

PERCEPÇÃO E EXPECTATIVAS DE CUIDADORES NO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA NA PESSOA IDOSA

PERCEPTION AND EXPECTATIONS FOR CARERS IN THE PROCESS HEALTH / ILLNESS IN THE ELDERLY

Barros JDS^{*}, Oliveira Neto JM^{**}, Silva SLB^{***}, Silva RS^{****}, Silva MFP^{*****}

RESUMO: O ciclo do cuidado percorre toda a nossa existência, somos cuidados, cuidamo-nos e zelamos pelo cuidado do outro. Para além de ser uma atividade eminentemente humana transmitida através da cultura e educação, também é uma profissão. Este trabalho é uma reflexão que se destina, a todos aqueles que cuidam de idosos. Assim, devem-se intensificar estudos posteriores nessa área de conhecimento, especialmente através da percepção e expectativas de cuidadores no processo saúde/doença na pessoa idosa, proporcionando reflexão e sensibilização para a importância da atenção e cuidado que o cuidador deve ter em relação ao seu próprio Ser, de forma a cuidar conscientemente do outro. Cuidar implica cuidar-se.

PALAVRAS-CHAVE: Reflexão. Idosos. Cuidadores.

ABSTRACT: *The cycle of care runs through all our lives, we are in care, care ourselves and cherish the caring for others. Besides being an eminently human activity transmitted through culture and education, it is also a profession. This work is a reflection that is intended to all those who care for the elderly. They should therefore be intensified further studies in this area of knowledge, especially through perception and expectations of caregivers in the health / disease in the elderly leading to reflection and awareness of the importance of attention and care that the caregiver should have in relation to own Being, in order to consciously take care of each other. Care involves caring for themselves.*

KEYWORDS: *Reflection. Elderly, Caregivers.*

-
- * José Deomar de Souza Barros - Especialista em Agroecologia, Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Especialista em Ensino de Química, Universidade Regional do Cariri - URCA; Mestrando em Recursos Naturais, Universidade Federal de Campina Grande- UFCG. e-mail: deomarbarros@hotmail.com
- ** João Matias de Oliveira Neto - Aluno do Curso de Graduação em Enfermagem Faculdade Santa Maria – FSM. e-mail: joaomatias95@yahoo.com.br
- *** Sheila Lidiane Batista da Silva - Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem Faculdade Santa Maria – FSM. e-mail: sheila.silva83@yahoo.com.br
- **** Rosemary Soares da Silva - Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem Faculdade Santa Maria – FSM. e-mail: silva_rosemary@yahoo.com.br
- ***** Maria de Fátima Pereira da Silva - Licenciada em Letras; Centro de Formação de Professores –CFP- Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. e-mail: mdefatima.slpereira@gmail.com

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, em consequência de diversos fatores, como a melhoria das condições sanitárias e de acesso a bens e serviços, as pessoas têm vivido mais tempo. Os avanços na área da saúde têm possibilitado que cada vez mais pessoas consigam viver por um período mais prolongado, mesmo possuindo algum tipo de incapacidade. Diante da situação atual de envelhecimento demográfico, aumento da expectativa de vida e o crescimento da violência, algumas demandas são colocadas para a família, sociedade e poder público, no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas que possuem algumas incapacidades ¹.

Segundo Leite et al. (2008)², todo ser humano por sua natureza sempre deseja estar inserido em um determinado meio social, seja no ambiente doméstico, de trabalho ou grupo de amigos. Desse modo, naturalmente, os indivíduos que compartilham estes espaços são, também, os provedores de suporte social. Neste cenário, os indivíduos procuram interagir, conhecer e relacionar-se com outras pessoas, vivenciando momentos de lazer, de trabalho e convívio social.

No Brasil a população idosa com idade igual ou superior a 60 anos, consistia em 9% do total do país. O aumento dessa população vem ocorrendo de forma rápida, na qual o número de idosos passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1980, e 14 milhões em 2000. Estimando-se em 2020 uma meta de 32 milhões de pessoas idosas.

Conforme Moragas (2004)³, a maior parte dos idosos contemporâneos possui competência funcional. Mas isto não deve obscurecer o fato de que uma parte crescente dos velhos-velhos que superam os 75 anos e apresentam diminuição dentro de suas limitações funcionais. Entretanto, diminuição não quer dizer necessariamente doença, mas somente uma redução da capacidade funcional, fato importante para os responsáveis pela área sanitária e social, visto que nos anos vindouros vão sobreviver muito mais pessoas de faixas etárias que, no passado, só uma pequena parte da população atingia. Esse crescimento dos níveis altos da pirâmide da população exigirá um delineamento diferente para satisfazer as necessidades de moradia, transporte, comunicação, saúde de toda essa comunidade.

