

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

CAROLINE JOAQUIM DA SILVA

QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR

CRICIÚMA, MAIO 2011

CAROLINE JOAQUIM DA SILVA

QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR

Monografia apresentada à Diretoria de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a obtenção do título de especialista em Gerontologia.

Orientador: Prof. MSc José Luiz Oliveira

CRICIÚMA, MAIO 2011

Aos meus pais, meu irmão e ao meu orientador.

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, acreditam e me incentivam a correr atrás dos meus ideais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele.

Aos meus pais, irmão, e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Ao professor e orientador José Luiz Oliveira por seu apoio e inspiração no amadurecimento dos meus conhecimentos e conceitos que me levaram a execução e conclusão desta monografia.

É melhor atira-se à luta em busca de dias melhores, mesmo correndo o risco de perder tudo, do que permanecer estático como os pobres de espírito, que não lutam, mas também não vencem; que não conhecem a dor da derrota, mas não têm a glória de ressurgir dos escombros. Esses pobres de espírito, ao final da jornada na Terra, não agradecem a Deus por terem vivido, mas desculpam-se ante Ele por terem simplesmente passado pela vida.

Robert Nesta Marley

RESUMO

O presente estudo teve como problema de estudo: quem cuida do cuidador? E apresentou o seguinte objetivo: identificar a qualidade de vida dos cuidadores de idosos, e como objetivos específicos: Identificar o perfil sócio econômico do cuidador de idosos; Relacionar a qualidade de vida com o perfil sócio econômico;

Identificar se os cuidadores desempenham as suas atividades com motivação;

Avaliar as atividades de lazer, esporte e saúde dos cuidadores.

O tipo de estudo utilizado foi à pesquisa aplicada e a abordagem metodológica utilizou-se a pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva.

A população e amostra do estudo foram os cuidadores de idosos selecionados de forma intencional. Para os quais foram aplicados questionário com perguntas abertas a dois cuidadores de Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPIs) e a três cuidadores domiciliares. A análise e interpretação dos dados foram realizadas pela categorização dos dados e interpretados pela análise de conteúdos de Minayo.

A pesquisa foi realizada em uma Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPIs) e no domicílio dos idosos, em um município do extremo Sul Catarinense, os quais foram escolhidos intencionalmente. Sendo que os resultados corroboram parcialmente a fundamentação teórica efetuada pelo estudo.

Palavras chave: qualidade de vida, cuidador, idoso.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ILPIs: Instituição de Longa Permanência para Idosos.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	PROBLEMA	10
1.2	OBJETIVOS	12
1.2.1	Objetivo Geral	12
1.2.2	Objetivo Específico	12
1.3	JUSTIFICATIVA	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1	QUALIDADE DE VIDA	14
2.2	CUIDADO, CUIDAR E CUIDADOR	15
2.3	RELAÇÃO ENTRE CUIDADOR E O CUIDADO	16
2.4	QUEM CUIDA DO CUIDADOR	18
2.5	CUIDADOR SOB TENSÃO	19
2.6	O AUTO CUIDADO DO CUIDADOR	22
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	26
3.1	TIPO DE PESQUISA	26
3.2	ABORDAGEM METODOLÓGICA	26
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	27
3.3.1	Relação de risco - benefício	28
3.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	29
3.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	29
3.6	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	31
4	APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	32
5	CATEGORIZAÇÃO.....	37
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
	REFERÊNCIAS.....	50
	APÊNDICE.....	52
	APÊNDICE I - Questionário.....	53

1 INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje há uma grande procura pela melhora da qualidade de vida. As pessoas estão se preocupando em manter uma boa alimentação, uma atividade física regular, boas noites de sono, estão cessando o uso de tabaco e álcool e procurando realizar atividades que lhe dão prazer. Por trás disso está a grande vontade de envelhecer com qualidade de vida. O que está levando ao grande aumento da expectativa de vida.

O presente estudo tem o objetivo de identificar a qualidade de vida dos cuidadores de idosos. Onde os cuidadores são pessoas que se dedicam a cuidar de um idoso, seja membro da família ou não, que assumem essa atividade voluntariamente ou não, ou são pessoas que são contratadas pela família para prestar cuidados. Pode-se dizer que o cuidador é o ego auxiliar e a função do idoso. Diante disso tudo os cuidadores se encontram na maioria das vezes estressados, angustiados, cansados, irritados e doentes.

O estudo será realizado através de questionário aberto aplicado aos cuidadores, que serão escolhidos intencionalmente, em ILPIs (Instituições de Longa Permanência Para Idosos) e nos domicílios dos idosos. É uma pesquisa aplicada e a abordagem metodológica será qualitativa, exploratória e descritiva.

Hoje se investe muito na melhora da qualidade de vida dos idosos, em detrimento a qualidade de vida dos cuidadores. Precisamos mudar, não deixando de investir nos idosos, mas investindo também nos cuidadores, pois eles serão os nossos idosos de amanhã, e para garantir uma maior longevidade com qualidade deve-se começar a investir na saúde, na qualidade de vida hoje e não amanhã.

1.1 PROBLEMA

Com o envelhecimento da população, o número de idosos com doenças crônicas cresce rápida e assustadoramente, e muitos desses necessitam de assistência para a realização das atividades básicas da vida diária.

