Dr^a. Maria José Sanches Marin, amiga de todas as horas, por acreditar em minhas possibilidades e contribuir para a realização desse trabalho;
- ao Dr. Ricardo Komatsu, que contribuiu com as primeiras idéias e sugestões enquanto esse trabalho era apenas um projeto;
- à FAMEMA, instituição em que trabalho, por me permitir a frequência no doutorado
- às amigas Mariazinha, Sônia Guirado, Silvana Cantu, Calú e Sônia Petito pela paciência em ouvir- me durante esse processo;
- à Heloísa "digitadora", que sempre muito atenciosa cuida, com estilo, da apresentação do texto.

“Bachelard escreveu seu livro
‘A chama de uma vela’ quando se sentiu velho. Olhou para a
chama e se viu nela refletido. Chama: ela só é à medida que a
vela deixa de ser. Uma vela apagada seria eterna, como as
pedras. Mas, para ser eterna, ela teria que aceitar o triste
destino de jamais iluminar a escuridão. A chama de uma vela é
metáfora da vida. A vida é uma vela que se consome,
iluminando ...”

(Rubem Alves)



SUMÁRIO

	Página
LISTA DE TABELAS.....	09
LISTA DE FIGURAS.....	11
RESUMO.....	12
ABSTRACT.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
3 MATERIAL E MÉTODO.....	52
3.1 LOCAL	60
3.2 SUJEITOS	61
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	65
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
6 ANEXOS.....	115
6.1 Anexo 1.....	115
6.2 Anexo 2	116
6.3 Anexo 3.....	117
6.4 Anexo 4.....	118
6.5 Anexo 5.....	121
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição de Cuidadores de Idosos da Unidade Básica Alto Cafezal e Altaneira, que participaram do Grupo de Suporte e Orientação Continuada, quanto a sexo e estado civil no período de julho à outubro de 2000.....	71
Tabela 2-	Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador N (53 anos no período de julho à outubro de 2000.....	77
Tabela 3-	Distribuição dos resultados da aplicação da escala de Novak e Guest (1989) no cuidador LP (63 anos) no período de julho à outubro de 2000.....	80
Tabela 4-	Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador T (60 anos) no período de julho à outubro de 2000.....	82
Tabela 5-	Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador S (63 anos) no período de julho à outubro de 2000.....	84
Tabela 6-	Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador F (77 anos) no período de julho à outubro de 2000.....	86
Tabela 7-	Distribuição dos resultados da aplicação da escala de Novak e Guest (1989) no cuidador D (68 anos) no período de julho à outubro de 2000.....	87
Tabela 8-	Distribuição dos resultados da aplicação da escala de Novak e Guest (1989) no cuidador M (54 anos) no período de julho à outubro de 2000.....	90
Tabela 9-	Distribuição dos resultados da aplicação da escala de Novak e Guest (1989) no cuidador J (73 anos) no período de julho à outubro de 2000.....	91
Tabela 10-	Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador A (53 anos) no período de julho à outubro de 2000.....	93
Tabela 11-	Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador L (64 anos) no período de julho à outubro 2000.....	95
Tabela 12-	Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador C1 (60 anos) no período de julho à outubro de 2000.....	96
Tabela 13-	Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador C2 (30 anos) no período de julho à outubro de 2000.....	97

Tabela 14-	Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador C3 (65 anos) no período de julho à outubro de 2000.....	98
Tabela 15	Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador C4 (64 anos) no período e julho à outubro de 2000.....	98
Tabela 16-	Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador C5 (49 anos) no período de julho à outubro de 2000.....	99
Tabela 17-	Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador C6 (48 anos) no período julho à outubro de 2000.....	100
Tabela 18-	Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador C7 (47 anos) no período de julho à outubro de 2000.....	101
Tabela 19-	Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador C8 (50 anos) no período de julho à outubro de 2000.....	103
Tabela 20-	Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador C9 (50 anos) no período de julho à outubro de 2000	104
Tabela 21-	Distribuição dos resultado da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador C10 (69 anos) no período de julho á outubro de 2000	105

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 -	População Censitária e projetada do Município de Marília (de 1996 à 2001)	16
Figura 02 -	Distribuição dos Cuidadores de idosos do Grupo de Suporte e Orientação Continuada quanto ao Sexo no período de julho à outubro de 2000	72



RESUMO

DÁTILO, G. M. P. A. **A aprendizagem do cuidador de idosos dependentes.** 2002. 134 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília .

A presente pesquisa tem como objetivo levantar a discussão sobre a necessidade de promover a aprendizagem do cuidador de idosos dependentes quanto à convivência, relacionamento com o idoso dependente e outros familiares, preservação de seu auto-cuidado e qualidade de vida, através da participação em Grupos de Suporte e Orientação Continuada para Cuidadores de Idosos Dependentes, pesquisa esta realizada em duas Unidades Básicas de Saúde com maior contingente de idosos da cidade de Marília/SP, (Altaneira e Alto Cafezal). Tal grupo foi desenvolvido no período de julho a setembro de 2000, durante o qual foi investigado o cuidador no interior da família de um idoso dependente para conseqüente orientação. A metodologia utilizada inicialmente foi a aplicação do Índice de Katz (1970) para avaliar o grau de dependência. Nos familiares, foi aplicado o inventário do ônus do cuidador, de Novak e Guest (1989) no início e após três meses de curso. Foram sorteados 5 cuidadores de cada Unidade Básica para participarem do curso e os restantes ficaram como grupo de controle. Os resultados demonstraram que os cuidadores que participaram do grupo tiveram uma diminuição significativa em relação ao estresse que envolve a atividade de cuidar, melhora no relacionamento com o idoso dependente e com os outros membros da família. Pelos depoimentos dos cuidadores há evidências de que, com os debates do grupo e com a convivência e troca de experiências com outros cuidadores, houve melhora de auto-imagem e auto-estima. Ao final, propõe-se a implantação, em Unidades Básicas de Saúde, de Grupos de Suporte e Orientação para Cuidadores de Idosos Dependentes.

UNITERMOS: Educação; Cuidadores; Idosos; Dependência



ABSTRACT

DÁTILO, G. M. P. A. **Proposals to learn how to care about dependent old people.** 2002.134f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília.

The problems caused by the fact that the majority part of population is growing up through the years are shared both by the developed nations or nations of third world. In Brazil, the concerning about old age has expanded since 1980, motivated by the better conditions of life in general, by the control of many diseases and by the familiar planning. Demographic tables of contents have showed a fast process of grow old brazilian people, exactly in that very difficult economic time. Frequently, old people are cared by familiar members of others generations. These caretakings has no specific ability to do it. This essay denotes a research about two separated groups. It was accomplished in two Health Basic Unities in Marília, São Paulo state, from july to septemper of 2000. The methodology used was the application of Katz index (1970) to evaluate the dependence degree of old people. The familiar members were appraised by the inventory of Caretaking Onus, by Novak and Guest (1989), in the beginning and after three months the research has started. The group who had peculiar training of how to care about old people has displayed a sensitive falling down of stress levels and has indicated better psychological conditions to struggle with them.

Keywords: Education; Caretakings; Old People; Dependence.

1 INTRODUÇÃO

Em meados de 1992, ao ser convidada para trabalhar como psicóloga em um Curso Aberto à Terceira Idade na Faculdade Medicina de Marília/SP, teve início o interesse em estudar e pesquisar idosos bem como o envelhecimento. Concluído o mestrado em 1998 com o tema "O Envelhecimento: encantos e desencantos a partir de depoimentos de pessoas com mais de sessenta anos", cujo objetivo era conhecer o conceito de envelhecimento na opinião de dois grupos distintos de idosos, os que freqüentavam o Curso Aberto à Terceira Idade e os que residiam em Instituições Asilares.

A partir de 1999, já no doutorado, o foco de atenção passa a ser o conhecimento e orientação do cuidador no interior das famílias de idosos dependentes, esse herói que dedica seu tempo e suas forças no ato de cuidar. Assim iniciou-se a pesquisa que se segue.

O envelhecimento populacional no Brasil e no mundo é uma realidade sem retrocessos. As pessoas estão vivendo mais e, em visto disso, torna-se necessário cuidar para que essa maior longevidade transcorra com qualidade de vida tanto para o idoso como para seus familiares.

Estudos têm mostrado que a preocupação com a velhice vem aumentando no mundo todo nos últimos decênios devido à constatação



do aumento da média de vida da população, atribuído às melhores condições sanitárias, à profilaxia de doenças, ao surgimento de novas drogas e ao planejamento familiar. (GOMES & FERREIRA, 1985; BURNSIDE, 1979; BERQUÓ & LEITE, 1988; RAMOS *et al.*, 1987).

As repercussões sociais decorrentes do envelhecimento foram historicamente mais reconhecidas em países desenvolvidos, onde o crescimento da população idosa ocorreu, predominantemente, no século passado. Há, contudo, um fenômeno global que se observa a partir dos anos 80 do século vinte: mais da metade das pessoas que atingem a idade de 60 anos vive em países do Terceiro Mundo e, até 2025, prevê-se que três quartos da população idosa do mundo estarão vivendo em países menos desenvolvidos. (VERAS, 1994).

No Brasil, a expectativa de vida ao nascer, ao longo do século 20, alterou-se de modo significativo. No início desse século, essa era de 33,7 anos, tendo atingido 43,2 anos em 1950. No decorrer da década imediatamente posterior, tal expectativa de vida aumentou, passando para 55,9 anos. Na década de setenta, passou a 57,1 e, em 1980, atingiu 63,5 anos. (GOMES & FERREIRA, 1985; VERAS, 1994). A expectativa de vida do brasileiro atualmente é de 68,4 anos e as pessoas com mais de 60 anos representam 8% da população contra 4% na década de 40 do século 20, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (IBGE, 1999). Para o ano de 2005, estima-se que a esperança de vida do brasileiro seja de 72 anos conforme, Saad (1991) e que as pessoas com



mais de 60 anos perfazam um total de 15% da população. (NERI & SILVA, 1993).

No município de Marília, estado de São Paulo, em 1980, a população de idosos representava 7,2% da população geral e, em 1990, esse percentual tinha subido para 7,9%. Em 1998, Marília tinha uma população estimada, segundo W4, Consultoria em Informática e Estatística Ltda, de 184.852 habitantes, com uma taxa anual de crescimento da população geral de 0,14, índice que se tem mantido constante. Desse total, 17.695 (9,6%) são representados por indivíduos acima dos 60 anos. A projeção para o ano de 2001 é de 9,7% de idosos na população geral, conforme mostra o gráfico na figura 1.

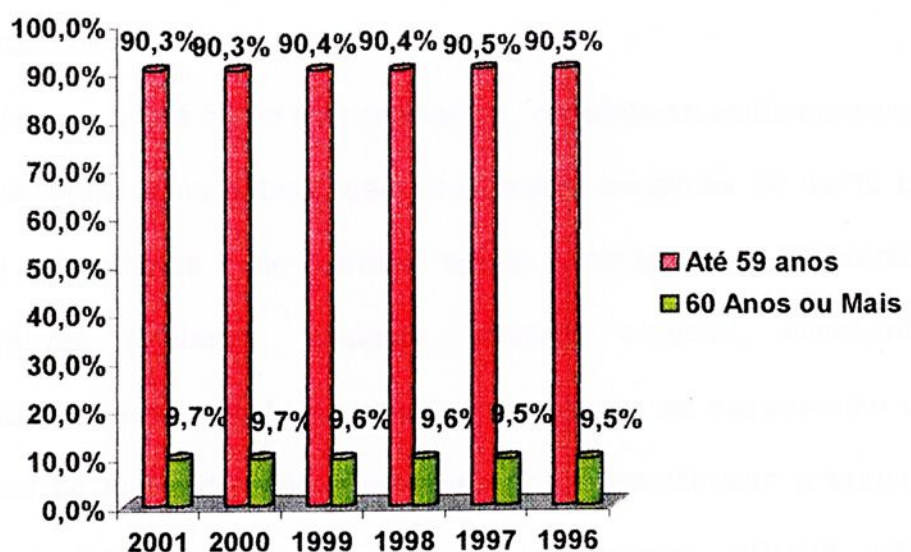


Figura 1- População Censitária e Projetada do Município de Marília (de 1996 a 2001)

Pode-se justificar no Brasil o aumento da longevidade através de dados referentes à diminuição na taxa de fecundidade e à elevação da esperança de vida ao nascer. Até 1950 a taxa de pessoas com mais de 60 anos, nos países em desenvolvimento, era de 4%. Em 1970, passou para 5,1%; em 1980, para 6,1%, e hoje é de 7,2%. A projeção populacional para o ano de 2005 é de 15% de idosos contra os 17% que deverão existir nos países desenvolvidos. (NERI, 1993).

No Brasil, como o processo de migração para os grandes centros vem ocorrendo de forma acentuada nas últimas décadas os idosos permanecem no local de origem, enquanto os mais jovens, em fase produtiva, vão para os grandes centros à procura de melhores condições de vida, o que acentua o problema de solidão e as dificuldades financeiras deles.

Frente a todas essas transformações, constata-se ainda mudanças epidemiológicas como substituição das causas principais de morte por doenças parasitárias de caráter agudo pelas doenças crônico-degenerativas (diabetes, acidente vascular cerebral, neoplasias, hipertensão arterial, demência senil e outras) que se transformam em problemas de longa duração e envolvem, para atendimento adequado, grande quantidade de recursos materiais e humanos. (BRODY, 1985; LESSA, 1990).



As alterações fisiológicas ocorridas com o avanço da idade limitam as funções do indivíduo e o predispõem à dependência para a realização de seu auto-cuidado, à perda da autonomia e qualidade de vida, o que o faz necessitar de ajuda, geralmente de seus familiares.

Como o envelhecimento, enquanto processo de vida, ocorre em nível coletivo e individual e a família é a fonte primária de suporte social, esta constitui um sistema informal de cuidado à pessoa idosa. (PELZER, 1996).

Um aspecto comum quando se trata do envelhecimento é a presença de uma geração interdependente, isto é, a noção de uma geração cuidando da outra. (SILVA, 1996). Rapp (apud SILVA, 1996) informa que pesquisa realizada nos Estados Unidos aponta a existência de um familiar prestando cuidados a um idoso em 8% residências americanas.

Em vista disso, nos últimos anos, vem aumentando a atenção dos profissionais de gerontologia a respeito do bem estar físico e psicológico não só dos idosos bem como de seus familiares e cuidadores.

No entanto, nos tempos atuais, em virtude dos múltiplos compromissos assumidos pelas pessoas, a condição de cuidar do idoso tem representado um desgaste físico, emocional e financeiro interferindo sobremaneira nessa relação e conseqüentemente na qualidade vida.

Precisamos do cuidador de idosos, principalmente porque segundo Chauí, (1979), velho não tem armas, nós é que temos que lutar por ele.



A autora afirma que o velho é um ser oprimido e podemos observar essa opressão de diversas maneiras quer por mecanismos institucionais ou da aposentadoria que exageram na burocracia ou por mecanismos psicológicos sutis e quase invisíveis (a tutela que limita, a recusa ao diálogo) e ainda por mecanismos das próteses, tão necessárias mas inacessível a grande número de idosos.

O familiar cuidador de um idoso dependente necessita de atenção, orientação e de um programa de educação continuada que lhe possibilite maiores informações, suporte emocional adequado e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida. Segundo Fletcher *et al.*, (1992), a qualidade de vida tem um caráter multidimensional, incluindo elementos objetivos como o estado físico, mental e social do indivíduo e elementos subjetivos como moral, satisfação com a vida e auto-estima. Afirmam ainda que a assistência à saúde da pessoa idosa tem dado ênfase à diminuição funcional, especialmente para as doenças, subestimando a importância do ambiente social.

Baillie *et al.* (1988), afirmam que os cuidadores de idosos demenciados, por período de tempo prolongado e sem suporte, enfrentam alto risco de estresse e depressão.

O mais comum é que o cuidador familiar desempenhe esse encargo sozinho, sem ajuda de outros familiares ou profissionais. Esse é um papel culturalmente esperado havendo, inclusive, expectativas sociais baseadas nas relações de parentesco, de gênero e idade. Exercê-la,

segundo Neri (1993), confere ao cuidador oportunidades de reconhecimento e respeito pelo grupo e de adaptação individual para si mesmo.

Existem situações, porém, em que o cuidar do idoso fragilizado pode configurar uma crise no desenvolvimento do cuidador se e/ou quando passa a representar para ele um ônus extraordinário, duradouro e desgastante, pois, nessas circunstâncias, a habitual relação de afeto e reciprocidade entre pessoas próximas é substituída por uma relação unidirecional, em que predomina a necessidade de prestar ajuda, assistência e afeição, praticamente sem retorno pessoal. (PEARLIM, *et al*, 1990; THOMPSON & DOOL. 1982).

O familiar cuidador, quer por estar afetivamente sobrecarregado, quer por conflitos familiares gerados pela dependência física, psicossocial e econômica do idoso, costuma viver o dilema entre o paternalismo excessivo e o completo abandono. (NÉRI, 1993).

Em vários países da Europa e nos Estados Unidos, há mais de duas décadas ocorrem investimentos sociais para a construção de redes de suporte ao idoso, quer atendendo-o diretamente, quer prestando apoio aos familiares, voluntários e profissionais encarregados de ampará-los. (NERI, 1993).

Barusch (1995) realizou estudos em vários países e constatou que, em muitos deles, já existem incentivos governamentais, em forma de pagamento, para os membros da família que proporcionam



de pagamento, para os membros da família que proporcionam assistência ao idoso. No Brasil esse aspecto não se encontra contemplado na Política Nacional do Idoso, regulamentada pelo decreto número 1.948, de 3 de julho de 1996 o qual, determina que os programas de amparo aos idosos sejam executados, preferencialmente em seus lares. (CARDOSO, 1997).

A partir da observação desses fatos, o estudo da aprendizagem do cuidador familiar de idosos dependentes ganha relevância através de um Programa de Educação Continuada, visto que o número de idosos está aumentando e, principalmente quando dependentes para as atividades da vida diária, a família exerce um papel central no seu bem-estar.

Baseando-se nessas fontes de informações, a finalidade dessa pesquisa é conhecer o cuidador de idosos dependentes no interior da família, verificar seu papel, os conseqüentes comportamentos estressantes desenvolvidos por estes e propor formas de ajuda através da implantação de um Grupo de Suporte e Orientação Continuada para Cuidadores de Idosos Dependentes.

Através do reconhecimento da importância do papel do familiar cuidador do idoso dependente e do estresse que advém deste papel, objetiva-se:

1. Conhecer o cuidador no interior da família de um idoso dependente.

2. Sugerir a implantação de um Programa de Educação Continuada junto às Unidades Básicas de Saúde, no sentido de orientação e educação do familiar cuidador, estimulando comportamentos adequados que preservem sua qualidade de vida.