Segundo Vicini (2002)⁴, as representações das pessoas sobre saúde poderiam influir sobre as ações de busca e manutenção de saúde, se constatássemos que idosos buscam manter, prevenir ou recuperar sua própria saúde de forma congruente com determinado tipo de conceito de saúde. Pode-se inferir que há pelo menos uma consistência

entre o pensar saúde e o agir saúde dessas pessoas, e se, essa consistência fosse generalizável para a população idosa, poderíamos, idealizar e propor processos de mudanças cognitivas e vivência, para que a população idosa desenvolvesse um pensar e agir saúde mais apropriado para a obtenção de saúde em nossa sociedade.

Partindo desse pressuposto do cuidar da pessoa idosa no contexto familiar pode gerar ambiguidades reveladas por satisfação e conflitos entre esses entes. Nesse caso, a satisfação é observada quando as famílias estão estruturadas emocionalmente e economicamente para acolher o longo tempo. Por outro lado, quando esses recursos são insuficientes podem desencadear tensão no meio familiar. Estes conflitos vivenciados por cuidadores e idosos são gerados pela sobrecarga de trabalho, perda de poder aquisitivo e o fato do cuidador ser idoso, tendo como repercussões o isolamento social, adoecimento dos cuidadores, bem como os maus tratos em idosos⁵.

De acordo com Papaléo Neto (2007)⁶, a enfermagem poderá trabalhar e abordar o envelhecimento junto aos indivíduos de uma forma personalizada, considerando não somente aspectos biológicos, mas também socioeconômico-culturais e políticos. Ressaltando a capacidade da pessoa idosa em adaptar-se às mudanças sociais e emocionais levando a auto-estima como atitude do pensamento positivista em relação à vida desses idosos, promovendo, junto ao idoso e sua família a participação em novas atividades que lhe sejam apropriadas e agradáveis, estimulando a criatividade e a satisfação.

Na Enfermagem, evidencia-se crescentemente, a inquietação e a incessante busca pelo desenvolvimento de novas práticas reflexivas, capazes de atuar intencionalmente sobre as diferentes dimensões constituintes da natureza humana, ou seja, nas dimensões sócio-cultural, afetiva, cognitiva e bio-fisiológica, buscando sempre acompanhar e atender as necessidades impostas pela sociedade.

A necessidade de abordar essa temática surgiu de um interesse pessoal despertado pela vivência com pessoas idosas, mais precisamente, meus pais. No qual, inspirado para dissertar sobre como é prestada a arte do cuidar, pelo cuidador no seu domicílio, abordando o conhecimento e a percepção de assistir essa prática que é tão importante e que traz a alta estima de ambos, como seres colaboradores dos bem-estares físico, social, mental e espiritual.

Por ser a velhice um processo natural da vida, o cuidado de si pode ser o diferencial para prevenir ou retardar as complicações dessa fase. Acrescentando-se que o cuidado também é fundamental para o resgate da valorização do indivíduo idoso, neste aspecto é que se revela a impor-

tância da participação dos profissionais de Enfermagem, orientando quanto à importância de prestar um cuidado mais especializado, suprindo as necessidades básicas das mais complexas, tendo uma visão holística de assistir a arte do cuidar, com o idoso em seu domicílio.

Com isso fica aberta a discussão que direciona o cuidador como pode ajudar o idoso a reelaborar o cuidado no sentido de valorizar suas potencialidades individuais. Independente da condição que alguns idosos com a ajuda de um profissional de Enfermagem, poderão desenvolver uma forma própria de realizar o cuidado, contribuindo para a obtenção dos resultados satisfatórios para a saúde do idoso, resgatando sempre sua autoestima.

Durante a trajetória do rio da vida que nos banha com suas correntes de redemoinhos, surgem, em alguns momentos, pontos de bifurcação, possibilitando-nos experienciar as transformações, as incertezas, o desconhecido, a mudança de qualquer previsão de reinventar o hábito, de descobrir novos traços para compor nossa história pela passagem do tempo⁷.

O envelhecimento é um processo altamente individual, no qual o processo de envelhecer vem em ritmo que pode ser muito diferente dos outros com a mesma idade cronológica, ocorrendo mudanças nas funções e desempenhos relacionadas ao tempo que seguem padrões diferentes de acordo com o instinto, etnia ou cultura⁸.