2 REFERENCIAL TEÓRICO

Uma das maiores conquistas da sociedade atual é ter aumentado substancialmente a expectativa de vida das pessoas. Fruto do avanço da medicina, com a profilaxia de várias doenças, do aparecimento de novas drogas, de melhores condições sanitárias e do planejamento familiar, o número de idosos no Brasil e no mundo está aumentando rapidamente.

A preocupação com a velhice ou com o próprio envelhecimento é antiga. Segundo Beavoir (1970), foi escrito em 2500 A. C., no Egito, o primeiro texto dedicado a velhice, de autoria de Ptah - Hotep, filósofo e poeta, que a descreve de modo pouco favorável.

Tem-se constatado que as pessoas envelhecidas, mesmo as que possuem saúde, debilitam-se paulatinamente devido às alterações fisiológicas que acontecem com a avanço da idade e limitam as funções do organismo, tornando-as cada vez mais predispostas à dependência para a realização do auto-cuidado, à perda da autonomia e da qualidade de vida. (MARIN, 1990).

Segundo Chelala (1992), pode-se considerar país envelhecido aquele que apresenta, na sua população geral, 7% ou mais de idosos. Essa é uma tendência mundial, destacando-se poucos países que não atingiram esse patamar no ano de 2000. Países desenvolvidos, como os

da Europa e da América do Norte, já atingiram uma porcentagem de 18,8% e 15,7% de idosos na população geral, respectivamente.

Patarra (1995) afirma que o processo de mudança demográfica no Brasil é resultante de um complexo emaranhado de fatores econômicos, sociais, culturais, ideológicos e psicológicos, o qual vem criando, em relação recíproca, características distintas no relacionamento social seja ele familiar, seja profissional, no trato com os idosos, no papel da mulher na sociedade, entre tantos outros. Menos crianças e jovens, uma população adulta mais volumosa e uma proporção crescente de idosos representam, sem dúvida, alterações nos arranjos domésticos, na inserção no mercado de trabalho, nas necessidades de acesso ao atendimento em saúde, educação, transporte, lazer e vários outros benefícios sociais.

Nos países desenvolvidos, que já viveram o processo de envelhecimento populacional na década de 1980, alteram-se as configurações familiares, com grande variabilidade de arranjos nesses papéis.

Pesquisas demonstram que redes informais de apoio são compostas por filhos, parentes e amigos. Nos Estados Unidos, 80% dos cuidados provêm dessas fontes e no Canadá, 94%. Um terço desses cuidadores são únicos, em geral cônjuges idosos, filhas de meia idade e viúvas. (KANE & KANE, 1990). Ramos (1987), apoiando-se em relatos de idosos brasileiros, conclui que 2% dos idosos não contam com

qualquer ajuda familiar em caso de doença ou incapacidade, 40% contam com o cônjuge, 35% 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%).

Estudos recentes demonstram que, na Inglaterra, 95% de todos os cuidados de saúde aos idosos são ministrados pelos chamados "cuidadores informais". Trata-se de cônjuges, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, membros de entidades paroquiais e de serviços que se dispõem, sem formação profissional de saúde, dar aos idosos doentes sob sua responsabilidade os cuidados indispensáveis, tendo como pré-requisito somente a boa vontade. (LEME, 1998).

Como os domicílios multigeracionais parecem assegurar guarida, mas não necessariamente apoio afetivo aos idosos, esse apoio afetivo tende a diminuir em situações de alta dependência. Nestas, a pobreza, o baixo nível educacional e as mudanças nas relações, valores e costumes familiares, ocasionadas pela migração para as grandes cidades, tendem a ser preditores de maus tratos, abandono e asilamento. A se confirmar tal tendência, observar-se-á uma contradição em relação à noção decorrente de que as famílias multigeracionais, por serem oriundas de tradições rurais e patriarcais, tendem a proteger e honrar os seus maiores. Confirmando dados clássicos de pesquisa transcultural, quando o idoso retém o papel de chefe da casa, tem maiores chances de autonomia, respeito e reconhecimento. (RAMOS, 1987).



O significado do desempenho das atividades diárias de cuidar do familiar idoso é uma experiência subjetiva e pessoal pela qual muitas famílias passarão, já que o envelhecimento é, conforme Bruns & Abreu (1994), "um fenômeno coletivo da espécie humana" em que o cuidado domiciliar deixa de ser meramente uma experiência individual para se transformar num processo social. (PELZER, 1996).

Prover cuidados diários ao idoso passa a ser uma nova e desafiadora tarefa para a família, cujos membros são transformados, segundo Feuer (1987), em súbitos cuidadores, muitas vezes sem a preparação adequada, conhecimento ou suporte para assumir tal papel. Conforme Skinner & Vaughan (1985) afirmam, há necessidade de se pensar na velhice antes de envelhecer, preparar-se para essa fase a fim de que se tenha oportunidade de vir a vivê-la melhor no futuro. Quando se pensa nisso e se procura aprender sobre o processo de envelhecimento, aumentam as chances de os familiares ajudarem e compreenderem os idosos. Embora isso seja verdade, não é o que tem ocorrido e os cuidadores tentam suprir as dificuldades da assistência, usando seus próprios recursos, suas forças intrínsecas e sua autoridade em relação à família. Constitui-se, então, um sistema informal de cuidado em que o desgaste e o estresse sobrevêm, podendo afetar o bem-estar e a saúde da família como um todo. Os efeitos da doença crônica, com subsequente reorganização da família para o cuidar, podem ser mais disruptivos, funcional e emocionalmente, para os membros saudáveis do que para o



paciente, visto que têm de assumir novos papéis, como o de cuidar, com o qual despendem muita energia e esforço. Essa situação poderá significar um sério ônus, tanto para a saúde física como mental, de seus integrantes. A família que experimenta o viver cotidiano de um ente querido com algum tipo de dano físico e/ou emocional poderá sofrer uma sobrecarga emocional esgotante e solitária que a leva ao estresse. Existem, segundo Vitaliano, Young e Russo, (1991), distintos estresses: o estresse objetivo e o estresse subjetivo. O estresse objetivo tem relação com as perturbações que afetam a vida familiar na área financeira, no exercício de papéis, nas relações familiares, na supervisão do idoso e nas relações com os amigos e vizinhança. O estresse subjetivo refere-se a sentimentos de sobrecarga, desamparo, perda de controle, falta de domínio, ressentimento, vergonha, exclusão, incômodo e assemelhados.

As exigências, demandas ou pressões são avaliadas pelo cuidador que a elas responderá com maior ou menor intensidade, de forma que possa sentir como agradável (eustress) ou desagradável (distress), dependendo de suas experiências anteriores e do contexto atual. Como nenhuma condição ou situação é boa ou má em si própria, a experiência emocional percorre um contínuo que vai do eustress ao distress. (NERI, 1993).

O cuidador pode sentir prazer e conforto (eustress) quando se envolve ativamente em suas tarefas e consegue bons resultados, a despeito do esforço físico e psicológico exigido. Pode sentir-se tenso,



angustiado e sobrecarregado (distress) quando não atinge seus objetivos ou quando sente as pressões como muito intensas e intoleráveis. (NERI 1993). Assim, durante um dia comum na vida de um cuidador, ele pode ter a alternância de eustress e distress ou sensações emocionais prazerosas ou desprazerosas. O grande problema, ou talvez o maior desafio quanto aos cuidadores, é a predominância temporal de estados distressantes ou emoções negativas e desprazerosas devido à pressões que recaem sobre ele e o modo como ele percebe e reage aos efeitos desta carga emocional. Segundo Meichembaum (1985), as respostas identificadas como distress podem incluir depressão, irritabilidade, alterações de humor, queda de auto-estima, alterações do sono, excesso ou perda de apetite, propensão a doenças e acidentes pessoais, consumo excessivo de álcool, fumo ou drogas, descuido com a aparência, afastamento dos amigos, negativismo, apatia, distorções no julgamento das situações e das próprias capacidades, auto-vitimização, maximização ou minimização das situações, reações exageradas e hostilidade entre outras.

Para Neri,(1993), o distress do cuidador pode variar também em função de variáveis sociodemográficas, da saúde do idoso, do grau de envolvimento do cuidador, de suas atitudes face a ter que cuidar e dos recursos formais e informais disponíveis.

Choi (1993), através de uma pesquisa comparativa envolvendo cuidadores familiares norte-americanos e sul-coreanos, afirma que o



Choi (1993), através de uma pesquisa comparativa envolvendo cuidadores familiares norte-americanos e sul-coreanos, afirma que o distress do cuidador tende a ocorrer mais nas sociedades ocidentais, em que vigoram o individualismo, a valorização da independência, a primazia do conjugalismo, do que nos países de tradição cultural oriental, em que prevalecem outros valores, como a gratidão e o respeito pelos familiares mais idosos.

Nos países orientais a piedade filial é um valor muito enfatizado, inclusive pelas instituições educacionais, tanto para se tentar dar conta do processo de aceleração das mudanças sociais que neles estão ocorrendo, como porque acreditam que a exaltação desse valor tradicional tem repercussões sobre o bem-estar dos idosos e sobre a moralidade dos mais jovens. (SUNG, 1990). O autor enfatiza que o respeito aos pais e os cuidados dedicados a eles na velhice são considerados mães de todas as virtudes.

Neri (1993) reconhece que os padrões culturais tendem a definir quem tem mais chance de ser o cuidador primário do idoso. Na tradição japonesa, que vigora até hoje em alguns grupos de antigos imigrantes no Brasil, cabe ao filho mais velho amparar os pais idosos. Isso que faz da nora uma figura central nas relações que se definem mais como dever do que de reciprocidade ou escolha. Entre os sherpas do Nepal, o filho mais jovem deve permanecer na casa paterna para cuidar dos pais e, por isso, tem direito ao dobro da herança dos outros irmãos.

Segundo Hashimoto, (1998) no Japão o termo obrigação tem um significado mais amplo, está ligado não somente aos idosos e é utilizado diariamente. A palavra em japonês que significa obrigações é "on", que representa desde o maior até o menor débito de uma pessoa para com outra, e pode significar, também, lealdade, bondade e amor, mas o significado mais preciso é obrigação. Quando uma pessoa diz que tem um "on" em relação a alguém, significa que tem várias obrigações para com o outro.

Existe, segundo Hashimoto (1998), um ciclo que se forma em relação às obrigações que cada pessoa assume dentro do contexto da família, produzindo uma certa segurança na idade da maturidade e posteriormente, na velhice. Desta forma a pessoa deve obrigação a seus pais que a cuidaram desde bebê até a idade adulta, dando-lhe assistência necessária para seu desenvolvimento. Parte da retribuição do "on" é efetivada quando se oferece ao filho uma educação tão boa ou melhor do que a recebida pelos pais, mas este fato não diminui o débito para com seus pais.

Na Índia, os idosos esperam pelos cuidados de um filho, e não de uma filha casada. Já em alguns grupos de irlandeses que imigraram para os Estados Unidos, existia uma expectativa, um sacrifício de que a filha mais velha não deve casar-se para cuidar dos pais idosos.(NERI, 1993).

Os cuidadores que vivem por um longo período as perturbações físicas e emocionais e a sobrecarga típica de cuidar de idosos altamente



emocional num alto grau de energização e, segundo Neri (1993), ainda que menos intensos e menos fisiológicos e psicológicos, a sua longa duração e a concomitância com novos momentos de estados de alarme podem conduzir o organismo a um enfraquecimento e depois à exaustão.

É consenso entre vários autores Zarit (1980), Kinney & Stephens (1989), que o distress do cuidador, quando ocorre, é multideterminado por uma grande quantidade de eventos individuais, familiares, históricos e contextuais, de natureza biológica, psicossocial e histórico-cultural. Não há dúvida de que a vulnerabilidade aos efeitos de prestar cuidados duradouros e exclusivos a idosos fragilizados e de alta dependência varia de pessoa para pessoa e até para a mesma pessoa conforme as circunstâncias.

Ansiedade, depressão, fadiga, doença física, desamparo e esgotamento, bem como senso de controle e realização, são resultados possíveis, não necessariamente opostos nem exclusivos, de um para outro cuidador e para o mesmo cuidador. (NERI, 1993).

Os fatores que medeiam a avaliação do ônus dessas pressões sobre o cuidador podem tanto favorecer como dificultar o lidar com elas. Dessa forma, o trabalho tanto pode atrapalhar quanto ajudar a aliviar as pressões. Por outro lado, de nada adianta ter apoio disponível se, por questões afetivas, motivacionais ou de aprendizagem social, a pessoa não souber solicitá-las, aceitá-las ou mantê-las. (NERI, 1993). Quando exageradas, dessas pressões podem sobrevir o distress e esgotamento

associados a um senso de ônus excessivo. O ônus pode ser considerado objetivo quando ligado às mudanças reais que ocorrem na vida do cuidador – como, por exemplo, ter menos tempo para si. O ônus subjetivo refere-se a sentimentos negativos percebidos pelo cuidador e impacto sobre o bem-estar subjetivo, a adaptação e a saúde física do cuidador. As reações ao estresse podem ser configuradas como distress e esgotamento, como senso de controle e competência, como estados contínuos e/ou estados intermitentes.

Stephens (1990) faz um análise das tarefas desempenhadas por familiares no cuidado de seus idosos fragilizados dividido em quatro domínios, a saber:

- Dar suporte em atividades instrumentais de vida diária como, por exemplo, arrumar e limpar a casa, preparar refeições, fazer compras, fazer e receber pagamentos, transportar e acompanhar ao médico. Essas atividades em português são chamadas de AIVD, atividade instrumental da vida diária e, em inglês de IADL, (instrumental activities of daily life).
- Lidar com dificuldades funcionais associadas a atividades físicas e a autocuidado como, por exemplo; caminhar, alimentar-se, tomar banho, escovar os dentes, pentear os cabelos, usar o toalete, higienizar-se, tomar medicação, tirar e colocar próteses, dentadura

banho, escovar os dentes, pentear os cabelos, usar o toalete, higienizar-se, tomar medicação, tirar e colocar próteses, dentadura e aparelho de surdez. As atividades da vida diária ou AVD mantêm uma relação próxima com a maior ou menor autonomia do idoso e as conseqüentes questões emocionais e de perda de auto estima; para o cuidador podem demandar mais ou menos sobrecarga física e tempo, além de conhecimentos e habilidades.

- Atender as necessidades de suporte emocional, como fazer companhia, atuar como confidente, conversar sobre questões pessoais e emocionais, compartilhar atividades e ajudar a manter ou a reatar laços afetivos. Segundo Ramos *et al.* (1991), é nesse domínio que possivelmente incidem as maiores dificuldades das famílias brasileiras, em virtude das mudanças de valores, hábitos e costumes pelas quais estão passando, num contexto de graves problemas econômicos e financeiros.
- Lidar com as pressões psicológicas decorrentes de propiciar os cuidados. A verificação empírica de ocorrência, no familiar cuidador, de distúrbios psicológicos e psiquiátricos, baixa satisfação, depressão, desgaste e esgotamento em exercer cuidados, principalmente de idosos altamente dependentes, conduziu à construção de modelos de análise de natureza multivariada, como por exemplo o de Zarit (1990), (anexo 1).

Segundo Gonçalves e cols. (1997), existem os seguintes tipos de cuidadores: informal, formal e profissional com seus respectivos perfis:

1. **Cuidador Informal:** é aquele que presta cuidados à pessoa idosa no domicílio, com ou sem vínculo familiar, e sem remuneração.

- **Perfil:** pessoas de ambos os sexos, pertencentes à família ou não, que têm idoso em casa e identificam-se com atividades pertinentes. Devem ser alfabetizadas, gozar de estado físico e mental saudável; possuir noções básicas sobre o cuidado do idoso e compreensão mínima do processo de envelhecimento humano. Tem como função auxiliar ou realizar atenção adequada às pessoas idosas que apresentam limitações para as atividades básicas e instrumentais da vida diária, estimulando a independência e respeitando a autonomia destas. Dentre essas atividades constam:

- **Higiene Pessoal** - Cuidar da limpeza do corpo e da boca, do vestuário e dos objetos que o idoso usa no dia-a-dia;
- **Higiene do Ambiente** - Responsabilizar-se pelo espaço reservado ao idoso, geralmente o seu quarto de dormir;
- **Alimentos** - Seguir as dietas e recomendações indicadas pelos profissionais, estimular e auxiliar na alimentação e, se necessário, preparar os alimentos;



- **Medicações** - Dar as medicações que são administradas por boca e as que devem ser aplicadas à pele, nos horários indicados pelo médico e de acordo com as suas instruções;
- **Atividades Físicas** - Dar apoio ao idoso em caminhadas, ajudando-o também em outros exercícios recomendados por profissionais;
- **Compras** - Deve fazer compras de alimentos, medicamentos e objetos de uso diário, quando esta tarefa tiver sido combinada com a família;
- **Lazer, Trabalho e Atividades fora de Casa** - Fazer companhia ao idoso, conversar sobre assuntos de seu interesse, ver televisão, ajudar em trabalhos manuais, acompanhá-lo a festas, cerimônias religiosas, consultas médicas, exames, idas ao banco etc;
- **Estimulação** - Fazer com que o idoso descubra as coisas de que gosta de fazer, que tome decisões, que coopere em algum trabalho, que mantenha a prática do autocuidado; deve, além disso, apoiar e estimular sua vida social, de modo a permanecer ativo e participativo para sentir-se valorizado, preservando a auto-estima. Incentivar a comunicação, a socialização através do convívio, a recreação e o lazer.

2. **Cuidador Formal:** é a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades e tarefas da vida cotidiana, fazendo elo entre o idoso, a família e serviços de saúde ou da comunidade, geralmente remunerado.



- **Perfil:** Ter cursado o primeiro grau, ser maior de idade e submetido a treinamento específico, ministrado por instituição reconhecida, em observância a conteúdo oficialmente aprovado para atuar junto às pessoas idosas; gozar de condições físicas e psíquicas saudáveis e possuir qualidades éticas e morais. Identificar-se com as atividades desenvolvidas. Seu trabalho é ajudar nas atividades da vida diária; administrar medicamentos por via oral prescritos pelos especialistas; auxiliar na deambulação e mobilidade; cuidados com a organização do ambiente protetor e seguro, acesso a dispositivos de ajuda (equipamentos) para a atenção do idoso; propiciar conforto.
 - **Físico e Psíquico:** Estimular o relacionamento e contato com a realidade e levar o idoso a participar de atividades recreativas e sociais. Conferir sinais vitais, reconhecer sinais de alterações (alerta) e prestar socorro em situações de urgência (os primeiros).
3. **Cuidador Profissional:** É a pessoa que possui educação formal com diploma conferido por instituição de ensino reconhecida em organismos oficiais, e que presta assistência profissional ao idoso, família e comunidade.
- **Perfil:** Ter cursado o terceiro grau e tido treinamento específico em cuidado do idoso, em instituições oficialmente reconhecidas. Destacam-se habilidades e qualidades pessoais para o cuidado: os

cuidadores profissionais seguem funções específicas em conformidade com as legislações das categorias profissionais .

Quando se trata de cuidadores Informais e Formais devem desenvolver as habilidades e qualidades para a prestação de cuidado, especificadas a seguir:

- **Habilidades Técnicas:** É o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, adquiridos por meio de orientação de profissionais especializados. Esses conhecimentos irão preparar o cuidador para prestar atenção e cuidados ao idoso.
- **Qualidades Éticas e Morais:** São atributos necessários para permitir relações de confiança, dignidade e respeito, além da capacidade de assumir responsabilidade com iniciativa. Quando não for parente, deve procurar adaptar-se aos hábitos familiares, respeitar a intimidade, a organização e crenças da família, evitando a interferência.
- **Qualidades Emocionais:** Deve possuir domínio e equilíbrio emocional, facilidade de relacionamento humano, capacidade de compreender os momentos difíceis vividos pelo idoso, adaptação às mudanças sofridas por ele e família, tolerância ante situações de frustração pessoal.
- **Qualidades Físicas e Intelectuais:** Deve possuir saúde física, incluindo força e energia, condições essenciais nas situações em



que há necessidade de carregar o idoso ou dar-lhe apoio para vestir-se e cuidar da higiene pessoal. Ser capaz de avaliar e administrar situações que envolvam ações e tomada de decisões .

- **Motivação:** É condição fundamental a empatia por idosos. Valorizá-los como grupo social, considerando que o "cuidado" deve ser um compromisso prioritário, pessoal e também da sociedade.

Segundo Barer & Johnson (1990), os critérios para identificação de cuidadores não são únicos, havendo definições variáveis. Algumas delas restringem os cuidadores domiciliares à esfera das relações familiares, definindo o cuidador pelos vínculos parentais existentes com a pessoa cuidada.

Stone, Calfferata , Sangl (1987) distinguiram o cuidador principal e o secundário, de acordo com o grau de envolvimento de cada um nos cuidados prestados ao idoso dependente no domicílio. O mais comum é que o cuidador familiar desempenhe seus encargos sozinho, sem ajuda de outros familiares ou profissionais, sendo definido como um cuidador primário. Os cuidadores secundários seriam os familiares, voluntários e profissionais que exercem atividades complementares.

Keith (1992) afirma que oferecer cuidados a idosos fragilizados pode ser considerado um papel normativo da família em algum momento do ciclo da vida familiar, bem como esperado para o cuidador individual,

principalmente se ele for uma mulher casada, filha, nora mais velha, filha solteira ou viúva.

Segundo Rosenbaum, (1996), cuidador é uma pessoa (da família ou não), que assume primariamente a responsabilidade para prover ações de suporte, que assiste ou ajuda outra pessoa do grupo, com necessidades evidentes ou antecipadas, visando a uma melhora de condição humana ou estilo de vida.

Waldow et al (1995) analisam o cuidar como comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores e atitudes, empreendidos no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer.

O significado do cuidado relaciona-se à responsabilidade do cuidador em assumir tal papel. Essa responsabilidade na maioria das vezes é das mulheres – as filhas mais velhas que desempenham atividades no lar ou vivem próximo ao idoso. (RODRIGUES, ANDRADE, MENDES; BAILLIE, (Org.). 1988 e PELZER, 1996).

De acordo com o estudo de Coleman, Piles, Poggenpoel (1994), o percentual dos membros familiares que exercem a função de cuidador de idosos fica assim distribuído: filhas (29%), esposas (23%), maridos (13%) e filhos (9%); o restante (23%) incluía outros recursos como amigos e socorro ou ajuda gratuita nos serviços públicos.

O familiar que mais comumente cuida de um idoso dependente é uma mulher casada que ou é cônjuge do idoso que recebe os cuidados

ou então sua filha; mais raramente o cuidador é uma nora ou parente e, mais raramente ainda, um homem. De modo geral essa mulher está na faixa etária dos 45 a 50 anos, tem filhos adultos, ela e/ou o marido são aposentados ou estão na iminência de aposentar-se. Mesmo nas famílias multigeracionais, o cuidador principal geralmente é mulher e pertence à geração imediatamente subsequente à do idoso que recebe os cuidados. SILVERSTEIN e LITWAK, (1993).

Karsch (1998) faz duas considerações sobre as mulheres serem cuidadoras "por excelência", afirmando que talvez haja mesmo nessa escolha a determinação cultural, mas salientando que, até pouco tempo, a mulher ainda não estava inserida no mercado do trabalho formal. Por suas atividades laboriais restringirem-se aos limites domésticos, isso contribuía para estabelecer parâmetros culturais que a elegiam como cuidadora. Constata-se, a partir disso, que as relações de produção, a definição das relações de trabalho e da divisão social do trabalho estão subjacentes à determinação cultural. Saliente-se, entretanto, que a "disponibilidade feminina" já não é a mesma na conjuntura atual.

Com o passar dos tempos, mudanças significativas foram ocorrendo e atingindo a estrutura familiar atual, em decorrência do processo de modernização da sociedade. Já na segunda metade do século XX, esta transformação gerou um novo padrão demográfico na realidade brasileira, reduzindo o número de filhos. Enquanto nos anos 60 a média era de 6,3 filhos, hoje este número foi reduzido para 2,5. A



realidade brasileira, reduzindo o número de filhos. Enquanto nos anos 60 a média era de 6,3 filhos, hoje este número foi reduzido para 2,5. A mulher, até o século XVIII, era vista como reprodutora, submissa e dedicada ao lar. A concentração da vida reprodutiva da mulher de idade mais jovem para a mulher com 30 anos interferiu também no seu papel, que foi modificado diante dos padrões da sociedade. Na atual realidade, ela tem um papel muito diversificado exercendo várias funções: mãe, esposa, dona de casa e profissional. As famílias brasileiras tiveram um aumento significativo de exigências, passando a mulher a ser também, em algumas ocasiões, chefe da casa com jornada dupla de trabalho, dificultando e diminuindo seu tempo de permanência no lar.

Apesar das dificuldades atuais da família em assumir os cuidados com os seus idosos, de acordo com Osório (1996), esse não é um problema atual, visto que ao longo da história e nas diversas culturas encontramos várias formas ou graus de abandono dos elementos senis da população. Entre os primitivos povos nórdicos, durante suas migrações em busca de melhores condições de alimentação e sobrevivência, os velhos eram deixados pelo caminho para serem devorados pelos animais selvagens, prática essa conhecida como gerontocídio; porque as famílias nômades em uma região totalmente inóspita não conseguiam se manter com grande número de pessoas e depender do alimento a ser conseguido, caçado ou pescado.



O autor relata que os idosos são deixados nos asilos ou entregues aos cuidados de outras pessoas que não os membros da família sob os mais diversos pretextos, desde a alegação de que o convívio com outros da mesma idade lhes é reconfortante até a suposta proteção e melhor cobertura a suas limitações físicas e problemas de saúde. Entretanto, sob a ótica de quem procura entender as motivações inconscientes dos atos humanos, admite que, ao exilar os velhos do convívio, exorciza-se o fantasma da própria velhice e assim se nega a implacável realidade – a morte final. Sem o contato com o insidioso processo de deterioração física e mental que acompanha o declínio das funções orgânicas e psíquicas ao fim da vida, o enfrentamento dessa realidade é adiado, embora haja nisso algo contraditório já que todos desejam ter a sorte de atingir a longevidade sem que alguma doença letal lhes interrompa a trajetória existencial.

Refletir sobre os idosos que precisam de cuidados especiais é pensar sobre o próprio ciclo vital da família que também nasce, cresce, amadurece, habitualmente se reproduz em novas famílias, encerrando seu ciclo com a morte dos membros que a originaram e a dispersão dos descendentes para constituírem novos núcleos familiares.

Segundo Neri, (1993), cuidar de um idoso fragilizado pode ser considerado um papel normativo ou expressão da vida de um cuidador, na medida em que é exercido em função de expectativas sociais baseadas nas relações de parentesco, de gênero e idade, expectativas



essas típicas de seu grupo social que, em contrapartida, lhe oferece reconhecimento e respeito.

Albert (1991) faz duas críticas a tipologias que tendem a classificar os cuidados proporcionados a idosos. A primeira é que em geral elas se limitam ao suporte relativo às limitações funcionais, e não levam em conta as questões subjetivas. A segunda é que elas são construídas a partir da perspectiva de quais são os serviços necessários e não da compreensão que os cuidadores têm sobre eles. Para dar conta dessas questões o autor realizou uma avaliação das cognições de cuidadores sobre suas tarefas, por intermédio de uma escala multidimensional. O estudo revelou a existência de três dimensões: tipo de deficiência apresentada pelo idoso (física X cognitivo - emocional), local onde ocorre o cuidado (dentro X fora de casa) e resposta à incompetência do parente que é objeto do cuidado (estímulo à autonomia X tutela). Os sujeitos, 52 (cinquenta e dois) desta pesquisa percebem uma distinção entre prestar ajuda em AIVD e em AVD, mas não fizeram distinção forte entre tarefas ligadas à assistência em deficiências cognitivas e ao atendimento de necessidade emocionais. Conseguiram discriminar entre os cuidados que prestam dentro de casa e aqueles de caráter mais administrativo, em geral envolvendo pessoas e serviços fora de casa. Na terceira dimensão (estímulo à autonomia X tutela), os avaliados fazem uma distinção entre prestar assistência em situações que envolvem alta incompetência parental (ter que explicar seus comportamentos bizarros,

tomar decisões por eles, tomar conta deles para que não se percam, sustentá-los ou administrar seu dinheiro) e prestar ajuda em tarefas simples (fazer companhia, fazer-los sentirem-se independentes, ajudá-los a usar o telefone e levá-los para visitar amigos).

Cuidar de um familiar idoso é uma experiência subjetiva pela qual algumas famílias passarão. Esse cuidado domiciliar deixa de ser meramente uma experiência individual para se transformar num processo social. Dispensar cuidados diários ao idoso passa a ser uma nova e desafiadora tarefa para as famílias que são transformadas em súbitos cuidadores, muitas vezes sem a adequada preparação, conhecimento ou suporte para assumir essa função (FEUR, 1987). A falta de preparo ou suporte pode desencadear o desgaste e o estresse, afetando o bem estar e a saúde da família como um todo (PELZER, 1996).

Outras causas de estresse no cuidador, segundo Neri (1993), podem estar ligadas a conflitos na história anterior de relacionamento entre cuidador e idoso, conflitos gerados pela própria dependência física, psicossocial e econômica do idoso. Esse estresse não atinge apenas o cuidador, mas também o idoso fragilizado que, como ser histórico, teve um passado de plena autonomia e, em algumas situações, ainda tem aspirações neste sentido. Várias pesquisas mostram que muitos idosos nessas condições relatam insatisfação com sua crescente dependência e com a forma despersonalizante e paternalista com que são tratados.

Podemos reconhecer várias circunstâncias em que um idoso se transforma em cuidador. A primeira delas é a de cuidador do cônjuge. Em um casal de velhos, quando um deles adoece, é automático que o parceiro assuma os seus cuidados, por questões morais e práticas, visto que, em plena fase produtiva, os descendentes estão comprometidos com a subsistência ou o cuidado com a própria prole. A principal problemática é que o cuidador e o cuidado terão provavelmente uma situação social e de saúde muito semelhantes: será um cuidador que também precisa de cuidados. (ALENCAR, 1997).

Existem outras situações em que o idoso permanece cuidador e, embora essas não sejam o foco dessa discussão, podem ser citadas, como a dos filhos que, por deficiências físicas ou mentais, permanecem sob os cuidados dos pais, mas têm uma sobrevida longa, de forma que os pais têm tempo de envelhecer. Isso gera angústia para o pai idoso, que sente medo de morrer ou ficar incapacitado, deixando seu dependente desamparado, porque os filhos neste caso são pessoas que não criam família própria, não têm descendentes. Outra situação que guarda semelhança com esta é a dependência financeira. (ALENCAR, 1997).

Como o cuidador, na maioria das vezes, não tem uma ampla compreensão sobre a doença, embora esteja ao lado do idoso observando e convivendo com a severidade do processo, com os déficits e comportamentos relacionados ao tipo de dependência, pode apresentar



dificuldades para lidar com as diferentes situações desse cotidiano. (RODRIGUES, ANDRADE & MENDES, 1995).

Barer & Johnson (1990) apontam como característica dos cuidadores domiciliares de idosos dependentes o estresse da atividade de cuidar.

Além do estresse, outro sentimento encontrado no cuidador familiar por ser ele geralmente um outro idoso é a depressão. Segundo Leger *et al.* (1994), esta se apresenta como um transtorno durável do humor, caracterizada por uma tristeza patológica e uma lentidão psicomotora, que afeta quatro vezes mais as pessoas idosas do que a população de maneira geral. As inúmeras situações de perdas vivenciadas pelos idosos e as tentativas de reorganização psíquica são elementos que contribuem para a depressão que, muitas vezes, pode se manifestar por uma sintomatologia enganosa como transtornos gastrointestinais e algias de localização variada, o que torna o diagnóstico difícil e incerto.

A literatura tem mostrado evidente relação entre suporte social e depressão, já que aqueles que têm suporte social apresentam diminuição significativa na incidência da mesma. (TAVARES, 1994).

Outro problema muito encontrado nos idosos é a diminuição da auto-estima que, segundo Anzola Pérez (1993), é o conceito que a pessoa tem de si mesma, cujos determinantes podem ser categorias internas quando emanam do pensamento e sentimentos ou a interação com o meio. Entre outros fatores que contribuem para a ocorrência de

problemas de auto - estima dos idosos, citam-se mudanças físicas, enfermidades crônicas ou agudas, ambiente ou atitudes sociais. Anzola Pérez (1993) acrescenta ainda que problemas de auto-estima podem ser evidenciados por condutas como higiene pessoal inadequada, descuido na forma de vestir, expressão triste ou manifestação verbal de subestimação.

Mendes (1998) afirma que a construção da identidade do cuidador se dá a partir de um duplo e articulado processo: a atividade de cuidar e a reflexão existencial instigada por ela. A identidade construída é o momento cujo processo é descrito da seguinte maneira:

Quando ainda não nos vemos como objetos para nós mesmos – quando nossa consciência ainda não se desenvolveu – o nome (ou qualquer predicação) permanece como algo exterior, começamos a adquirir consciência de nós mesmos quando começamos a nos chamar; podemos falar conosco, podemos refletir.
(CIAMPA, 1987, p. 133).

A identidade do cuidador, portanto, vai sendo construída no processo de cuidar do outro. É no seu fazer que a dimensão do cuidar vai sendo internalizada e concretizada. É no processo relacional com o outro (paciente) e consigo mesmo, que o cuidador vai produzindo, para além da atividade de cuidar, a sua identidade. É uma mudança que se

opera na relação entre ambos, processada no tempo, levando-o a apropriar-se de sua nova condição de cuidador e redefinindo todas as relações que o cercam (MENDES, 1998).

O processo de construção de identidade do cuidador vai sendo operada no enfrentamento de um cotidiano com novas exigências no ato de cuidar; em que as pessoas agem por meio do saber prático. A identidade, então, firma-se pela atividade do sujeito.

Segundo Mendes (1998), as alterações bruscas, às vezes até radicais que acontecem na dinâmica familiar devido à dependência de um de seus membros, impulsionam um outro membro a assumir o papel de cuidador, desestabilizando as personagens funcionais da dinâmica familiar anterior à doença. Essas alterações bruscas de papéis mobilizam novas competências, habilidades e sentimentos que exigem tempo para serem absorvidos.

Afora os novos papéis e a energia exigidos do cuidador, também o idoso dependente tem com ele, muitas vezes, a consciência de sua dependência em relação ao outro, desenvolvendo um sentimento de impotência que pode leva-lo à depressão. Dessa forma ambas as pessoas (idoso dependente e cuidador) têm suas vidas totalmente alteradas. Para o paciente, a relação de dependência está inscrita na incapacidade de realizar a maioria das atividades sozinho e, para o cuidador, a relação de dependência com o idoso está na necessidade do outro por cuidados pessoais e atenções constantes (MENDES, 1995).



O cuidador de idosos dependentes deve organizar suas tarefas de cuidado de modo a ter oportunidades de se autocuidar. Muitas vezes, o cuidador se sobrecarrega nas suas atividades e se esquece de que é uma pessoa que também necessita de cuidados. A família deve avaliar esse trabalho, em conjunto com profissionais e planejar atividades para idosos e cuidadores. Cursos são necessários, visando à orientação dos cuidadores com o outro e consigo mesmo (GONÇALVES *et al.* 1997).

As intervenções junto aos cuidadores familiares são, segundo Gatz, Bengston, Blum (1990), classificadas em três grupos:

1. Aconselhamento Familiar;
2. Grupos de Suporte;
3. Serviços Comunitários.

O aconselhamento familiar não tem objetivos terapêuticos, mas sim de ajudar a família a resolver problemas situacionais relativos a formas de relacionamento e sentimentos do cuidador que interferem no desempenho do cuidado; limites para a tomada de decisão a respeito da autonomia permitida versus tutela dispensada; questões legais e éticas; formas de lidar com conflitos familiares em torno do dever e da responsabilidade pelo cuidado e providências práticas na vida diária.

Os grupos de suporte são de caráter essencialmente psicoeducacional, uma vez que suas funções são informar, ajudar a desenvolver redes de suporte sociais, auxiliar na identificação de recursos

desenvolver redes de suporte sociais, auxiliar na identificação de recursos na comunidade e permitir trocas de idéias a respeito de como lidar com as dificuldades inerentes ao desempenho do papel de cuidador.

As atividades de grupos de suporte podem ser executadas por profissionais que atuam direcionando as discussões e intervenções, ou então fornecendo informações de ordem técnica sobre como fazer ou sobre o significado das perturbações e déficits apresentados pelo idoso.

Os serviços comunitários são os que permitem aos cuidadores familiares tirar folgas temporárias ou se alternar com outras pessoas no desempenho do cuidado, principalmente quando ele exige dedicação em tempo integral, como acontece com idosos altamente dependentes. Abrem possibilidades para que outras pessoas conduzam os idosos ao médico, ao recebimento da pensão, à igreja ou a outro local. Consiste algumas vezes também em oferecer locais que proporcionam abrigo e cuidados por curtos períodos, ou mesmo hospedagem temporária. Tais arranjos proporcionam oportunidades para que o cuidador principal se afaste temporariamente das atividades de cuidado, quer para descansar, quer para resolver necessidades pessoais ou familiares.

Segundo Neri & Silva (1993), uma prestação de serviço que parece útil é a que investe recursos psicoeducacionais em ações preventivas. Os objetivos são informar, ensinar a identificar necessidades, conseqüências e soluções, e atuar sobre atitudes em relação ao idoso.