Conforme Lima (2005)⁹, a velhice é também vista como a última etapa da vida, podendo ver nesta concepção, o sentido da decadência que acompanha o envelhecimento, observando também que no envelhecimento há um declínio das capacidades físicas, acompanhado normalmente por alterações psicológicas e comportamentais, o que não significa que tenha de ser obrigatoriamente entendido como termo de fim da vida. Como o envelhecimento é um processo ímpar da vida que varia de pessoa para pessoa, de acordo com as características que lhes são peculiares, podemos ver diversos idosos, alguns com idades bastante avançada que continuam suas atividades físicas e intelectuais, dentro de suas limitações, integrando de forma ativa sua comunidade.

Visão holística de assistir a arte do cuidar

A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Ressaltando sempre que não fazem parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem. Cabe ressaltar que nem sempre se pode escolher ser cui-

dador, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar ou amigo. É fundamental termos a compreensão de se tratar de tarefa nobre, porém complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios.

Algumas questões que se colocam a partir da visão da enfermagem, vêm se apropriando de preocupações com a demanda, não só para a assistência, mas também, para ações de apoio, de inserção social, dentre outras. A considerar esta profissão como de inserção cuidativa, e de importante contribuição social, pensamos estar a enfermagem diante de um momento crucial de tomada de decisão nesta área¹⁰.

De acordo com o Ministério da Saúde (2008)¹, algumas tarefas que fazem parte da rotina do cuidador: atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde, escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada, ajudar nos cuidados de higiene, estimular e ajudar na alimentação, ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos, estimular atividades de lazer e ocupacionais, realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto e administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde.

Segundo Moragas (2004)⁴, muitas vezes é preciso fazer algumas adaptações no ambiente da casa para melhor abrigar a pessoa cuidada, evitar quedas, facilitar o trabalho do cuidador e permitir que a pessoa possa se tornar mais independente. O lugar onde a pessoa mais fica deve ter somente os móveis necessários. É importante manter alguns objetos que a pessoa mais goste, de modo a não descaracterizar totalmente o ambiente. Cuide para que os objetos e móveis não atrapalhem os locais de circulação e nem provoquem acidentes.

É importante que todas as dúvidas sejam esclarecidas de modo simples e ilustrativo. Os pontos mais comuns do cuidado no domicílio; ajudar o cuidador e a pessoa cuidada; estimular o envolvimento da família, da equipe e da comunidade nos cuidados, e promover melhor qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada, ressaltando que apesar de todas as orientações aqui contidas, é indispensável a orientação do profissional de saúde.

Hoje, já é reconhecida a importância de cuidado de longo prazo, na comunidade, para a população idosa. Afirmando que os países industrializados têm reconhecido essa importância, e a integração dos cuidados comunitários ao sistema de saúde está acontecendo. Esses países também demonstram que ampliar a atenção à saúde para uma maior valorização e inserção de cuidados na comunidade é concomitante aos estudos e preocupações com custo-eficácia¹².

Conforme Felgar (2005)¹³, um cuidado que se apresenta de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente, é observado em situações nas quais os membros da família não estão disponíveis, estão despreparados ou estão sobrecarregados por essa responsabilidade. Nesse contexto, existe a possibilidade concreta de serem perpetrados abusos e maus-tratos. Portanto, é necessário lembrar que, embora a legislação e as políticas públicas afirmem e a própria sociedade acredite que os idosos devam ser cuidados pela família por questões morais, econômicas ou éticas, não se pode garantir que a família prestará um cuidado humanizado.

Segundo Gil (2005)¹⁴, cuidar de uma pessoa dependente faz com que o estilo de vida do cuidador seja modificado em função das necessidades do outro. Independente do fato do cuidador ser uma pessoa jovem ou idosa, suas atividades de recreação e convívio social acabam sendo alteradas e dando a este a sensação de não ter autonomia para gerenciar a própria vida e ter de viver em torno do outro.

O indivíduo que necessita dos cuidados, por sua vez, cobra a presença do cuidador e nem sempre reage favoravelmente às ausências. Existe um componente afetivo que conduz a atividade do cuidar, contribuindo para que um cônjuge cuide do outro, pois sentimentos de carinho, amor e ternura, apresentam-se para os cuidadores como fatores importantes e influenciadores na escolha de tal função.