Segundo Leme (1998), os mais modernos conceitos em geriatria e gerontologia priorizam uma abordagem profissional para os cuidadores através de informações continuadas, cursos de treinamento, treinamento em serviço etc. Leme (1998) enfatiza que tais medidas apresentam baixíssimo custo e um brutal impacto sobre a saúde de cada idoso e sobre a saúde da população idosa como um todo. Os cursos não só auxiliam o idoso dependente mas também o próprio cuidador, liberando – o da ansiedade de ter de lidar com situações para as quais não está preparado. O grande fornecedor dos cuidadores informais é sem dúvida, a família. É no ambiente familiar que se levantam questões como quem dará o medicamento na hora certa, quem levará o idoso ao médico ou à fisioterapia, quem fará os cuidados higiênicos e outros.

É provável, conforme Yasaki, Melo e Ramos (1991), que em famílias multigeracionais e rurais, e mesmo em famílias restritas de pequenas cidades, nas quais ainda vigoram resquícios de tradições mais antigas de parentesco e ajuda informal, ocorram práticas de suporte e revezamento que favoreçam o bem-estar de cuidadores e cuidados.



3 MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo teve início com a solicitação ao Secretário Municipal de Saúde da cidade de Marília/SP de autorização para a coleta de dados em duas Unidades Básicas de Saúde, (anexo 2). A escolha dessas duas Unidades Básicas, U.B.S. Alto Cafezal e U.B.S. Altaneira, deu-se em função de apresentarem o maior número de idosos cadastrados e serem os bairros com maior contingente de idosos de Marília de acordo com "Projeção de População – Marília 1996/2001 da W4 – Consultoria em Informática e Estatística S/C Ltda", que consta na Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

Outra justificativa para essa escolha das Unidades Básicas é que, historicamente, a Altaneira foi uma das primeiras U.B.S. a serem instaladas na cidade e o bairro Alto Cafezal possuir grande concentração de idosos por estar localizado em área central. A tendência atual é o crescimento da cidade para a periferia sendo que nesta a concentração é de adultos jovens e crianças em virtude de serem bairros novos e mais acessíveis em termos de preço.

O município de Marília conta atualmente com 17 Unidades Básicas de Saúde (U.B.S.) e oito Unidades de Saúde da Família, perfazendo um total de 25 Unidades de Saúde, realidade muito favorável se compararmos a outras cidades de igual porte.



O interesse era avaliar o cuidador de idosos dependentes, quanto ao ônus em suas atividades relacionadas ao cuidar e para tal foi aplicado um Inventário do Ônus do Cuidador de Novak e Guest, (1989). Foi considerado cuidador um membro da família que se dedique parcial ou totalmente aos cuidados de seu idoso dependente. Aos cuidadores foi pedido autorização para participação na pesquisa através do termo de consentimento (anexo 3).

Foi considerado, na presente pesquisa, idoso dependente aquele que apresentasse necessidade de ajuda em pelo menos uma atividade da vida diária (AVD). São consideradas atividades da vida diária: **banho, vestir-se, uso do toalete, movimentação, continência e alimentação.**

A atividades da vida diária mantêm uma relação próxima à maior ou menor autonomia do idoso e às conseqüentes questões emocionais e de perda de auto-estima para ele. Para o cuidador podem demandar mais ou menos sobrecarga física e de tempo, além de conhecimentos e habilidades específicas (NERI, 1993).

O critério utilizado para avaliar o grau dependência dos idosos foi o Índice de Katz (KATZ, *et al.*, 1970), utilizado no Brasil e nos países do primeiro mundo. (anexo 4). O Katz é um formulário que avalia o grau de dependência nas seguintes atividades: banho, vestir-se, uso do toalete, movimentação continência e alimentação, observando se o idoso é dependente ou independente da assistência externa. A aplicação desse instrumento deu-se no domicílio do idoso.



Ter "**independência**" nas atividades da vida diária significa segundo o Índice de Katz, realizar sem supervisão, direção ou assistência pessoal ativa, exceto o especificado logo a seguir. Baseia-se no estado atual do avaliado e não em sua habilidade pregressa ou potencial. Um paciente que se recuse a fazer a função é considerado como não desenvolvendo a função, mesmo que ele seja considerado hábil na função.

1. Banho

- **Independente:** assistência somente para banhar-se em única parte (como região lombar ou membro incapacitado), ou banhar-se completamente sem assistência.
- **Dependente:** assistência para banhar-se em mais de uma parte do corpo; assistência para entrar ou sair da banheira (se isto for rotina do avaliado), ou quando não se banha sem assistência.

2. Vestuário

- **Independente:** pega as roupas dos armários e gavetas; põe as roupas, acessórios, fecho, botões; amarrar calçados é excluído.
- **Dependente:** não é capaz de vestir-se sem assistência ou fica parcialmente vestido.



3. Uso do Banheiro ou Toalete

- **Independente:** vai ao banheiro e utiliza-o adequadamente; higieniza-se; recompõe o vestuário; pode manejar seu próprio penico, comadre ou urinol no período noturno, podendo ou não utilizar apoios mecânicos como bengalas, andador.
- **Dependente:** usa constantemente dispositivos como penico ou comadre, ou recebe assistência para ir ao banheiro ou utilizá-lo.

4. Mobilização ou Movimentar-se

- **Independente:** move-se da e para cama independentemente e move-se da e para cadeira independentemente (utilizando ou não apoio mecânico).
- **Dependente:** requer assistência para mover-se da e para cama e/ou cadeira; não realiza uma ou mais transferências.

5. Continência

- **Independente:** micção e defecação totalmente autocontrolada.
- **Dependente:** incontinência total ou parcial da micção ou defecação; controle total ou parcial por enemas, catéteres, ou regulada pelo uso de dispositivos (fralda, uripen).

6. Alimentação

- **Independente:** pega comida do prato ou equivalente, levando-a à boca (corte da carne, preparação do alimento, passar manteiga no pão são atos excluídos da avaliação).
- **Dependente:** assistência no ato de alimentar-se (exceto as condições do item anterior), não come nada ou recebe alimentação parenteral.

Para se obter o Índice de Independência das Atividades da Vida Diária de Katz basta a observação dos seguintes itens:

- a. Independente na alimentação, continência, movimentação, uso do banheiro, vestuário e banho.
- b. Independente em todos exceto uma destas funções.
- c. Independente em todos, exceto banho e uma função adicional.
- d. Independente em todos exceto banho, vestuário e uma função adicional.

- e. Independente em todos, exceto banho, vestuário, uso do banheiro, e uma função adicional.
 - f. Independente em todos, exceto banho, vestuário, uso do banheiro, mobilização, e uma função adicional.
 - g. Dependente em todas as seis funções.
- Outro - Dependente em pelo menos duas funções, mas não classificável como c, d, e, ou f.

Na avaliação do idoso dependente, o contato era feito com o seu cuidador, figura central da reflexão. Esses cuidadores foram avaliados pelo Inventário do Ônus do Cuidador, de Novak e Guest (1989), (anexo 5), instrumento que possibilita uma medida multidimensional do ônus subjetivo e objetivo vivido por cuidadores de idosos fragilizados. Contém 24 itens pertencentes a cinco categorias: ônus relativo ao uso do tempo, ônus quanto ao próprio desenvolvimento, ônus físico, ônus social e ônus emocional. Afere tanto respostas afetivas quanto respostas relacionadas às tarefas. Cada categoria de ônus tem cinco alternativas, exceto o ônus físico que apresenta quatro alternativas. Para cada resposta " sim " conta-se 1 ponto, obtendo-se os resultados a partir da seguinte tabela:



0. nada demonstrativo
1. muito pouco demonstrativo
2. pouco demonstrativo
3. moderado
4. alto
5. altamente demonstrativo ou significativo

As Unidades Básicas de Saúde (Altaneira e Alto Cafezal) na figura da gerente, juntamente com alguns componentes da Pastoral da Saúde forneceram relação dos idosos dependentes cadastrados em seus serviços, respectivamente, 12 e 14, com a idade, endereço e diagnóstico médico. Após a avaliação do grau de dependência desses idosos, foram sorteados, com a presença de 2 (dois) juizes, 5 (cinco) cuidadores de cada Unidade Básica para participarem (em caso de aceitação) do Grupo de Suporte e Orientação Continuada para Cuidadores de Idosos Dependentes a ser ministrado pela pesquisadora semanalmente, com duração média de uma hora e gravado em fita K7 que posteriormente foram transcritos. O restante dos cuidadores de idosos não participaria do grupo, compondo o grupo controle.

Foram realizados 12 (doze) encontros com a seguinte programação:

- 1) Apresentação dos diversos cuidadores, objetivos do curso.



- 2) Aplicação do Inventário do Cuidador , de Novak e Guest (1989) e após isso palestra ministrada pela pesquisadora sobre o histórico do envelhecimento.
- 3) Palestra e após, depoimentos e debates sobre o tema "Problemas Com Os Familiares".
- 4) Palestra , depoimentos e debates, tema: "A Importância da Comunicação nos Relacionamentos".
- 5) Palestra, depoimentos e debates: "A Família".
- 6) A pedido do grupo voltamos a falar sobre "Família" onde o grupo se coloca muitas vezes.
- 7) Palestra, depoimentos e debates, tema: "O Meu Envelhecimento, Hábitos de Vida Saudáveis".
- 8) Palestra, depoimentos e debates, tema: "Maus Tratos na Velhice".
- 9) Palestra, depoimentos e debates, tema: "Alterações do Comportamento, Irritação e Agressividade".
- 10) Palestra, depoimentos e debates, tema: "A Morte e o Luto".
- 11) Palestra, depoimentos e debates, tema: Recursos da Comunidade para Cultura e Lazer"
- 12) Aplicação do Inventário do Ônus do Cuidador de Novak e Guest, (1989) avaliação e finalização dos Grupos.

Todos os cuidadores (os participantes e os não participantes do grupo) foram avaliados com o Inventário do Ônus do Cuidador, de Novak & Guest (1989) no início do trabalho (julho de 2000) e após 3 meses, comparando-se os resultados. Os participantes do grupo realizaram o Inventário do Ônus no segundo encontro visto que deixamos o primeiro para apresentação dos componentes, dizer dos objetivos propostos, temas que seriam discutidos e ouvir os relatos espontâneos que por ventura surgissem.

3.1 Local

A aplicação do Índice da Katz foi realizada no domicílio dos idosos. O Grupo de Suporte e Orientação Continuada para Cuidadores de Idosos Dependentes foi realizado em 2 Unidades Básicas de Saúde, a "Dr. Francisco Nicolau Salum", do bairro Alto Cafezal e a "Dr. Timo Bruno Belucci", do bairro Altaneira. As reuniões eram realizadas semanalmente com duração de uma hora, onde além dos temas propostos os cuidadores tinham necessidade de falar sobre seu familiar, suas dificuldades no cuidar, o relacionamento familiar entre outros. Devido a isso os grupos sempre ultrapassaram o horário girando em torno de uma hora e meia de duração.



3.2 Sujeitos

Os sujeitos da presente pesquisa foram os 20 cuidadores de idosos dependentes, dez que participaram dos grupos e dez que ficaram como grupo controle e que foram selecionados a partir da indicação e avaliação do grau de dependência dos idosos.

A indicação dos idosos deu-se, como dito anteriormente, através das Unidades Básicas, na figura da gerente, juntamente com os integrantes da Pastoral da Saúde que forneceram uma listagem com nome, endereço, idade e diagnóstico médico de 26 pessoas com 60 anos ou mais, dependentes em uma ou mais atividades da vida diária (A.V.D.). O ponto de corte de 60 anos é amplamente empregado em países de Terceiro Mundo para definir idosos. (VERAS, 1994; ANZOLA PEREZ, 1985). Constituem atividades da vida diária, na presente pesquisa, alimentação, continência, movimentação, ir ao toalete, vestir-se, e banho. Por ocasião da visita aos domicílios, 3 (três) idosos haviam ido a óbito, 2 (dois) haviam mudado de endereço e 1 (um) apresentava, na época, 47 anos de idade. Em razão desses fatos, 6 (seis) foram excluídos, perfazendo um total de 20 idosos e 20 cuidadores de idosos.

No período da coleta de dados, as idades dos sujeitos cuidadores variaram de 53 a 77 anos e as dos idosos dependentes, de 60 a 87 anos.



A distribuição, por sexo, dos cuidadores foi de 19 (dezenove) do sexo feminino e 1 (um) do sexo masculino. Quanto aos idosos dependentes, a população total foi de 15 do sexo feminino e 5 do sexo masculino.

No Grupo de Educação e Orientação Continuada para Cuidadores de Idosos Dependentes, o trabalho foi desenvolvido com 10 cuidadores de idosos dependentes, 5 de cada Unidade Básica, sorteados a partir da presença de 2 juizes, conforme o que se disse anteriormente.

Os sujeitos cuidadores que freqüentaram o curso estão relacionados a seguir.

1. Unidade Básica Alto Cafezal:

- L., 63 anos, solteira, do lar, filha:

cuida de M. A., 87 anos, sexo feminino, que está na cadeira de rodas há 60 anos, Índice de Katz "D", dependente em três atividades da vida diária (AVD): banho, vestir-se e movimentação.

- N., 53 anos, solteira, professora P1 aposentada, filha:

cuida de M. 71 anos, sexo feminino, Índice de Katz "B", dependente em uma atividade da vida diária (AVD): vestir-se.

- T., 60 anos, solteira, inspetora de alunos aposentada, irmã:



cuida de V., 71 anos, sexo feminino, Índice de Katz "Outro", dependente em duas atividades diárias (AVD): continência e vestuário.

- S., 63 anos, solteira, do lar, filha:

cuida de D., 87 anos, sexo feminino, Índice de Katz "Outro", dependente em duas atividades da vida diária (AVD): vestir-se e movimentação.

- F., 77 anos, casado, aposentado, esposo:

cuida de M.L., 79 anos, sexo feminino, Índice de Katz "G", dependente em seis atividades da vida diária (AVD): banho, vestir-se, uso do toalete, movimentação, continência e alimentação.

2. Unidade Básica Altaneira:

- J., 74 anos, casada, do lar, esposa:

cuida de J., 78 anos, sexo masculino, Índice de Katz "G", dependente em seis atividades da vida diária (AVD) banho, vestir-se, uso do toalete, movimentação, continência e alimentação.

- D., 68 anos, casada, do lar, esposa:

cuida de J.J., 82 anos, sexo masculino, Índice de Katz "E", dependente em cinco atividades da vida diária (AVD): banho, vestir-se, uso do toalete, movimentação e continência.

- N., 50 anos, viúva, do lar, filha:



cuida de C., 86 anos, sexo feminino, Índice de katz "B", dependente em uma atividade da vida diária (AVD): continência.

- M., 54 anos , viúva, do lar, filha:

cuida de J., 76 anos, sexo feminino, Índice de Katz "E", dependente em cinco atividades de vida diária (AVD): banho, vestir-se, uso do toalete, movimentação e continência.

- L., 70 anos, casada, esposa, do lar:

cuida de D., 77 anos, sexo masculino, índice de Katz "E" dependente em cinco atividades da vida diária (AVD): banho, vestir-se, uso do toalete, movimentação e continência.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constata-se que o envelhecimento populacional, atualmente, é uma realidade sem retrocessos, um fenômeno universal, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento.

Estabelecer critérios e parâmetros a partir dos quais a velhice possa ser definida é tarefa difícil no consenso de vários autores, devido à ocorrência de uma série de fatores atuando durante toda a existência e ao fato de que cada pessoa reage a estes de maneira peculiar, possibilitando que, para alguns, a velhice ocorra de forma mais breve e, para outros, mais lenta. (DÁTILO, 1998).

A promoção da qualidade de vida das pessoas idosas é uma necessidade urgente da atual sociedade e representa grande desafio para as políticas de saúde, educação e para a população em geral, pois o progresso tecnológico e científico, que fez aumentar o número de anos vividos pelas pessoas, não tem conseguido melhorar as condições de vida do idoso nessa fase.

A literatura confirma que cuidando de um idoso com dependência com frequência há alguém com idade próxima à dele, o que na maioria das vezes indica a presença de um idoso cuidando de outro idoso.

A presente pesquisa, através da proposta de um Grupo de Suporte e Educação Continuada para Cuidadores de Idosos Dependentes, visa à

melhoria da qualidade de vida dos cuidadores no que tange a conhecimentos sobre o envelhecimento (principalmente o seu próprio envelhecimento), convivência com outros cuidadores, favorecendo a troca de experiências, relacionamento familiar e papéis desempenhados, além de ressaltar a importância dos cuidados com a saúde e o lazer.

Trabalhou-se com 20 cuidadores de idosos dependentes observando o ônus do cuidador em cinco aspectos: relativo ao uso de tempo, ao próprio desenvolvimento, ao ônus físico, social e emocional. Os cuidadores foram divididos em dois grupos de dez, o primeiro composto por 5 cuidadores de cada Unidade Básica de Saúde (Altaneira e Alto Cafezal) os quais participaram do Grupo de Educação e Orientação; aplicou-se nestes a Escala de Avaliação do Ônus do Cuidador de Novak e Guest (1989), (anexo 5), em dois momentos: no início do curso e após 3 meses deste. No grupo controle, composto por mais 10 cuidadores, cinco de cada Unidade Básica de Saúde que não participaram do curso, foi aplicada somente a Escala de Novak e Guest (1989) também em dois momentos, com intervalo de 90 dias.

Os idosos dependentes foram avaliados através do Índice de Independência em Atividades da Vida Diária de Katz, conhecido como Índice de Katz, (KATZ *et al.*, 1970). (anexo 4)

Quanto aos idosos cujos cuidadores participaram do curso, obtiveram-se os seguintes resultados:



1. Altaneira:

- J., sexo masculino, 78 anos, dependente em 6 AVD, Índice de Katz G.
- J.J., sexo masculino, dependente em 5 AVD, Índice de Katz F.
- C., sexo feminino, 86 anos, dependente em 1 AVD, Índice de Katz B.
- J. 2 , sexo feminino, 76 anos, dependente em 5 AVD, Índice de Katz F.
- D., sexo masculino, 77 anos, dependente em 5 AVD, Índice de Katz F.

2. Alto Cafezal:

- M.A., sexo feminino, 87 anos, dependente em 3 AVD, Índice de Katz D.
- M., sexo feminino, 71 anos, dependente em 1 AVD, Índice de Katz B.
- V., sexo feminino, 71 anos, dependente em 2 AVD, Índice de Katz C.
- D., sexo feminino, 87 anos, dependente em 2 AVD, Índice de Katz C.
- M.L., sexo feminino, 79 anos, dependente em 6 AVD, Índice de Katz G.

Os idosos do Grupo Controle apresentaram os seguintes resultados:

1. Altaneira:

- L., sexo masculino , 87 anos, dependente em 4 AVD, Índice de Katz E.
- G., sexo masculino, 60 anos dependente em 5 AVD, Índice de Katz F.
- J.G., sexo, 81 anos dependente em 1 AVD, Índice de Katz B.
- I., sexo feminino, 80 anos, dependente em 2 AVD, Índice de Katz C.
- T., sexo feminino, 85 anos, dependente em 4 AVD, Índice de Katz E.

2. Alto Cafezal:

- F.M., sexo feminino, 96 anos, dependente em 3 AVD, Índice de Katz D.
- A., sexo feminino, 83 anos, dependente em 3 AVD, Índice de Katz D.
- D., sexo feminino, 76 anos, dependente em 1 AVD, Índice de Katz B.
- F., sexo feminino, 89 anos, dependente em 1 AVD, Índice de Katz B.

- M.G., sexo feminino, 85 anos, dependente em 6 AVD, Índice de Katz G.

Durante a coleta de dados, de acordo com a fala do familiar cuidador, foram encontradas as seguintes patologias: osteoporose, em oito idosos (40%); seqüela de acidente vascular cerebral (AVC) em sete idosos (35%); problemas de circulação em quatro idosos (20%); hipertensão em dois idosos (10%); diabetes em dois idosos (10%); Alzheimer em um idoso (5%), neoplasias (câncer) em dois idosos (10%); problemas de visão (cegueira) em um idoso (5%), fratura em dois idosos (10%), problemas reumatológicos em dois idosos (10%), problemas de coluna em dois idosos (10%) sendo que alguns idosos apresentavam mais de uma patologia.

Constatou-se que a grande maioria dos idosos dependentes 12 (60%), eram viúvos, seis (30%), casados e dois (10%), separados. Do total dos idosos avaliados, cinco (25%) eram do sexo masculino e 15 (75%), do sexo feminino, o que vem confirmar um dado de Berquó , (1996), citando a feminilização do envelhecimento, afirmando que há uma diferença de seis anos de expectativa de vida a mais para mulheres em relação a homens.

No que diz respeito à moradia, a maioria desses idosos 11 (55%) vivia na sua casa própria ou em casa própria do cuidador familiar; quatro (20%) na de filhos e cinco (25%) com outros membros da família. Esses

dados confirmam a observação de Karsch (1994) sobre esta geração à que já possuía o direito de realizar o sonho da casa própria.

O cuidador familiar em geral na presente pesquisa tinha o seguinte grau de parentesco: cônjuges, quatro (20%), filha, dez (50%), sobrinha, duas (10%), irmã duas (10%) ou neta duas (10%), e constatou-se que esses residiam em casas da própria família.

As 20 casas (100%) possuíam saneamento básico e energia elétrica.

Nos domicílios perceberam-se indícios de adaptações de espaços como, por exemplo, cama na sala (5%), cadeiras de área ou terraço adaptadas para banho com rodinhas em cinco das casas, (25%) o que pode sinalizar o desejo de adaptação das famílias à situação de dependência do idoso que, conforme Mendes (1995), trata-se de uma ação bastante comum entre eles.

Quanto aos cuidadores é importante salientar que todos os 20 (100%) moram junto com os idosos dependentes citados e, até a coleta de dados, estavam em um momento de suas vidas em que prestar cuidados a esses era a principal tarefa.

No grupo de vinte cuidadores, 19 (95%) eram do sexo feminino e 1 (5%), do sexo masculino, dado que vem a confirmar o consenso de vários autores – Coleman, Piles, Poggenpoel (1994), Karsch (1998), Rodrigues, Andrade & Mendes, Chergek (1995) Pelzer (1996) – de que a função de cuidador de idosos é realizada, maioria das vezes, por uma

mulher casada que ou é cônjuge do idoso ou filha, sendo mais raro, porém possível, o cuidador ser uma nora ou outro parente e, mais raramente ainda, um homem. Dos cuidadores do Grupo de Educação e Orientação Continuada, dez (50%) eram casados, oito (40%), solteiros e dois (10%), viúvos. No Grupo de Educação e Orientação quatro cuidadores (40%) eram cônjuges, cinco (50%), filhas, e um (10%), irmã. No grupo controle, seis (60%) dos cuidadores eram filhas, um (10%), cônjuge e três (30%), parentes próximos do sexo feminino que compreendiam neta, sobrinha e irmã.

O grupo de cuidadores que participou do curso quanto a sexo e estado civil, é apresentado **tabela 1**

Tabela 1: Distribuição de Cuidadores de Idosos da Unidade Básica Alto Cafezal e Altaneira, que participaram do Grupo de Suporte e Orientação Continuada, quanto a sexo e estado civil no período de julho a outubro de 2000

ALTO CAFEZAL					
SEXO		ESTADO CIVIL			
M	F	C.	S.	D.	V.
1 (20%)	4 (80%)	1 (20%)	4 (80%)	0	0

ALTANEIRA					
SEXO		ESTADO CIVIL			
M	F	C.	S.	D.	V.
0	5(100%)	3(60%)	0	0	2(40%)

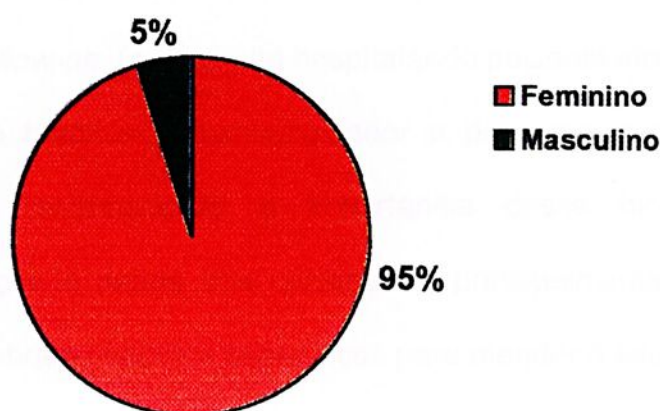


Figura 02 – Distribuição dos Cuidadores de Idosos do Curso de cuidadores quanto ao Sexo no período de julho à outubro de 2000

Foi verificado que quatro (40%) dos 10 cuidadores que participaram do curso têm entre cinquenta e sessenta anos, quatro (40%) têm entre sessenta e um e setenta anos e apenas dois (20%) têm entre setenta e um e oitenta anos.

Karsch (1998) constatou em sua pesquisa que, de modo geral, a mulher cuidadora está na faixa etária de 45 a 50 anos, tem filhos adultos, ela e/ou o marido são aposentados ou estão na iminência de aposentar-se. É consenso entre vários autores que, mesmo nas famílias multigeracionais, o cuidador principal, em geral, é mulher e pertence à geração imediatamente subsequente à do idoso que recebe cuidados. Encontrou-se também grande porcentagem de cuidadores com 60 anos ou mais – oito (80%) –, o que ratifica a afirmação de Karsch (1998) baseado

na pesquisa feita na cidade de São Paulo, sobre a existência de pessoas idosas cuidando de outras pessoas idosas, o que deve sinalizar para que programas de *follow-up*, (após a alta hospitalar do paciente idoso) estejam voltados para o binômio paciente/cuidador e para que programas de saúde pública, reconhecendo a importância desse binômio, não soneguem atenção à saúde dos cuidadores, principalmente em nosso País, onde se cobram impostos específicos para atender à saúde de seus habitantes.

Alencar (1997) reconhece também situações em que um idoso cuida de outro idoso. Uma delas é a de cuidador(a) do cônjuge. Em um casal de velhos, quando um deles adoece é automático que o parceiro assuma os seus cuidados, por questões morais e práticas, visto que os descendentes – filhas(os) – estão em plena fase produtiva, comprometidos com a subsistência ou com o cuidado com a própria prole.

Na pesquisa efetuada, verificou-se que todos os cuidadores familiares – 20 (100%) – desempenhavam seus encargos sozinhos, sendo denominados de cuidadores primários conforme Barer & Johnson (1990). Cicirelli (1983) define as atividades do cuidador principal como primárias ou básicas, quando incluem, além de cuidar do idoso, o cuidar da casa, hospedar e sustentar, manter e proporcionar cuidados pessoais e de saúde dentro de casa. Todos os 20 (100%) cuidadores familiares em questão também desempenhavam os serviços ditos secundários, como



transportar, cuidar de questões legais e burocráticas, dar suporte psicológico entre outros, confirmando Barer & Johnson (1990).

Os dados mostram que cerca de 5 (50%) dos cuidadores de ambas as Unidades Básicas de Saúde expressavam cansaço e necessidade de falar sobre suas atividades já no primeiro encontro. Interessante verificar in loco dados que confirmam as observações de Karsch (1998), pelas quais, com o advento de um idoso dependente na família, há um acúmulo de tarefas domésticas e/ou as do trabalho para o cuidador pois não há substituição das tarefas anteriores à tarefa de cuidar do idoso que se torna dependente. Expuseram longamente a doença de seu familiar, há quanto tempo estavam dependentes, há quanto tempo estavam com a tarefa de cuidar, como uma forma de estarem se apresentando com sua nova identidade, a de ser o(a) cuidador(a). Conforme Ciampa (1987, p.133), é assim que se formam os cuidadores, quando os próprios se reconhecem como tal, se vêem e se chamam internamente desta forma. A identidade de cuidador vai sendo construída no processo de cuidar do outro, na relação que se desenvolve entre o idoso dependente e cuidador. É uma mudança que se opera durante a relação entre ambos, processada no tempo, levando a pessoa apropriar-se de sua nova condição de cuidador e redefinindo todas as relações que a cercam. (MENDES, 1998).

Foi observado na fala de 17 (85%) dos cuidadores que, ao longo de um dia, sentem prazer e conforto – *eustress* – por estarem cuidando

bem de seu familiar: "É muito bom vê-lo cheiroso, limpinho e alimentado", D. (68 anos); "Ele não tem do que reclamar, eu cuido muito bem dele", J. (74 anos). Os *eustress* são, segundo Neri (1993), respostas às exigências do meio com uma sensação agradável, quando o cuidador percebe que se envolveu ativamente em suas tarefas e obteve bons resultados, a despeito do esforço físico e psicológico exigido. Em outras horas, às vezes do mesmo dia, por sentir-se tenso, angustiado e sobrecarregado por não atingir seus objetivos ou por sentir as pressões como muito intensas ou intoleráveis, acontece o *distress*: "ele fica gritando o meu nome o tempo todo. Cansa. Tem que fazer de conta que não escuta", D. (68anos), ou "por mais que eu cuide e me esforce... A comida é bem feita. Eu tento conversar com ele, mas não tem jeito – o velho não melhora não", J. (74 anos). Pelos depoimentos, verifica-se, de acordo com Neri (1993), que um dia na vida de um cuidador pode começar com a autopercepção de disposição, energia e boas expectativas a qual, logo mais tarde, pode ser substituída por sensações de fadiga, ansiedade e desânimo. O inverso também pode ocorrer, assim como a alternância desses estados ao longo de um mesmo dia, tanto em decorrência do cuidado propriamente dito, como de outros eventos da vida cotidiana que se misturam com aquele.

Foram encontradas entre 10 (100%) dos cuidadores que fizeram o curso queixas que podem ser identificadas como *distress*, segundo

Meichembaum, (1985): depressão 2 (20%); irritabilidade 5 (50%); alterações no sono 3 (30%) .

Os dois grupos de cuidadores, ainda no primeiro encontro, falaram também da satisfação que era poder cuidar de quem tanto tinha feito por eles. Orientados sobre os temas que seriam tratados durante o curso, mostraram aprovação e verbalizaram que era importante também a oportunidade de conhecerem outros cuidadores para trocarem experiências e vivências.

No segundo encontro, conforme citado em material e método foi aplicado o Inventário de Ônus do Cuidador, de Novak e Guest (1989), uma medida multidimensional de ônus subjetivo e objetivo vivido por cuidadores de idosos fragilizados (anexo 5). Esse inventário contém 24 itens pertencentes a cinco categorias: ônus relativo ao uso do tempo, ônus quanto ao próprio desenvolvimento, ônus físico, ônus social e ônus emocional, aferindo tanto respostas afetivas quanto respostas relacionadas a tarefas. Esse inventário não avalia o estado emocional ou bem estar subjetivo. Para tal avaliação, seriam necessários outros instrumentos como por exemplo, a escala de depressão.

Os resultados demonstraram, na primeira aplicação, que 100% dos cuidadores viviam naquele momento algum tipo de ônus, de modo que nenhum cuidador teve percentual zero nas cinco categorias de ônus avaliados.



Os resultados obtidos com os cuidadores da pesquisa foram os seguintes:

▪ **Unidade Básica Alto Cafezal:**

1. A cuidadora N, 53 anos, sexo feminino, solteira:
 - cuida de M.L. de 71 anos, sua mãe que é dependente em 2 AVD: vestir-se e movimentação, anda somente com andador. Apresentou, de acordo com Novak e Guest (1989), os seguintes ônus:

Tabela 2 : Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador N (53 anos) no período de julho à outubro de 2000.

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
N (53 anos)	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (31/07/00)	3	4	2	3	2
2ª Aplicação (23/10/00)	2	3	1	2	1

A cuidadora N justifica suas respostas na primeira aplicação dizendo que se sente cansada, deprimida, impotente quando a mãe se queixa ou chora de dor nas pernas. Acha que a irmã que também mora na mesma casa poderia ajudar mais. A cuidadora estava com sintomas

de depressão e demonstrava necessidade de ir ao médico devido a tal queixa. Após 3 meses de curso, na segunda aplicação, essa cuidadora verbalizou que ter tempo também dependia de ela tentar e, às vezes, insistir em algum acordo com a irmã. Reconheceu ainda que poderia aproveitar algum horário de descanso da mãe e matricular-se em um curso de pintura em tela, tecido e porcelana: "Durante 30 anos fui professora e não tinha tempo para isso. Agora que sou aposentada, vou fazer o que sempre sonhei" (pintar). "Sabe, para algumas coisas sou mole mesmo, meio pamonha, fico nervosa, principalmente quando não reconhecem o meu trabalho e dedicação com a minha mãe". Admitiu ter havido mudança em outro comportamento dela – foi o procurar o médico por perceber que também está envelhecendo e, portanto, necessita de cuidados. Relata que procurou o médico pelo estresse e pela depressão. Foi medicada para tal e obteve melhoras.

Com 53 anos, aposentada há dois anos e meio, como professora P1 na época do curso estava apresentando quadro de ansiedade e depressão, conseguindo, porém, exercer suas funções de cuidadora. Cuida de sua mãe M.L., de 72 anos, há mais ou menos quatro anos, sendo que esta tem problemas vasculares, de circulação, já teve fratura de um braço e uma perna, tem osteoporose, flebite, problemas de coluna, anda somente com andador. Segundo N, a mãe cuidou da avó e agora era a sua vez de cuidar. Relata que a

mãe, mesmo medicada, sofre muitas dores, chegando a gemer, o que deixa N muito nervosa. Reclama da dificuldade que é levar a mãe ao médico e, mesmo quando isso é possível, as melhoras não são muitas. Na casa da idosa residem a cuidadora, uma irmã de 45 anos e uma sobrinha de 18 anos, sendo que os cuidados dispensados à mãe são, em sua grande maioria, realizados por N. A cuidadora relata que sua mãe sempre verbaliza que não quer que sofram por ela, nem com a dor dela, quer que a família tenha uma vida normal, independente de seu estado de saúde. N acha isso impossível.

Durante o curso, N demonstra interesse em aprender, discutir os textos, dar exemplos, tentando sempre relacionar os ensinamentos com a prática. Conta que gosta muito de ajudar, ajudar não só as pessoas bem como os animais, (cuida de três cachorros). Em quase todos os encontros, N queria contar (antes ou depois da aula) algo sobre sua mãe, ou outros membros da família que estivessem com problemas (sobrinhos, irmão, etc). Gostava sempre de ouvir as outras cuidadoras que acabavam falando para N que era preciso cada um fazer a sua parte e que N queria resolver tudo, por isso sofria tanto.

2. L.P., 63 anos. sexo feminino, solteira:

- cuida de M.A., 87 anos, sua mãe que há 50 anos está em cadeira de rodas e dependente em 3 AVD: banho, vestir-se e

movimentação. Apresentou os seguintes resultados na escala de Novak e Guest (1989):

Tabela 3 : Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador L.P. (63 anos) no período de julho a outubro de 2000.

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
L.P. (63 anos)	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (31/07/00)	3	3	1	1	2
2ª Aplicação (23/10/00)	3	2	1	0	0

Na primeira aplicação, L.P. justifica algumas de suas respostas dizendo que, apesar de a mãe estar na cadeira de rodas há 50 anos, já se acostumou a cuidar pela, de modo que suas respostas giravam em torno das respostas de nº 3, ou seja, moderado ônus do cuidador. Na segunda aplicação, duas categorias – ônus social e ônus emocional – vieram para zero (0), nada significativo ou demonstrativo de estresse. Verbalizava, quando o tema da aula era o comportamento do idoso dependente, que às vezes se irritava com as reclamações de sua mãe, mas que sempre procurava controlar-se não lhe dando "respostas grosseiras",

Com 63 anos, L.P. cuida de sua mãe desde os 12 anos. Relatou ao grupo que, quando tinha 3 anos de idade, sua mãe ficou doente, com "reumatismo deformante", paralisando o corpo inteiro e desde então não conseguiu mais andar. - "Era tempo de guerra e não existiam tantos medicamentos como hoje em dia. Meu pai levou a mãe para São Paulo, ficou internada vários meses, mas não houve melhora." Quando L.P. tinha 21 anos, seu pai faleceu de "bronquite que complicou com o coração". Desde então, residem, na casa, a cuidadora e sua mãe. A cuidadora estudou até a quarta série, nunca trabalhou fora, cuida de sua mãe e das tarefas domésticas. Afirma que para cuidar de um idoso dependente tem que ser solteira e justifica: "marido nenhum aceitaria tanta dedicação, ele ia querer atenção para ele". Ela e todas as integrantes desse grupo acham que, se ficarem idosas dependentes, necessitarão ir para uma instituição asilar em razão de não terem filhos, não tendo a quem recorrer. A cuidadora sempre verbaliza que é muito objetiva e não tem paciência com gente que reclama de tudo, "a gente tem que ser forte". Na época do curso, sua irmã de 68 anos que reside em São Paulo ficou doente e veio para Marília tratar-se. A cuidadora, então, estava cuidando de duas pessoas: a mãe e a irmã, levando-as a médicos, exames, retornos etc. Se precisa viajar (isto é muito raro, salvo casamentos de parentes muito próximos) faz alguns arranjos, deixando outra pessoa de sua confiança para olhar a mãe. Seus



familiares a visitam com frequência semanal e, nas festas de Natal e Ano Novo, a família toda se reúne na casa da cuidadora.