Conforme o Ministério da Saúde (2008)¹, cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostram seus gestos e falas, sua dor e limitação. Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas idéias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada. Esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que se levarem em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada.

A arte de cuidar é a atividade humana por excelência, pois surge no seio da relação dialógica inter-humana, faz do homem aquilo que ele é. O ciclo do cuidado percorre toda a nossa existência, somos cuidados, cuidamos e zelamos pelo cuidado do outro. Para além de ser uma atividade eminentemente humana transmitida através da

cultura e educação, também é uma profissão. Esse artigo e reflexão destinam-se, a todos aqueles que formal ou informal cuidam de idosos. São nossos objetivos refletir e sensibilizar de forma didática para a importância da atenção e cuidado que o cuidador deve ter em relação ao seu próprio Ser, de forma a cuidar conscientemente do outro. Cuidar implica cuidar-se¹⁵.

Só nós humanos podemos sentar à mesa com o amigo frustrado, colocar-lhe a mão no ombro, trazer-lhe consolação e esperança. Construir o mundo a partir de laços afetivos. Esses laços tornam as pessoas e as situações preciosas, portadoras de valor. Preocupamo-nos com elas. Tomamos tempo para dedicar-nos a elas. Sentimos responsabilidade pelo laço que cresceu entre nós e os outros. A categoria cuidada recolhe todo esse modo de ser. Mostra como funcionamos enquanto seres humanos¹⁶.

O bom cuidador é aquele que observa e identifica o que a pessoa pode fazer por si, avalia as condições e ajuda a pessoa a fazer as atividades. Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita, estimulando à pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas. Isso requer paciência e tempo. O autocuidado não se refere somente àquilo que a pessoa a ser cuidada pode fazer por si. Refere-se também aos cuidados que o cuidador deve ter consigo com a finalidade de preservar a sua saúde e melhorar a qualidade de vida.

Cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração¹.

Conforme Pessini (2004)¹⁷, nessa perspectiva mais ampla do cuidado, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis enfermos ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário. Relata o cuidar como forma humanizada de dar qualidade à relação entre dois seres que interagem juntos num mesmo propósito visando o bem estar biopsicossocioespiritual.

O cuidador de idosos

O cuidar de idosos é garantir a humanização à dignidade ética, ou seja, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras que o idoso expressa sejam reconhecidas pelo outro¹⁷. É preciso ainda que o idoso ouça do cuidador, palavras do seu reconhecimento. A humanização do cuidado pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto, nos lares que residem pessoas idosas.

Em um estudo realizado por Pracidelli et al. (2006)¹⁸, a imagem corporal fica comprometida com o adoecimento, agravando-se ainda mais com a internação, associando-se a esses fatores encontra-se o processo de envelhecimento e suas alterações corporais, fazendo com que não veja motivos para cuidar de si, do próprio corpo, pois este corpo o assusta, ele não se reconhece nesse corpo; podendo levá-lo a depressão. Em contra partida, a imagem corporal preservada pode estar relacionada, em muitos momentos, com a tão esperada cura ou até com uma serenidade de esperança.

O cuidado humano não pode ser prescrito, não segue receitas, é sentido, vivido, exercitado. Ele consiste no respeito à dignidade humana, na sensibilidade para com o sofrimento e na ajuda para superá-lo, para enfrentá-lo e para aceitar o inevitável é muito importante manter a dignidade do paciente durante a sua internação. Quando estamos na posição de profissionais da saúde, muitas vezes, usamos desse micro poder para manipular o paciente da maneira que mais nos convém, no entanto, quando o paciente é alguém querido e familiar não é mais possível fazer isso. Esse micro poder desmorona. A relação deixa de ser paternalista e, mantém-se em um nível igualitário¹⁹.

De acordo com Puggina (2007)²⁰, há uma grande frase que pode ilustrar exatamente o que muitas vezes ainda infelizmente ocorre: é horrível ficar em uma cama de hospital, sem saber ao certo o que está acontecendo com você, onde os médicos agem com uma naturalidade absurda, como se você estivesse acostumada a ser espetada, entubada, desinformada.

Corroborando com Waldow (2004)²¹, o cuidado é muito distinto da complexidade que é cuidar de um ente querido, há uma quantidade de sentimentos maior envolvendo essa relação, principalmente porque esta já existe há muito tempo. No cuidado a um familiar as barreiras, comumente existentes nas relações, já foram quebradas e não podem ser recolocadas; é como se não existissem filtros em ambas as partes.