3. T, 60 anos, sexo feminino, solteira:

- cuida de V., 71 anos, sua irmã, que é dependente em 2 AVD: continência e vestuário. Apresentou os seguintes resultados na avaliação de Novak e Guest (1989).

Tabela 4 : Distribuição dos resultados da aplicação da escala de Novak e Guest (1989) no cuidador T (60 anos) no período de julho à outubro de 2000

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
T (60 anos)	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (31/07/00)	5	5	3	1	0
2ª Aplicação (23/10/00)	3	2	1	0	0

T, no início do curso, verbalizava que se sentia muito cansada. Leva a irmã ao médico, faz a comida para 6 pessoas, pois mora com o irmão, cunhada e 2 sobrinhos, lava e passa roupa e limpa a casa. Antes de a irmã adoecer, o serviço da casa era dividido entre as duas e a cuidadora trabalhava fora, como inspetora de aluno. Sentia a vida bem mais fácil. A idosa de quem T cuida tem osteoporose, problemas vasculares e, há 9 meses, caiu, fraturou o osso da perna, ficando 3

meses sem se mexer. Desse tempo até agora a idosa não tem condições de cozinhar ou fazer qualquer outro trabalho doméstico, sendo que às vezes apresenta uns "choques" na perna que podem levá-la à queda. "Um dia deixamos ela tentar cozinhar. Ela caiu e quase se queimou no fogão".

Relata que se sente muito bem com os encontros e conta que, graças ao curso, tem um motivo para se arrumar, sair um pouco de casa, passar um batom e ter um lugar que é para ela, onde aprende a se cuidar e a cuidar melhor da irmã.

Além da preocupação com a irmã, às vezes durante ou após a aula, conta para outras cuidadoras e para a pesquisadora problemas referentes a outros membros da família.

Na segunda aplicação da escala, T verbalizou ter ido ao médico por achar necessário se cuidar e perceber que não é mais uma criança e está hipertensa.

4. S, 63 anos, sexo feminino, solteira:

- cuida de D., 87 anos, sua mãe, que é dependente em 2 AVD: vestir-se e movimentação. Apresentou os seguintes resultados na avaliação de Novak e Guest (1989):



Tabela 5 : Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador S (63 anos) no período de julho à outubro de 2000

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
S (63 anos)	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (31/07/00)	3	4	2	3	2
2ª Aplicação (23/10/00)	2	3	1	2	1

S, no início do curso, diz que sua mãe há sete anos sofre com diverticulite, úlcera, anemia e osteoporose. A cuidadora relata que desde então a idosa foi ficando muito "fraquinha". Conta que cuida com muito amor da mãe e justifica-se dizendo que a mãe ficou viúva ainda jovem, nunca se casou e criou os filhos sozinha. "Ela costurava dia e noite sem parar para poder cuidar de nós, os filhos. Ela foi muito boa para a gente". S cuida da mãe e na casa com elas mora um irmão de 50 anos que é alcoolista. Em algumas situações, S necessita levá-lo ao médico. Ele já tem duas internações por problemas de álcool.

No decorrer do curso, resolveu que gostaria de ir a um casamento de uma sobrinha em Minas Gerais e se organizou para tal, pediu para uma irmã ficar com a mãe e, no final de semana seguiu rumo a Minas.

Na semana seguinte, no curso, contou com entusiasmo a viagem. S mudou seu comportamento no aspecto relativo aos cuidados para a boa saúde. Como estava hipertensa, foi ao médico e estava fazendo dieta para diminuir o colesterol.

S conta com carinho da mãe, diz que ela tem um gênio bom, mas que é muito importante tomar cuidado com o que fala: "um dia falei que estava vontade de passear um pouco e a mãe rapidamente me disse que eu não ia por sua causa e que ela era mesmo um estorvo; daí fiquei explicando que não era nada disso. Na verdade não gosto de deixar a mãe, os outros não cuidam como eu, dão até comida requentada para ela; ah! Assim ela não come".

S fala que, para se desligar dos problemas e preocupações, reza muito para Deus, pedindo proteção a todos, principalmente para a mãe.

4. F, 77 anos, sexo masculino, casado:

- cuida de M.L., 78 anos, sua esposa, que é dependente em 6 AVD: banho, vestir-se, uso do toalete, movimentação, continência e alimentação. Apresentou os seguintes resultados na avaliação de Novak e Guest (1989):

Tabela 6 : Distribuição dos resultados da aplicação da escala de Novak e Guest (1989) no cuidador F (77anos) no período de julho `a outubro de 2000

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
F (77 anos)	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (31/07/00)	3	2	2	0	0
2ª Aplicação (23/10/00)	3	2	1	0	0

F cuida de sua esposa que está acamada há 3 anos e tem osteoporose, problemas neurológicos, de coluna os quais dificultam muito seus movimentos. Sua esposa consegue, quanto às atividades da vida diária, alimentar-se, compreendendo-se por isso apenas pegar a colher e pôr na boca. F faltou a muitas aulas, tendo avisado desde o início que só poderia ir se tivesse alguém para ficar com M.L. F é quem cuida da casa atualmente, faz compras, lava, passa, cozinha e cuida da esposa. Aparenta ser calmo, conta que as irmãs de sua esposa moram longe, em outra cidade, mas estão ajudando principalmente com dinheiro. O cuidador conseguiu, por isso, contratar uma mocinha que vai à tarde ajudá-lo (no banho da paciente, limpeza da casa, preparação de alguma refeição) e, às vezes, paga uma consulta médica para a sua esposa. F relata no grupo estar sentindo-se amparado neste momento.

Quando F faltava, as outras cuidadoras comentavam que era difícil para ele poder vir pois teria que cuidar da esposa, fazer o almoço, lavar roupa, fazer supermercado. Elas também faziam tudo isso, mas, por serem mulheres sentiam-se "acostumadas" a tais funções. Relatavam também que, antes da doença, a esposa de F era muito trabalhadeira e dedicada e que F provavelmente estaria sofrendo muito.

▪ **Unidade Básica Altaneira:**

1. D, 68 anos, sexo feminino, casada:

- cuida de J.J., 82 anos, seu esposo, dependente em todas AVD, banho, vestir-se, toalete, movimentação, continência e alimentação. Apresentou os seguintes resultados na escala de Novak e Guest (1989):

Tabela 7 : Distribuição dos resultados da aplicação da escala de Novak e Guest (1989) no cuidador D (68 anos) no período de julho à outubro de 2000

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
D (68 anos)	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (25/07/00)	5	5	2	3	2
2ª Aplicação (10/10/00)	3	2	1	2	1

Ao iniciar o curso, D falou sobre as patologias do esposo que havia fraturado o fêmur há 4 anos, na mesma época em que teve AVC (derrame) e, desde então, ficou dependente. Moram na mesma casa a cuidadora, o marido (idoso dependente), uma filha com deficiência mental (28 anos) e outra filha desquitada (30 anos), que é auxiliar de enfermagem. A cuidadora desabafa que anda muito estressada, com muitas dores na coluna, que às vezes tem raiva do idoso, principalmente quando o troca e logo após ele tem uma diarreia, visto que, mesmo com o fraldão, a sujeira é grande. Acha que isso ocorre porque a filha mais nova não entende que o pai não deve comer doces.

Durante o curso verbaliza que é muito bom poder sair um pouco, "lembrar um pouco da gente, né?" Fez um acordo com a filha mais velha, no sentido de que, em algumas vezes, essa cuide do pai para D ir às reuniões da Terceira Idade, ver as pessoas, dançar, ajudar a fazer e também comer pipoca. Parece que seu desejo é poder viver outras situações que não sejam somente a de cuidar. D sente-se sobrecarregada, cuida das AVDs do esposo, cuida da casa, faz comida, lava e passa roupas, faz os pagamentos, dá-lhe a medicação, leva-o à fisioterapia três vezes por semana e admite que, para seu próprio cuidado, não tem sobrado muito tempo. Reclama que J.J. a solicita muito, "deveria saber esperar um pouco. Eu fico nervosa com tanta chamação. Ele se agita muito, grita o meu nome, toda vida

assim". "depois que eu peguei vir aqui, eu melhorei um pouco, é preciso sair um pocadinho, distrair, aprender coisa nova. Eu até fui no médico para ver a minha coluna"

Durante os diálogos de D, percebe-se como o passado da vida do casal às vezes pode interferir no presente, quando D lembra cenas desagradáveis de 30 anos atrás. D cuida e sabe que cuida muito bem de J.J., relata prazer em aprender tudo a respeito do cuidar, porém, em alguns momentos, demonstra raiva, verbalizando que ele está chato, sempre foi chato, não se dando conta de que está doente. Verificam-se em D momentos de ambivalência. Um dia desabafou que, quando se cuida de um bebê, tem-se a esperança e expectativa de que o mesmo cresça, a cada dia melhore seu repertório de aprendizagem. Com o idoso dependente, doente é muito mais difícil, pois ele nunca melhora. Trata-se de um idoso cuidando de outro idoso, uma pessoa já sem muita disposição tendo de cuidar integralmente de outra. D é a pessoa que mais fala do curso, sempre querendo externar sua semana, seu cansaço, sentindo-se aliviada quando faz isso.

2. M, 54 anos, sexo feminino, viúva (atualmente com um namorado):

- cuida de J., 76 anos, sua mãe, dependente em 5 AVD, banho, vestir-se, toalete, movimentação e continência. Consegue comer

sozinha, desde que os alimentos estejam cortados. Apresentou os seguintes resultados na escala de Novak e Guest (1989):

Tabela 8 : Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador M (54 anos) no período de julho à dezembro de 2000

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
M (54 Anos)	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (25/07/00)	4	5	4	5	4
2ª Aplicação (10/10/00)	3	5	2	3	3

M iniciou o curso muito ansiosa. Estando há 7 meses cuidando de sua mãe, dizia-se cansada. Tinha vindo morar com a mesma porque sua filha casou-se há um ano. Na mesma época, a mãe teve AVC ficando hemiplégica, complicando as dores que já tinha devido à osteoporose avançada em várias partes do corpo. M conta sua história: trabalhava há muitos anos e era registrada; com a doença da mãe, seus irmãos reuniram-se e acharam por bem que M cuidasse da mãe e em troca lhe pagariam um salário. A cuidadora saiu do emprego e diz que já se arrependeu, pois não lhe pagam corretamente e ela percebeu que não tem direito a férias, 13º salário, FGTS etc. Atualmente cuida da mãe, dá-lhe medicação, leva-a três vezes por

semana à fisioterapia e reclama que vai perder o namorado, pois não há tempo para namorar. A aposentadoria da mãe é utilizada com medicamentos e com a alimentação e limpeza. Os irmãos contribuem com 30 reais que são gastos com os fraldões.

M está doente, com problemas de hipertensão e, no curso, compreendeu que é necessário que se cuide. Caso não faça isso, não conseguirá cuidar da mãe e não terá um envelhecimento saudável. M foi ao médico e, com a medicação prescrita, conseguiu controle de sua pressão.

3. J., 73 anos, sexo feminino, casada:

- cuida de J.M. de 78 anos, seu esposo, dependente em 6 AVD, banho, vestir-se, toalete, movimentação e alimentação. Apresentou os seguintes resultados na escala de Novak e Guest, (1989)

Tabela 9 : Distribuição dos resultados da aplicação da escala de Novak e Guest (1989) no cuidador J (73 anos) no período de julho à dezembro de 2000.

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
J (73 Anos)	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (25/07/00)	5	5	5	3	3
2ª Aplicação (10/10/00)	4	3	4	1	1

Ao iniciar o curso J contou detalhadamente sobre seu esposo J.M. que está acamado sem estabelecer contatos verbais há três anos e é totalmente dependente. A cuidadora chora ao falar sobre isso dizendo que ele "era" muito bom. Conta que tudo começou quando quebrou a perna e, ainda no hospital, teve um AVC. A cuidadora acha que os médicos poderiam ter feito mais pelo esposo. J estava muito estressada, deprimida, com problemas na coluna e sem ir ao médico, dizendo "para que ir no médico? vai me dar um montão de medicamentos. Quando eu parar de tomar, vai doer tudo de novo. A minha coluna não sara não". Tratava-se de alguém sem esperanças de melhora e sem entender que para cuidar do marido teria de se cuidar. Às primeiras aulas, J. compareceu assiduamente. Uma filha ficava com seu esposo durante o tempo do curso. Após umas quatro semanas, dizia que achava que não viria mais porque não adiantava nada, não iria fazer o marido sarar, "ninguém resolve o meu problema. Eu chego em casa e o "velho" tá do mesmo jeito. Acho que só dinheiro para me ajudar, tá faltando e bastante. A aposentadoria é pouca, tem que dar para o remédio, supermercado, água e luz, roupa não dá para comprar não".

A cuidadora J. tem ajuda de uma filha que mora perto para o banho do idoso já que é um senhor robusto e J. tem estrutura pequena, frágil, não conseguindo pegá-lo sozinha para colocar na cadeira.



J. faltou às últimas aulas e mandou avisar que não poderia continuar a vir, pois seu esposo não tinha com quem ficar. A filha não tinha mais disponibilidade.

J. teve alterações pouco significativas em seus resultados quanto ao ônus. É resistente e verbaliza que nada traz melhora para seu marido. Não foi ao médico e, nas categorias em que houve diminuição do ônus, o resultado parece mais resignação do que aprendizagem ou mudança de comportamento.

4. A, 52 anos, sexo feminino, viúva:

- cuida de C, 86 anos, sua mãe que é dependente em 1 AVD, continência, cuida no momento também de um irmão com câncer da laringe. Apresentou os seguintes resultados na avaliação de Novak e Guest (1989):

Tabela 10 : Distribuição dos resultados da aplicação da escala de Novak e Guest (1989) no cuidador A (53 anos) no período de julho à dezembro de 2000

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
A (53 Anos)	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (25/07/00)	5	5	5	3	2
2ª Aplicação (10/10/00)	2	4	2	1	1

A, no início do curso, contava que estava muito estressada, que uma filha de 15 anos está precisando dela e ela tem pouco tempo para cuidar da adolescente, orientar a mesma. A cuidadora tem mais três irmãos (dois do sexo masculino e uma do sexo feminino), que trabalham fora, de modo que os cuidados são sempre para ela. A, morava em outra cidade. Como ficou viúva há 2 anos, os irmãos sugeriram que ela viesse para morar com a mãe.

A, reclama porque se sente culpada por estar sem tempo para suas coisas e para sua filha, mas, após algum tempo, está conseguindo fazer revezamento com os irmãos nos finais de semana. Assim, tem saído com a filha e, desta forma, sente-se mais satisfeita. Foi também ao médico (segunda avaliação) devido a problemas de insônia e, com o tratamento, está melhor.

Durante o curso, o tema pelo qual esteve mais interessada foi família e o relacionamento familiar. Relata que se sentia pouco reconhecida pelo trabalho que tem com a mãe, mas agora entende que cada pessoa reage às doenças familiares de uma forma.

5. L, 64 anos, sexo feminino, casada:

cuida de D, 68 anos, seu esposo, que é dependente em 5 AVD, banho, vestir-se, toalete, movimentar-se e continência, sendo possível alimentar-se sozinho desde que os alimentos estejam no prato preparados e cortados. Apresentou os seguintes resultados:

Tabela 11: Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) no cuidador L (64 anos) no período de julho à dezembro de 2000

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
L (64 Anos)	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (25/07/00)	5	4	3	1	1
2ª Aplicação (10/10/00)	3	2	1	1	1

L aparenta calma, não reclama e diz que seus filhos são bons, ajudam, visitam sempre e ajudam também com dinheiro. Avisou, no início do curso, que não poderia ir sempre, pois não tem como deixar seu esposo sozinho. Nas aulas a que compareceu esteve sempre muito atenta. Há muito tempo não ia ao médico e estava com insônia e hipertensão. Conseguiu se organizar, indo ao médico e fazendo o tratamento prescrito.

▪ **Cuidadores do Grupo Controle:**

1. Altaneira:

- Cuidadora nº 1 - 60 anos, sexo feminino, casada:

cuida de I., de 79 anos, sua mãe, dependente em 2 AVD. Na primeira aplicação do inventário, dizia-se muito cansada. Sua mãe, que tem osteoporose, havia quebrado o fêmur e ainda, apesar de

estar em casa, inspirava muitos cuidados. Na segunda aplicação, após 90 dias, estava mais calma, pois a mãe estava bem melhor. Houve melhora em seus resultados do índice de ônus, mas pouco tem feito por si mesma. Não conseguiu se organizar, ter algum horário seu para uma caminhada, um curso, um passeio etc.

Tabela 12 : Distribuição dos resultados da aplicação da escala de Novak e Guest (1989) em C1 (60 anos) no período de julho à dezembro de 2000

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
C1 (60 Anos)	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (Julho/2000)	4	4	3	1	1
2ª Aplicação (Outubro/2000)	3	4	3	0	0

- Cuidadora nº 2 - 30 anos (a mais nova cuidadora), solteira:
cuida de J., 81 anos, sua avó, dependente em 1 AVD. Na primeira e na segunda aplicação, os índices de ônus foram baixos e a cuidadora demonstrou bastante disposição para o cuidado. Aqui cabe uma ressalva: é significativa a diferença de idade dessa cuidadora com os demais. Além de ser muito jovem, é bastante

saudável, não apresentando nenhuma queixa orgânica e J é dependente apenas para vestir-se.

Tabela 13 : Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) em C2 (30 anos) no período de julho à dezembro de 2000

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
C2 (30 Anos)	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (Julho/2000)	2	1	0	1	1
2ª Aplicação (Outubro/2000)	2	1	0	1	1

- Cuidadora nº 3 - 65 anos, sexo feminino, casada:

cuida de L, 87 anos, seu tio, dependente em 4 AVD. A cuidadora, na primeira aplicação, estava sentindo-se muito cansada, sem tempo para ela, com dificuldades para dormir. Na segunda aplicação, conta que todos os dias são iguais: cuidar de L, arrumar a casa, dar-lhe os medicamentos, preparar as refeições. Apresentou os seguintes resultados nas avaliações do ônus do cuidador :

Tabela 14 : Distribuição dos resultados da aplicação da escala de Novak e Guest (1989) em C3 (65 anos) no período de julho à dezembro de 2000

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
C3 (65 Anos)	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (Julho/2000)	4	4	2	1	1
2ª Aplicação (Outubro/2000)	3	4	1	1	1

- Cuidadora nº 4 - 64 anos, sexo feminino, casada:
cuida de F.M., de 89 anos (cega), sua tia - avó, que é dependente em 1 AVD. Apresentou os seguintes resultados na escala de Novak e Guest (1989):

Tabela 15 : Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) em C4 (64 anos) no período de julho à dezembro de 2000

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
C4 (64 Anos)	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (Julho/2000)	3	2	2	1	1
2ª Aplicação (Outubro/2000)	3	2	2	1	1

Quando da primeira aplicação, C4 diz que F.M. não dá trabalho, pois conhece muito bem a casa e consegue movimentar-se sem auxílio, mas é C4 quem pega suas roupas, lava, passa, cozinha, lhe dá os medicamentos, faz os pagamentos, recebe a aposentadoria. Percebe-se que, de certa forma, o cuidador não ajuda somente nas AVD e sim em toda a estrutura funcional da casa. C4 cuida bem de F.M., mas não se cuida, não fala sobre isso.

- Cuidadora nº 5 - 42 anos, sexo feminino, casada:

cuida de T, 85 anos, sua mãe, que é dependente em 4 AVD. Nas avaliações, obteve os seguintes resultados:

Tabela 16 : Distribuição dos resultados da aplicação da escala de Novak e Guest (1989) em C5 (49 anos) no período de julho à dezembro de 2000

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
C5 (49 Anos)	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (Julho/2000)	4	5	3	3	1
2ª Aplicação (Outubro/2000)	2	3	2	2	0

Houve pequenas alterações no período entre as duas aplicações, mas que foram vistas como muito significativas. A cuidadora arrumou um emprego, conversou com os irmãos e arrumaram uma senhora para tomar conta de T durante o dia, sendo que à noite a cuidadora é quem cuida de T.

▪ **Alto Cafezal:**

- Cuidadora nº 6 - 48 anos, solteira:

cuida de G.V., seu irmão, 60 anos, dependente nas 6 AVD. Obteve os seguintes resultados nas aplicações das escalas de Novak e Guest (1989):

Tabela 17 : Distribuição dos resultados da aplicação da escala de Novak e Guest (1989) em C6 (48 anos) no período de julho à dezembro de 2000

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
C6 (48 Anos)	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (Julho/2000)	5	5	2	3	5
2ª Aplicação (Outubro/2000)	5	5	2	3	5

A cuidadora nº 6 esteve durante as duas aplicações falando do cansaço que sente, pois a patologia de seu irmão não melhora, mesmo com medicação. O idoso dependente faz xixi pela casa toda, não se entende o que fala, não reconhece várias pessoas da família. C 6 fala que essa é sua missão, pois sua mãe, ao falecer, pediu que a mesma assumisse os cuidados do irmão cuja esposa pediu a separação quando esta adoeceu. C6 chora muito, está deprimida, sentindo-se cansada e sem esperança.

▪ Cuidadora nº 7 - 47 anos, casada:

cuida de M.G., de 85 anos, sua mãe, que é dependente nas 6 AVD.

Obteve os seguintes resultados nas duas aplicações da escala de Novak e Guest (1989):

Tabela 18 : Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak E Guest (1989) em C7 (47anos) no período de julho à dezembro de 2000

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
C7 (47 Anos)	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (Julho/2000)	4	3	3	2	0
2ª Aplicação (Outubro/2000)	4	3	3	2	0

Durante a primeira aplicação com C 7, esta disse que estava muito cansada, pois M.G. estava totalmente dependente e C 7 precisava trabalhar fora para ajudar no orçamento familiar. C 7 estava aguardando ser chamada para começar a trabalhar e conta que ela e os irmãos irão pagar alguém para tomar conta de M.G. durante o dia e, à noite, a cuidadora daria os medicamentos que fossem necessários, trocaria os fraldões etc. Na segunda aplicação, C 7 foi encontrada em sua casa. Não tinha sido possível organizar-se para trabalhar fora, porque um dos irmãos estava com dificuldades econômicas e o outro estava desempregado e motivo financeiro causava impedimento para a contratação de um cuidador. C7 continua desejando e necessitando trabalhar fora para aumentar a renda e espera que, assim que seja possível, a família se organize para tal.

- Cuidadora nº 8 - 50 anos, sexo feminino, casada:
 - cuida de D., 76 anos, sua mãe, dependente em 1 AVD. Obteve os seguintes resultados nas duas aplicações de Novak e Guest (1989):

Tabela 19 : Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) em C8 (50 anos) no período de julho à dezembro de 2000

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
C8 = 50 Anos	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (Julho/2000)	5	5	2	1	1
2ª Aplicação (Outubro/2000)	2	2	2	1	0

Na primeira aplicação, C8 estava muito nervosa. A mãe havia enfartado e tinha sido necessária uma cirurgia para a colocação de três pontes de safena na semana anterior. C8 não queria que sua mãe fizesse nenhum esforço, tinha medo e preocupação com tudo. Antes da doença da mãe, C8 trabalhava de faxineira, mas interrompeu a atividade para cuidar da mãe. Na segunda aplicação, C8 estava mais calma, percebendo que a mãe poderia fazer várias atividades, não apresentava mais sintomas cardíacos. C8 continuava cuidando da casa e suas dores persistiam, pois dela mesmo não havia cuidado.

- Cuidadora nº 9 - 50 anos, sexo feminino, solteira:
cuida de A, 83 anos, sua mãe, dependente em 3 AVD. Seus resultados nas aplicações de Novak e Guest (1989) foram os seguintes:

Tabela 20 : Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Novak e Guest (1989) em C9 (50 anos) no período de julho à dezembro de 2000

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
C9 = 50 Anos	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (Julho/2000)	4	4	3	2	1
2ª Aplicação (Outubro/2000)	4	4	3	2	1

Inicialmente estava deprimida, reclamando de cansaço, falta de tempo e dinheiro. C9 cuida da mãe há três anos. Na primeira aplicação, contou que fornece salgadinhos para alguns bares e que a vida era muito corrida. Deixava sempre a mãe limpa e alimentada e depois sair para entregar os salgados. Na segunda aplicação, reconheceu que nada havia mudado, mas que dava para levar, era necessário que fosse assim.

- Cuidadora nº 10 59 anos, sexo feminino, solteira:
cuida de F., 96 anos, sua mãe, que é dependente em 3 AVD.
Apresentou os seguintes resultados:

Tabela 21 : Distribuição dos resultados da aplicação da escala de Novak e Guest (1989) em C10 (69 anos) no período de julho à dezembro de 2000

ESCALA DO ÔNUS DO CUIDADOR					
C10 = 69 Anos	1	2	3	4	5
1ª Aplicação (Julho/2000)	3	4	1	0	1
2ª Aplicação (Outubro/2000)	2	3	1	0	0

A diferença observada entre as duas aplicações deve-se ao fato de que, atualmente, tem dois sobrinhos para ajudá-la. Em vista disso, seu cansaço físico diminuiu significativamente.

Pela análise dos dados obtidos, constata-se que, em todos os 10 cuidadores familiares que freqüentaram o Curso foi verificado, através da segunda aplicação do Inventário de Novak e Guest (1989), rebaixamento na intensidade das categorias de ônus dos cuidadores e mudança de comportamento referente ao aprendizado no curso de cuidadores no que se refere ao auto-cuidado. Em 3 (30%) dos cuidadores houve diminuição nas 5 categorias de ônus.

A diminuição de ônus distribuiu-se da seguinte maneira no grupo: 30% nas cinco categorias, 30% em quatro, 30% em três e 10% em apenas uma categoria.

Todos os dez cuidadores desse grupo (100%) verbalizaram mudanças de comportamento no que tange à necessidade de auto cuidar-se. Esse dado nos remete a Anzola Pérez (1993) quando afirma que problemas de diminuição da auto-estima podem ser evidenciados por condutas como higiene pessoal inadequada, descuido na forma de vestir-se, expressão triste ou manifestação verbal de subestimação, enquanto que o autocuidar-se reflete melhora do humor de maneira geral. Outros comportamentos também sofreram alteração, a saber: realizar consultas e exames médicos, manter uma alimentação mais saudável, fazer algum tipo de atividade física, ainda que tenham sido relatadas apenas caminhadas e freqüência a algum tipo de curso. No presente grupo de cuidadores, houve procura por curso de pintura e grupos de terceira idade e por alguma atividade que lhes propiciasse lazer. Citem-se pequenas viagens, missa ou atividade religiosa similar e pedidos, ao final do curso, que houvesse outras oportunidades semelhantes a esta onde pudessem, além de aprender sobre o envelhecimento, trocar experiências com pessoas que passam por situações semelhantes às suas.

No grupo controle houve cuidadores (50%) que não obtiveram alteração na segunda aplicação do Inventário de Novak e Guest (1989), isto é, mantiveram alto nível de ônus na primeira e na segunda aplicação, muito provavelmente também porque o tipo de patologia do idoso sob seus cuidados não oferece possibilidades de melhora. Um cuidador (10%) revelou diminuição em 4 categorias de ônus, em dois (20%), houve



diminuição em 3 categorias e em um outro (10%) houve diminuição em duas categorias, havendo algum grau de melhora no estado geral desses familiares. Os cuidadores de número 5 e 8 foram os que obtiveram os resultados melhores no que tange à diminuição do ônus, em vista da existência de uma variável diferente nestes dois cuidadores em relação aos demais: a contratação de uma pessoa para cuidar de seu idoso (a), diminuindo suas funções diárias. Nenhum desses cuidadores do grupo controle desenvolveu algum hábito de auto-cuidado, nem procurou consultas médicas, tampouco alterou hábitos de alimentação ou deu início a atividades físicas – fato revelador de que, apesar de pequenas mudanças nos resultados, a maioria desse grupo, oito (80%), não alterou seu comportamento de modo a preservar sua qualidade de vida e dois (20%), embora tivessem mais tempo, não o utilizavam de modo a estarem se preparando para um envelhecimento saudável, isto é, não alteraram seu estilo de vida. Também fica claro que as doenças ou situações que apresentem possibilidades de melhora nos idosos, favorecendo o retorno de sua independência em alguma atividade da vida diária, levam o seu cuidador a uma diminuição de ônus.

Segundo Gatz, Bengaton, Blum (1990), as intervenções junto aos cuidadores familiares podem ser de três tipos: aconselhamento familiar, grupos de suporte e serviços comunitários. Através do curso de educação continuada para cuidadores de idosos dependentes foi feita a tentativa de combinar esses três tipos de intervenções, visando a um maior número de



intervenções, visando a um maior número de informações ao cuidador para que reflita no cuidado com o idoso dependente e consigo próprio.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo promover a aprendizagem do cuidador de idosos dependentes quanto à convivência com o familiar idoso dependente e outros membros da família, à manutenção de seu auto-cuidado e do cuidado com o idoso dependente, à comunicação e ao relacionamento, aos direitos do idoso, maus tratos na velhice, alterações do comportamento – irritação, agitação e agressividade, à morte e ao luto. A discussão de tais temas foi possível pela participação dos cuidadores de idosos num Grupo de Educação e Orientação Continuada para Cuidadores de Idosos Dependentes realizado em duas unidades básicas de saúde com maior contingente de idosos da cidade de Marília S. P. (U. B. S. Altaneira e U. B. S. Alto Cafezal).

Todos os vinte cuidadores (100%) exerciam, no início dessa pesquisa, suas atividades de cuidar sem auxílio externo e, no momento da segunda aplicação do inventário do ônus do cuidador, dois dos cuidadores do grupo controle (20%) estavam recebendo ajuda externa; o primeiro, através da contratação de uma pessoa do sexo feminino que deveria permanecer cuidando do idoso no período diurno e dessa forma a filha pôde arrumar um emprego visando aumentar o orçamento familiar e o segundo, através da ajuda, no período diurno, de duas sobrinhas.

Verificou-se que dez cuidadores que participaram do Grupo de Educação e Orientação (100%) conseguiram ter sua escala de ônus diminuída e acredita-se que efetuaram aprendizagem no que diz respeito ao auto-cuidado para o envelhecer saudável, sendo observadas mudanças de comportamento, tais como participação em grupos de terceira idade, agendamento de consultas médicas, relatos de mudança de hábito alimentar, realização de pequenos passeios ou viagens, verbalizações a respeito de atividade física que na presente pesquisa era a caminhada, comportamentos esses que, segundo Anzola Pérez (1993), indicam melhora da auto-estima.

Os cuidadores verbalizaram durante o curso, que consideraram muito importante a troca de experiências entre eles, realizando um processo de identidade grupal muito rico na troca de vivências, de experiências, estimulando a aprendizagem dos temas propostos e melhoria do convívio social. Segundo Tavares (1994), existe uma forte relação entre suporte social e depressão, de modo que aqueles que têm suporte social apresentam diminuição significativa na incidência da mesma.

Pela análise dos dados obtidos nesta pesquisa, pode-se constatar a necessidade de Grupos de Suporte e Orientação Continuados para Cuidadores de Idosos Dependentes nas unidades básicas de saúde após a alta hospitalar do idoso. Segundo Karsch (1998) e Alencar (1997), freqüentemente os cuidadores têm um idade próxima à do idoso



após a alta hospitalar do idoso. Segundo Karsch (1998) e Alencar (1997), freqüentemente os cuidadores têm uma idade próxima à do idoso dependente, é comum que um idoso cuide de outro idoso, desta forma necessitando de informações sobre os cuidados, reflexões sobre as alterações nos papéis familiares a partir da constatação de doença e sobre as novas formas de relacionamento não só com o idoso bem como com os outros familiares.

Através das dúvidas externadas pelos cuidadores durante o curso, lançamos uma proposta para que este Grupo possa ser realizado por uma equipe multidisciplinar composta por médico, psicólogo, enfermeiro e assistente social ou a equipe formada pelos profissionais das U.B.S. todos unidos com o objetivo de educar uma população de cuidadores de idosos, na maioria das vezes, também idosos ou muito próximos de tal fase de desenvolvimento.

A necessidade da implantação do Grupo de Educação e Orientação para Cuidadores de Idosos Dependentes em Unidades Básicas de Saúde se impõe também pela preocupação de educar (através das informações) e estimular o cuidado não só para o idoso dependente bem como o auto-cuidado para os cuidadores, quanto à manutenção da saúde e à qualidade vida de ambos.

No século XXI, com o atual quadro socioeconômico e o aumento no número de idosos no Brasil e no mundo, como se faz necessário diminuir os gastos públicos, a presença de um cuidador familiar mais



preparado no domicílio muito contribuiria para diminuir o tempo de hospitalização, com óbvia economia de recursos públicos. Paralelo a esses fatos, é bom ter em mente que as mulheres, que até o início do século passado permaneciam em seus lares para o serviço doméstico, estão atualmente inseridas, no mercado de trabalho, compondo com seus ganhos o orçamento familiar. Quem, então, realizará a função de cuidar dos idosos, se existe também outra variável, que é redução no número de filhos por casal? O que fazer ?

Há urgência de que os responsáveis pelas políticas públicas reflitam sobre a questão do idoso no sentido de proporcionar estímulos ou incentivos governamentais para que as famílias cuidem e mantenham junto a elas seus familiares idosos dependentes. Essa ajuda poderia se dar de várias maneiras, complementando a implantação do grupo, tais como:

- Financeira: Para que os tratamentos medicamentosos possam ser realizados totalmente, com a garantia também de alimentação saudável, considerando que essas queixas estão presentes na verbalização dos cuidadores.
- Profissional: Ministrando aos idosos em sua residência, cuidados com curativos, medicação, verificação da pressão arterial, em um período do dia através de profissionais da saúde.

- Viabilizando a permanência de idosos de baixa dependência durante o dia em um local para idosos, da mesma forma que atualmente acontece nas creches infantis, retornando ao lar após o trabalho de seus familiares.
- Através de políticas de saúde e da divulgação pela mídia, ajudar e estimular o cuidador de idosos dependentes a organizar suas tarefas de cuidado de modo a ter oportunidades de se auto-cuidar, tentando diminuir dessa forma seu grau de estresse. Muitas vezes o cuidador se sobrecarrega nas suas atividades e se esquece de que é uma pessoa que também necessita de cuidados.
- Cursos e orientações sobre o processo de envelhecimento e suas vicissitudes, necessários ao cuidador, pensando no seu familiar idoso dependente e nele próprio, tendo como objetivo diminuir seu *distress* e aumentar seu *eustress*, fazendo com que o cuidador procurasse viver mais momentos de prazer e conforto, envolvendo-se em suas tarefas e satisfazendo-se com os resultados, apesar do esforço físico e psicológico exigidos. Acredita-se que o cuidador, tendo tempo, orientação e estímulo para investir em seu auto-cuidado e lazer, teria melhor qualidade de vida.

Tal proposta se justifica pela verificação de que o estresse do cuidador pode ser influenciado pela história anterior de relacionamento entre o cuidador e o idoso, pela dificuldade do idoso e cuidador aceitarem a dependência física, psicossocial e econômica instaladas e os novos papéis que advêm destas, pelo tempo de cuidados dispensados e o número de dependências em atividades da vida diária, principalmente se não houver adequada preparação e informação para tal.

Espera-se que, através dos conhecimentos obtidos neste trabalho, se tenha contribuído para a melhora da qualidade de vida dos cuidadores de idosos dependentes, esses heróis desconhecidos que merecem, o quanto antes, ter um efetivo reconhecimento das políticas de saúde e educação.