Segundo Papaléo Neto (2007)⁶, podemos dizer que o cuidador pode experimentar, nessa situação, um cuidado verdadeiramente empático, porém, essa empatia ultrapassa os seus limites e o cuidador pode sofrer profundamente com o paciente idoso. A verdade é que os enfermeiros, em geral, apesar de reconhecerem a importância desses cuidados subjetivos ainda não conseguem lidar com eles. O universo humano é infindável, existem tantas possibilidades de intervenção que ainda não exploramos.

Os cuidados de Enfermagem têm sido por longa data, usados prioritariamente em referência a execução de técnicas e procedimentos nos pacientes. Via de regra, resultam de uma prescrição médica, relativa a um tratamento, que, por sua vez, está associado a um problema patológico ou enfermidade. Os planos de cuidado, ou prescrição de Enfermagem, descrevem o tipo de ação a ser executada, a frequência e, às vezes, o local e a forma como deve ser realizada²². Existem momentos, em que a gente cuida de alguém, que ama e que esperamos ser perfeitos, não errar, dar o melhor de si. E por ironia do destino, é exatamente nesse momento que a gente mais erra e descobre o quanto imaturos somos quando o assunto envolve o emocional e o cuidado humano.

Segundo o Ministério da Saúde¹, ato de cuidar é complexo. O cuidador e a pessoa a ser cuidada podem apresentar sentimentos diversos e contraditórios, tais como: raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação, choro, medo da morte e da invalidez. Esses sentimentos podem aparecer juntos na mesma pessoa, o que é bastante normal nessa situação. Por isso precisam ser compreendidos, pois fazem parte da relação do cuidador com a pessoa cuidada. É importante que o cuidador perceba as reações e os sentimentos que afloram, para que possa cuidar da pessoa da melhor maneira possível.

A interação cuidador idoso favorece o direcionamento acerca do processo de tornar-se cuidador e se dá de diferentes formas, de acordo com as características e dos valores que constituem os elos de cada família. A obrigação e o dever embutidos no compromisso do matrimônio, unidos talvez, por uma regra de ação moral determinada ou pelo expressivo traço cultural existente hoje em nossa sociedade, na qual a mulher é que detém o papel de cuidadora, embora o homem esteja se revelando neste processo, pode representar fatores que predisõem o cuidador a tornar-se como tal²³.

Em meio à realização dos cuidados surgem, no decorrer do cotidiano, sentimentos muitas vezes ambíguos por parte do cuidador, que estão relacionados à evolução

de como se dá o processo de envelhecimento e ao tipo de dependência apresentado pelo familiar que está sendo cuidado. Para desempenhar tal tarefa é necessário, na ótica dos cuidadores, ter ou desenvolver algumas características que possibilitem enfrentar o cuidar de forma objetiva e/ou subjetiva¹³.

Todavia o cuidar de um idoso doente no domicílio, também pode estar revestido por sentimentos de gratidão e carinho, como possibilidade concreta de expressar o reconhecimento por cuidados e atenção recebidos por parte desta pessoa em outras ocasiões. Nessa circunstância, o cuidado e as interações advindas destas trocas permitem que ambas as partes tornem-se cúmplices, revisando relações, redesenhando e fortalecendo seus novos e velhos papéis⁵.

Segundo Lima (2005)⁹, podemos dizer que com o passar do tempo o cuidador, em algumas situações, vai se adaptando a sua vida e seu papel em relação às tarefas do cotidiano e do cuidado, que mesmo enfrentando dificuldades e momentos conturbados nesse processo, se permite de uma forma ou de outra, vislumbrar opções de lazer e descontração, reintroduzindo em seu cotidiano, aos poucos, algo que lhe permita retomar a atenção para consigo mesmo.

Conforme Monteiro (2005)⁷, cuidar do idoso gera uma relação de compromissos e responsabilidades que pela necessidade do idoso ter um cuidador, é importante no decorrer do processo de assistir o cuidar, uma mudança na condição de quem está cuidando. O cotidiano do cuidado pode de certa forma, produzir situações de conflito entre quem cuida, quem é cuidado e os demais integrantes da família, necessitando de uma compreensão de ambos. Diante disso o exercício de competência da enfermagem, talvez seja vital para que, diante das dificuldades evidenciadas no cotidiano dos cuidadores, possam se sentir assistidos e terem ajudas cabíveis enquanto prestam a arte de assistir o cuidar em seus domicílios.

Cuidar tem por essência prestar atenção a algo de importância primeiro, já que nos é caro. O que de mais caro podemos ter está resumido no pronome quem, incluído na frase quem sou e o resultado do modo como me escolho. A raiz latina da palavra cura é comum à palavra cuidado. Caro, no sentido de algo de valor elevado, precioso, querido, a caridade. Assim, prestar atenção à existência pessoal é a primeira forma de cuidado, a sua forma ética. A partir daí já podemos ver o outro e prestar-lhe atenção²⁴.

Porém, a arte do cuidar vai além do tratar ou tomar conta, vai além das ações ligadas ao corpo e ao ambiente, visando o bem-estar e desenvolvimento da saúde. Não são atividades restritas ao atendimento das necessidades físicas. Cuidar, são ações integradas ao educar, voltadas

para a totalidade do ser humano, e envolvem compromisso e vínculo na relação²⁵.

Convivência domiciliar do cuidador com o idoso

Conforme Segre (2004)²⁶, o envolvimento e a experiência trazem o amadurecimento e aprendizado. Envolver-se ou não envolver-se, pode sim, direcionar a qualidade da nossa assistência. Afinal, muitas vezes o cuidado não segue regras nem teorias. É lícito ter uma visão acolhedora ao ser humano idoso, que se disponibilizou muito tempo da sua vida e que atualmente sozinho, está fragilizado e que nesse momento necessita de carinho e compreensão no seu lar.

O fato de morar só, para o idoso, tem sido associado a um decréscimo na qualidade de vida, agravamento da morbidade e, até mesmo, indicador de risco de mortalidade. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) mais de 10% da população idosa brasileira morava sozinha, com a maior proporção recaindo sobre as mulheres, em especial as de 80 anos e mais, que residiam na zona rural (23%). Portanto, diferentemente dos países norte-americanos e europeus, a maioria dos idosos brasileiros mora com a família (INAM, 2004)²⁷.

Corroborando com Waldow (2004)²¹ existem alguns tipos de problemas que circundam o lar dos idosos e seus cuidadores, dificultando a percepção de expressar as emoções, de poder sorrir quando sente dor ou demonstrar tristeza e chorar quando está satisfeita, se agitar ou ficar ansioso ao expressar carinho e afeto. As dificuldades de comunicação são sinais frequentemente presentes na demência e outras doenças neurológicas. Caso o cuidador observe uma ou mais dessas alterações deve procurar a Unidade de Saúde.

Cuidar do idoso em casa é, com certeza, uma situação que deve ser preservada e estimulada; todavia, cuidar de um indivíduo idoso, incapacitado, durante 24 horas sem pausa, não é tarefa para uma mulher sozinha, geralmente com mais de 50 anos, sem apoios nem serviços que possam atender às suas necessidades, e sem uma política de proteção para o desempenho deste papel²⁸.

O cuidador familiar de idosos incapacitados precisa ser alvo de orientação, de como proceder nas situações mais difíceis, e receber em casa periódicas visitas de profissionais, médico, pessoal de enfermagem, de fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capacitação. Esse apoio é fundamental quando se trata de um casal de idosos, em que o cônjuge menos lesado assume os cuidados do outro, que foi acometido por uma súbita e grave doença incapacitante²².

O grupo familiar e a comunidade são espaços naturais de proteção e inclusão social. Além disso, estas estruturas possibilitam a conservação dos vínculos relacionais e a inclusão em projetos coletivos, permitindo melhoria na qualidade de vida. É no ambiente doméstico, na família, no relacionamento com vizinhos que as pessoas estabelecem relações primárias, as quais constituem a sustentação para o enfrentamento das dificuldades cotidianas.

Segundo Wagner et al. (2004)²⁹, o cuidador deve compreender que a pessoa cuidada tem reações e comportamentos que podem dificultar o cuidado prestado, como quando o cuidador vai alimentar a pessoa e se essa se nega a comer ou não quer tomar banho. É importante que o cuidador reconheça as dificuldades em prestar a assistência precisa e necessária quando a pessoa cuidada não se disponibiliza para o cuidado e trabalha seus sentimentos de frustração sem culpar-se, isso pode ser mais bem acompanhado no domicílio onde o cuidador vai auxiliar nas tarefas práticas do cotidiano da pessoa idosa.