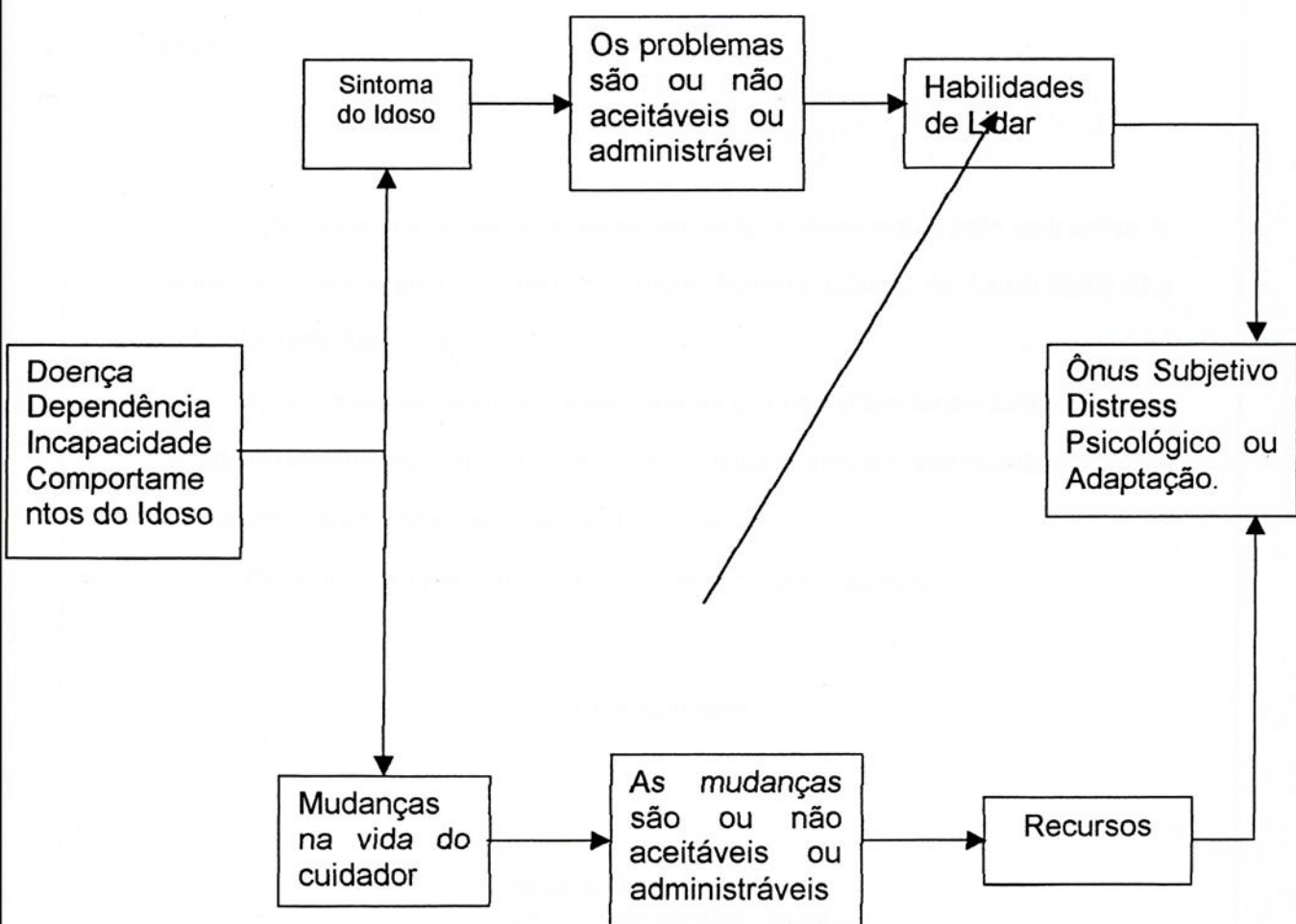


6 ANEXOS

6.1 Anexo – 1

Modelo multivariado de Zarit (1989) sobre o bem-estar e o estresse do cuidador
(apud Gatz, Bengston e Blum, 1990).

Evento Estressores Avaliação Mediadores Consequências



6.2 Anexo – 2

Marília, 13 de março de 2000.

Ilmo. Sr.

Dr. Ênio Servilha Duarte

Secretário Municipal da Saúde

Marília/SP

Venho por meio deste, mui respeitosamente, solicitar autorização para coleta de dados de pesquisa para Doutorado em duas Unidades Básicas de Saúde (**UBS Alto Cafezal e UBS Altaneira**).

Estas Unidades foram escolhidas em função de apresentarem o maior número de idosos cadastrados, sendo o objetivo da pesquisa o trabalho com famílias de idosos dependentes, conforme projeto que segue em anexo.

Contando com sua compreensão, antecipadamente agradeço.

Atenciosamente,

Gilsenir Maria P. A. Dátalo
Psicóloga do Hospital Materno Infantil
FAMEMA/HCII
Doutoranda em Educação – UNESP/Marília

6.3 Anexo – 3

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____ aceito em
participar da pesquisa sobre cuidadores de idosos e autorizo caso necessário a
publicação.

Marília, de de 200...

Assinatura do Paciente
ou Responsável Legal

Assinatura do Pesquisador



6.4 Anexo – 4

ÍNDICE DE KATZ
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

Nome: _____

Registro: _____ Data de Nasc: ____/____/____.

Data da Avaliação: ____/____/____. Local: _____

Para cada área de função descritas abaixo, verifique a descrição que se aplica (A palavra “assistência” significa supervisão, direção ou assistência pessoal).

Banho: Tanto o banho de esponja; banho de banheira ou chuveiro.

- () Não recebe assistência (entrar e sair da banheira sozinho, se a banheira é um meio comum de tomar banho);
- () Recebe assistência ao lavar somente uma parte do corpo (tal como as costas ou uma perna);
- () Recebe assistência em lavar mais que uma parte do corpo (ou não toma banho);

Vestir-se: apanha roupas dos armários e gavetas incluindo roupas de baixo, roupas externas e uso de zipers (incluindo suspensórios se usados).

- () Pega as roupas e se veste completamente sem assistência;

- () Pega as roupas e se veste sem assistência exceto para assistência ao amarrar os sapatos;
- () Recebe assistência em pegar roupas ou se vestir ou permanece parcialmente ou completamente sem se vestir.

Uso do Toalete: ir ao "toalete" para evacuar e urinar; em seguida se limpar e arrumar as roupas.

- () Vai ao "toalete", se limpa e arruma as roupas sem assistência (pode usar objeto para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode manejar comadre ou lavatório a noite, esvaziando mesmo de manhã).
- () Recebe assistência ao ir ao "toalete" ou ao se lavar ou ao arrumar as roupas após eliminação ou uso da comadre ou lavatório à noite;
- () Não vai ao toalete de forma alguma para o processo de eliminação.

Movimentação

- () Deita-se e levanta-se da cama tão bem como senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode usar objeto de apoio tal como bengala ou andador);
- () Deita-se e levanta-se da cama ou cadeira com assistência;
- () Não sai da cama.

Continência

- () Controla urina e evacuação completamente por si mesmo;
- () Tem "acidentes" ocasionais;
- () Supervisão ajuda a controlar a urina ou evacuação; a sonda é usada, ou é incontinente

Alimentação

- () Alimenta-se sem assistência;



- () Alimenta-se exceto ao pedir ajuda para cortar a carne e passar manteiga ou pão;
- () Recebe assistência na alimentação ou é alimentado parcialmente ou completamente ao usar tubos ou líquidos intravenosos.

ÍNDICE DE KATZ: _____

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)
- f)
- g)

Outro:

KATZ, A. et al. **Gerontologist**. 1:20-30, 1970



6.5 Anexo – 5

Novak e Guest

- **Ônus Relativo a Tempo/Dependência**

1. C necessita de minha ajuda para realizar muitas de suas tarefas diárias.
2. C é dependente de mim.
3. Preciso ficar constantemente olhando o que C está fazendo.
4. Preciso auxiliar C em muitas de suas funções básicas.
5. Não tenho um minuto de folga.

- **Ônus Relativo a desenvolvimento/Crescimento**

1. Sinto que estou perdendo em Termos de vida pessoal.
2. Desejaria poder fugir desta situação.
3. Minha vida social vem sofrendo com isso.
4. Sinto-me emocionalmente esgotada, devido aos cuidados dispensados a C.
5. Esperava que as coisas fossem diferentes neste período de minha vida.

- **Ônus Físico**

1. Não tenho dormido o suficiente.
2. Minha saúde tem se deteriorado.
3. Toda essa trabalhadeira com C tem me deixado fisicamente doente.
4. Estou fisicamente esgotada.

- **Ônus Social**

1. Não me relaciono tão bem quanto antes com os outros membros da minha família.
2. Meus esforços e cuidados não são reconhecidos pelos outros membros da família.
3. Venho tendo problemas com meu casamento.
4. Não tenho um emprego tão bom quanto antes.
5. Sinto-me magoada com outros parentes que poderiam ajudar mas não o fazem.

- **Ônus Emocional**

1. Sinto-me constrangida com relação ao comportamento de C.
2. Sinto vergonha por C.
3. Sinto mágoa e ressentimento com relação a C.
4. Sinto-me desconfortável quando em presença de amigos.
6. Sinto-me irritada com relação às minhas interações com C.

0 ____ nada demonstrativo/significativo

1

2

3

4

5 ____ altamente demonstrativo/significativo

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERT, S. M. Cognition of caregiving tasks: multidimensional scaling of the caregiver task domain. **The gerontologist**, 31(6), pp. 726-734, 1991.

ALENCAR, Y. M. G. O idoso cuidador. **Gerontologia**, v.5, n.4, p.179-180, 1997.

ALVES, R. **As cores do crepúsculo: A estética do envelhecer**. Campinas, S. P. : Papirus: Rubens Alves M. E, 2001.

ANZOLA PEREZ, E., Ageing in Latin American and the Caribbean. In **Toward the well-being of the Elderly**, Pan American Health Organization, Scientific Publication, p9-23, 1985.

BAILLIE, (Org). Stress social support and psychological distress of family caregivers of the elderly. **Nurs. Res.** V.37, p.217-22, 1988.

BARER, B. M.; JOHNSON, C. L. A critique of caregiving literature. **The gerontologist**, 30(1), pp.26-29, USA, 1990.

BARUSCH, A. S. Programming for family care of elderly dependents: mandates, incentives, and service rationing. **Soc. Work.**, v.40, n.3, p.315-322, 1995.

BEAUVOIR, S. A. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970, 711p.

BERQUÓ, E.S. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população brasileira. **Seminário Internacional Envelhecimento Populacional** – uma agenda para o final do século. Brasília, 1996.

BRODY, J. Lo que revela la investigación epidemiológica sobre las necesidades de salud del anciano. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Hacia el bienestar de los ancianos**. Washington, OPAS, 1985. p.122-133. (Publicación Científica, n.492).



BRUNS, M. A. T.; ABREU, A. S. O envelhecimento: o dilema humano. **Gerontologia**, v.2, n.4, p.188-190, 1994.

BURNSIDE, I. M. (ed.). **Enfermagem e os idosos**. São Paulo, Andrei, 1979. 547p.

CARDOSO, F. H. Decreto, n.1948, de 3 de julho. **Gerontologia**, v.5, n.1, p.41-44, 1997.

CHAUÍ, M. S. (1979). Apresentação: Os trabalhos da memória. In: BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 3ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

CHELALA, C. A. **La salud de los ancianos: uma preocupación de todos**. Washington, OMS/OPAS, 1992, 30p. (Comunicación para la salud, n.3).

CHOI, H. Cultural and noncultural factors as determinants of caregiver burden for the impaired elderly in South Korea. **The gerontologist**, 33(1), pp. 8-15, 1993.

CIAMPA, A. C. **A estória do severino e a história da severina: um ensaio de psicologia social**. 2ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1987.



COLEMAN, C. K.; PIES, C. L.; POGGEN POEL, M. Influence of caregiving on families of older adults, **Journal of Gerontological Nursing**, november, 1994.

DÁTILO, G.M.P.A. **O envelhecimento: encantos e desencantos a partir do depoimento de pessoas com mais de sessenta anos.** Marília, 1998. 186p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista Faculdade de Filosofia e Ciências, Campus de Marília.

FLETCHER, A. E.; DICKINSON, E. J.; PHILP, I. Review: audit measures quality of life instruments for everyday use with elderly patients. **Age Ageing**, v.21, n.2, p.142-150, 1992.

FEUER, L. G. Discharge planning: homecaregivers need your support, too. **Nursin management**, v.18(4): p. 58-59, 1987.

GOMES, F. A. A.; FERREIRA, P. C. A. **Manual de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro, EBM, 1985. 361p.

GONÇALVES, L. H. T. *et al.* Cuidadores leigos na área gerontológica, Florianópolis, 1998. In: **Idosos problemas e cuidados básicos**



Ministério da Previdência e Assistência Social. PAS – Secretaria de Estado de Assistência Social – SAS – Brasileira, setembro, 1999.

GONÇALVES, L. H. T.; SILVA, Y. F.; PFEIFFER, S. O cuidado do idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto domiciliar. **Cogitare enfermagem**, v.1, n.1, p.39-47, jul/dez, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. J. B. G. E., 1999. In: **Folha de São Paulo**. 02 de dezembro de 2000.

HASHIMOTO, F. **Ventos de Outono**. São Paulo: Arte & Ciência, 1998. 128p.

KANE, R. L.; KANE, R. A. Health care of older people: organizational and policy issues. In: R. H. Binstock e L. K. George (eds.). **Handbook of aging and social sciences**, 3º ed. San Diego: Academia Press, 1990.

KARCH, U. M. S. A questão dos cuidadores. **I congresso paulista de geriatria e gerontologia - GRP 98 - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, p.28-31, 1998.

✕ KARSCH, U. M. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: Educ, 1998. 248p.



KATZ, A., et al. **Gerontologist**, n.1, p.20-30, 1970.

KEITH, J. Care – taking in cultural contexto: anthropological quenes. In: H. Kending, A. Hashimoto e L. C. Coppard (ed.). **Family support for the edderly**. The internacional experience. Oxford: Oxford Medical Publication, 1992.

KINNEY, J. & STEPHENS, M. A. P. Caregiving hassses scale: assessing the daily hassles of caring for a family member with dementia. **The Gerontologist**, n.29, pp. 328-382, 1989.

LÉGER, J. M.; TESSIER, J. F.; MOUTY, M. D. **Psicopatologia do envelhecimento**: assistência às pessoas idosas. Petrópolis, Vozes, p.19-27, 1994.

LEME, L. E. G. **O envelhecimento**. São Paulo: Contexto, p. 70, 1998.

* LESSA, I. Doenças crônica-degenerativas. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e saúde**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1990. cap.14, p.411-420.



MARIN, M. J. S. **Preparando o idoso para a alta hospitalar.** Ribeirão Preto, 1999: 170 p. Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Departamento de Enfermagem Geral e Especializada.

MEICHEMBAUM, D. **Stress inoculation training.** Elmsford: Pergamon Press, 1985.

MENDES, P. B. M. T. **Cuidadores – heróis anônimos do cotidiano.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduandos em Serviço Social, PUC/SP, 1995.

MENDES, P. M. T. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. In: Karsch, U. M. S. **Envelhecimento com dependência:** revelando cuidados. São Paulo: Educ, 1998 cap. 5, p.171-197.

NERI, A. L. Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: NERI, A. L. (org.). **Qualidade de vida e idade moderna.** Campinas, Papirus 1993, p.237-285. (Coleção Vira Vida).

NERI, A. L.; SILVA, E. B. N. Questões geradas pela convivência com idosos: indicações para programas de suporte familiar. In: NERI, A. L.



(org.). **Qualidade de vida e idade madura.** Campinas, Papirus, 1993, p.213-236. (Coleção Viva Vida).

NERI, A.L. (org). **Qualidade de vida e idade madura.** Campinas: Papirus, 1993. 285p.

NOVAK, M.; GUEST, C. J. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. **The gerontologist**, 29, pp. 798-803, 1989.

OSÓRIO, L. C. **Família, hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PATARRA, N. L. Mudanças na dinâmica demografica. In MONTEIRO, C. A. (org.). **Velhos e novos males da sociedade no Brasil.** Hucitu USP, cap. 3, p. 61-78, 1995.

PEARLIN, L. J.; MULLAN, J. T.; SEMPLE, S. J. ESKAFF, M. M. Caregurng and the stress proress: na overview of concepts and their measures. **The gerontologist**, 30(5), pp. 583-594, 1990.

PELZER, M. T. O processo de cuidar de idosos no âmbito da família. **Vittalle**, v.8, p.135-139,1996.



RAMOS, *et al.* Perfil dos idosos residentes na comunidade do município de São Paulo, segundo o tipo de domicílio: o papel dos domicílios multigeracionais. In: **A população idosa e o apoio familiar**. São Paulo: Seade, Informe Demográfico, n.24, 1991.

RAMOS, L. R., VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**, v.21, n.3, p.211-224, 1987.

RAMOS, L.R.; SANTOS, C.A. dos; ROSA, T.E. da e MANSECHI, L.H. Perfil dos idosos residentes na comunidade do município de São Paulo, segundo tipo de domicílio: O papel dos domicílios multigeracionais. In: **A população idosa e o apoio familiar**. São Paulo Seade, Informe Demográfico n.24, 1991.

RODRIGUES, R. A. P.; ANDRADE, O. G.; MENDES, M. M. R. Estratégias para o cuidado domiciliar de idosos com doença de Alzheimer. **Gerontologia**, v.3, n.2, p. 73-80, 1995.

ROSENBAUM, J. N. Comparison of two theorists on care: open and Leinenger. **J. Adv. Nurs**, v.11, n.4, p.409-19, 1986.



SILVERSTEIN, M.; LITWAK, E. A task specific typology of intergeracional family structure in later life. **The Gerontologist**, v.33, n2, p. 258-269, 1993.

STONE, R.; CAFFERATA, G; SANGL, J. Caregivers of the frail el derley: a natural profile. **The gerontologist**, 27, n.5, pp. 616-626, London, U. F., 1987.

SAAD, P.M. Tendências e consequências do envelhecimento populacional no Brasil. In **a população idosa e o apoio familiar**. São Paulo: Seade, Informe demográfico, n.24, 1991.

SEADE. **O idoso na grande São Paulo**, São Paulo, Coleção Realidade Paulista, 3, 1990.

SILVA, E.B.N. A relação familiar e o idoso. **Gerontologia**, v.4, n.2, p.75-78, 1996.

SKINNER, B. F.; VAUGHAN, M. E. **Viva bem a velhice**: aprendendo a programar sua sua vida. São Paulo, Sumus, 1985. 141p.



STEPHENS, M. A. P. Social relationships as coping resources in later-life families. In: M. A. P. Stephens, J. H. Crowther, S. F. Halfoll e D. L. Tennembaum (ed.) **Stress coping in later-life families**. Washington. Hemisphere, 1990.

SUNG, K. A new look at filial piety: Ideals and practices of family centered parent care in Korea. **The gerontologist**, 30(5), pp.610-617, 1990.

TAVARES, A. R. Enfermidades mentais. In: ANZONA PÉREZ, E.; GALINSKY, D.; MORALES MARTINEZ, F.; SALAS, A. R.; SANCHEZ AYENDEZ, M. **La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa**. Washington, OPAS, 1994. p.3-18 (Publicación Científica, n. 546).

THOMPSON, E. H. e DOLL, W. The burden of families coping with the mentally ill: An invisible crisis. **Family relations**, 31, pp.379-388, 1990.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994. 224p.

VITALIANO, P. P.; YOUNG, H. M.; RUSSO, J. (1991). Burden: a review of measures used among caregivers of individuals with dementia. **The gerontologist**, 31(1), pp.67-75.



W4. Consultoria em informática e estatística S/C Ltda. **Projeção de população – Marília 1996/2001.** Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília, 1996.

WALDOW, V. R., LOPES S. N. J.M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar:** a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

YASAKI, L. M.; MELO, A. V.; RAMOS, L. R. Perspectivas atuais do papel da família frente ao envelhecimento populacional: um estudo de caso. In: **A população idosa e o apoio familiar**, São Paulo, Seade, Informe Demográfico, n. 24, 1991.

ZARIT, S. H.; REEVER, K. E.; BACH-PETERSON, J. (Relatives of the impaned elderly: correlates of feelings of burden. **The gerontologists**, 20, pp. 649-655, 1980.

ZARIT, S.M. Modelo Multivariado (1989), IN GATZ, M.; BENGSTON, V.L. E BLUM, M.L. Caregiving families. In J. E. Birren e K. Warner Schaie (eds). **Handbbok of the psychology of aging**. 3- ed. Sandiego: Academic Press, 1990.