De acordo com Pessini (2004)¹⁷, é importante que o cuidador, a família e a pessoa a ser cuidada façam alguns acordos de modo a garantir certa independência tanto a quem cuida como para quem é cuidado. Por isso, o cuidador e a família devem reconhecer quais as atividades que a pessoa cuidada pode fazer e quais as decisões que ela pode tomar sem prejudicar os cuidados. Incentive-a cuidar de si e de suas coisas. Negociar é a chave para se ter uma relação de qualidade entre o cuidador, a pessoa cuidada e sua família.

Em uma reflexão mais abrangente e mais profunda, mostrou em sua pesquisa que o dia-a-dia do cuidador é radicalmente modificado pela doença. De acordo com essa pesquisadora, na relação de cuidar e ser cuidado, velhas relações pessoais são redefinidas, novas atividades, tanto de rotina como de vida e relações psicossociais são introduzidas no seu cotidiano, e de certa forma, a doença põe em suspensão a vida cotidiana da família. Uma nova vida cotidiana se instala aos poucos reintroduzindo algo do velho cotidiano, no novo³⁰.

Percebemos que o cuidado desempenhado pelo cuidador familiar ao idoso doente e dependente no âmbito domiciliar ainda compreende muitos mistérios a serem desvendados e compreendidos pela enfermagem. Nesse sentido, o enfermeiro e sua equipe de saúde, inserida no campo da saúde coletiva pode proporcionar suporte às famílias que têm em seus domicílios idosos principalmente doentes, pois, através do trabalho que é desenvolvido por intermédio das visitas domiciliares às famílias, podem ser evidenciadas as necessidades que os cuidadores enfrentam durante o processo de cuidar

e assim colaborar na assistência tanto ao cuidador, que muitas vezes, desconhece o cuidado no domicílio, bem como ao idoso que necessita de atenção³¹.

De acordo com Berquó (2006)³², apesar das mudanças ocorridas no cenário nacional em relação às políticas de proteção social ao idoso, estas ainda se apresentam muito restritas na oferta de serviços e programas de Saúde Pública, como na amplitude da sua intervenção. O Estado se apresenta como um parceiro pontual, com responsabilidades reduzidas, que atribui à família a responsabilidade maior dos cuidados desenvolvidos em casa a um idoso na dependência de outra pessoa. Constata-se que inexistente uma política mais veemente no que se refere aos papéis atribuídos às famílias e aos apoios que cabem a uma rede de serviços oferecerem ao idoso dependente e aos seus familiares.

É Considerável que alguns riscos de dependência e o próprio desdobramento desta, de capacidade cuidativa familiar, de suporte sócio-sanitário para futura atenção ao idoso, da criação de equipamentos sanitários, dentre outras parecem questões que estão muito próximas do enfermeiro e sua prática no cotidiano¹⁰.

É comum ouvirmos que para cuidar, antes de tudo é necessário cuidar de si, pois o cuidador é aquela pessoa que, inspira confiança, acaba com o desespero, luta contra o medo, inicia ações positivas e produtivas no interior de seu lar, e sendo assim todos esses valores teriam que fazer parte das práticas cotidianas domiciliares de quem cuida²⁴.

Dessa forma, a presença do cuidador nos lares tem sido mais frequente, havendo a necessidade de orientá-los para o cuidado. Cabe ressaltar que o cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, diminui o tempo de internação hospitalar e, dessa forma, reduz as complicações decorrentes de longas internações hospitalares.

Corroborando com Leloup (2005)³³, a frequência das doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades. A prevenção das doenças crônicas e degenerativas, a assistência à saúde dos idosos dependentes e o suporte aos cuidadores familiares representam novos desafios para o sistema de saúde instalado no Brasil.

Segundo Garrido (2005)³⁴, discutindo historicamente, existe diferentes países do mundo que têm desenvolvido variadas formas de apoio e cuidados aos seus idosos dependentes, e, em alguns países, o suporte oferecido é quase exclusivamente de responsabilidade estatal, em outros, são predominantemente as famílias que desempenham todos os encargos em seus domicílios.

Entretanto, mudanças inusitadas causadas pelas transformações nas relações sociais, sejam no âmbito do trabalho e emprego, sejam nas estruturas familiares, os governos dos países desenvolvidos estão avaliando o seu papel na provisão de políticas de bem-estar social, e a tendência à redução dos investimentos nos setores de saúde e de benefícios reverte na ampliação das responsabilidades familiares pelo sustento e pelos cuidados aos idosos dependentes e incapacitados³⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidador do idoso é um profissional presente no setor assistencial no Brasil. Apesar da sobrecarga de trabalho, os conflitos familiares e a pouca produção bibliográfica nessa área dificulta o desempenho dessa atividade e a difusão dos princípios dessa profissão. Essa atividade deve estar voltada para o respeito comum entre o cuidador e a pessoa a ser cuidada. Visando o bem estar de ambos, com a participação ativa do idoso, atividades desenvolvidas a partir de princípios éticos e morais com o objetivo de melhorar as condições de vida do idoso. Portanto é necessário que haja uma valorização e compreensão do papel do cuidador do idoso, na família, que deve ser de forma integralizada discutindo conceitos que venham suprir as necessidades simples às mais complexas do idoso, lhe oferecendo autoestima e um avanço na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2008.
2. Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer AI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto Contexto Enferm*, 2008;17(2):250-7.
3. Moragas RM. Gerontologia social: Envelhecimento e qualidade de vida. 2. ed. São Paulo: Paulinas, 2004.
4. Vicini G. Abraço afetuoso em corpo sofrido: saúde integral para idosos. 3. ed. São Paulo: Editora SENAC, 2002.
5. Vieira EB. Manual de Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Rewinter; 2004.
6. Papaléo Neto, M. Tratado de gerontologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
7. Monteiro PP. Envelhecer: histórias, encontros, transformações. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.
8. Saad SM. Tendências e conseqüências do envelhecimento populacional no Brasil. In: Série Informe Demográfico. A População Idosa e o Apoio Familiar, São Paulo: Fundação SEADE, 2005.
9. Lima ALP. Ser Idoso: que mudança que adaptação. *Nurs.(Ed. port.)* 2005;10(113): 28.
10. Santos AS. Estudos em Saúde do Idoso e a Enfermagem. *Nursing* 2009;10(118):101-109.
11. Camarano AA. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p.137-168.
12. Felgar JAS. Uma expressão da linguagem numérica In: *Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores*, São Paulo: EDUC 2005.
13. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2005.
14. Boff L. Saber Cuidar. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.
15. Leme LEG. A gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão histórica. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
16. Pessini LB. Humanização e cuidados paliativos. 3. ed. São Paulo: EUNISC Edições Loyola, 2004.
17. Pracidelli F, Izzo H, Aranha VC, Fernandes YVMC. A imagem corporal dos idosos internados na enfermaria do Serviço de Geriatria – uma visão fisioterápica e psicológica. 2. ed. Rio de Janeiro: O Mundo da Saúde, 2006.
18. Scotti L. Sem asas ao amanhecer. 3. ed. São Paulo: O nome da Rosa, 2004.
19. Pugina AC. Quando o cuidado não segue regras nem teorias: relato de experiência. *Nursing (São Paulo)*;10(118):137-140.
20. Waldow VR. Cuidado humano: O resgate necessário. 2. ed. Porto Alegre: Sagra luzzatto; 2004.
21. Heider F. Psicologia das relações interpessoais. 5. ed. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo, 2005.
22. Neri AL. Qualidade de Vida e Idade Madura. Campinas: Papirus, 2006.
23. Guimarães L. Clínica Psicopedagógica: perspectiva antropológica fenomenológica e existencial. Porto: Edição, Hospital Conde Ferreira, 2005.
24. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: Um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad saúde pública* 2003, 19(3):745-756.
25. Segre M, Coen C. Amadurecimento e aprendizado. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.
26. INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição).

- Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN).
Brasília: Secretaria de Projetos Especiais, 2004.
27. Medina C, Shirassu M, Goldfeder M. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. In: Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores, São Paulo: EDUC, 2007, p. 199-214.
 28. Wagner HL, Wagner ABP, Talbot Y. Aplicação do pensamento sistêmico no trabalho em Saúde da Família. Rev Bras Med Fam 2004;1:29-35.
 29. Mendes W. Home Care: Uma Modalidade de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.
 30. Freitas EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
 31. Berqu, E. Algumas considerações demográficas sobre: o envelhecimento da população no Brasil. In: I Seminário Internacional Envelhecimento Populacional, Brasília: Secretaria da Assistência Social, Ministério da Previdência e Assistência Social 2006.
 32. Leloup J. Cuidar do Ser. Petrópolis: Editora Vozes 2005.
 33. Garrido L. Psicologia da Pessoa e Elucidação Psicopatológica. Porto: Higiomed 2005.
 34. Rohden H. Cosmoterapia. São Paulo: Alvorada, 2006.