Os idosos que apresentam comprometimento da saúde física e mental acabam afetando os membros da família e os cuidadores. Esse é um dos grandes desafios encontrados por profissionais que assistem a população idosa, compreender como a saúde física e mental do cuidador pode ser afetada pelas chamadas doenças crônicas e incapacitantes.

O envelhecimento da população ocorre paralelamente a mudanças complexas na sociedade, que abrangem a economia, saúde, família e mercado de trabalho. E para atender às novas perspectivas, os indivíduos tem maiores ocupações, precisam trabalhar mais, dispendo de menos tempo para assistir o idoso e para o seu auto-cuidado.

Além da perda da função em diversos órgãos, ainda existe o dano cognitivo, ou seja, alterações de personalidade ou por deterioração de memória, da capacidade de julgamento, desorientação, alteração de linguagem e dificuldade para o aprendizado.

O resultado das perdas físicas e mentais são os efeitos adversos sobre a saúde do cuidador. Pessoas que assistem idosos funcionalmente comprometidos têm mais problemas de saúde quando comparados a cuidadores de idosos saudáveis. Quando se trata de idosos com danos cognitivos, parece que os problemas de saúde dos cuidadores são ainda maiores, apresentando mais sintomas depressivos, estresse e ansiedade. Além disso, a manifestação de

sintomas é mais comum entre cuidadores de pacientes demenciados, tanto pelo desgaste físico e emocional, quanto por menor disposição para cuidar de si mesmo.

Diante do exposto surge o problema quem cuida do cuidador? É um alerta de que a situação é dramática, cansativa, envolvente e requer equipe interdisciplinar devidamente preparada para seu manuseio. Assim, pode-se propor a seguinte estratégia: a equipe deve ter em mente que a família é o paciente, o que faz com que a avaliação da mesma seja um dos aspectos do diagnóstico. Esta avaliação visa à determinação precisa das reais necessidades do paciente e da família.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar a qualidade de vida dos cuidadores de idosos.

1.2.2 Objetivo Específico

Identificar o perfil sócio econômico do cuidador de idosos.

Relacionar a qualidade de vida com o perfil sócio econômico.

Identificar se os cuidadores desempenham as suas atividades com motivação.

Avaliar as atividades de lazer, esporte e saúde dos cuidadores.

1.3 JUSTIFICATIVA

Com o aumento da expectativa de vida e conseqüente aumento nas internações domiciliares, a busca pela qualidade de vida do cuidador é uma preocupação constante e crescente. Pois o domicílio se torna um local de extremo stress, sem esquecer que o mesmo tem problemas pessoais e muitas vezes dupla jornada de trabalho. Sendo que se o cuidador não estiver bem emocionalmente, ele não poderá prestar assistência de qualidade ao idoso. E pode influenciar negativamente o aspecto psicológico do idoso.

Várias pesquisas demonstram o envelhecimento populacional. Em 1900,

menos de 1% da população tinha mais de 65 anos, no final do século XX esta cifra já atingia 6,2%, acreditando-se que no ano 2050 os idosos serão um quinto da população mundial. (PAPALÉO, 1996)

Pressupondo que o maior desafio do envelhecimento populacional relaciona-se ao viver mais com qualidade, há uma grande necessidade de a saúde pública programar estratégias sobre diferentes aspectos da terceira idade.

O desafio inicial está na demanda crescente por serviços de saúde, pois o processo de envelhecimento humano, individual e coletivamente, propicia aumento progressivo de doenças crônicas e degenerativas. Exigindo cuidados contínuos e assistência de profissionais de saúde regularmente. Mas para que os cuidadores prestem uma boa assistência eles também devem estar bem psicologicamente, fisicamente e emocionalmente.

Logo os cuidadores que se cuidam tem melhores condições físicas e psicológicas para manter o seu bem-estar e continuar cuidando da pessoa idosa. Não é um privilégio, é condição para uma assistência segura.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida é muito mais do que promover a saúde, mais que fazer prevenção primária e secundária de doenças. É a manutenção da saúde através de comportamentos saudáveis, como dieta equilibrada, atividade física, controle de peso, cessação do tabaco e álcool, é o bem estar bio psico e social.

O envelhecimento populacional influencia o mercado de trabalho, a assistência à saúde, a estrutura da família, o consumo, os impostos e a previdência social. Portanto, traz vários desafios para a sociedade no sentido de garantir a melhor qualidade de vida possível, adotando intervenções políticas econômicas, sociais, culturais e ambientais. (FILHO & GORZONI, 2008, p. 187).

A expectativa de vida dos idosos aumentou devido à melhoria da qualidade de vida.

Segundo Papaléo *et al*/ Fries (1996, p. 37):

Tem sugerido que a promoção e a proteção da saúde e a prevenção primária das doenças, principalmente através das mudanças positivas nos hábitos e estilos de vida das pessoas adultas, levarão ao que chamou de “compressão da morbidade”, ou seja, as pessoas vivendo até o limite biológico da existência, que ele sugere serem 115 anos, sem serem acometidas por uma doença crônico-degenerativa e sem incapacidade. O declínio na mortalidade ocorreria, mas a expectativa média de vida da população seria em torno de 85 anos, dado o limite biológico da vida da espécie humana.

Hoje se investe em programas voltados para a saúde do idoso, e esses programas vêm crescendo cada vez mais. Mas onde ficam os cuidadores? Quem investe em programas para a qualidade de vida dos cuidadores? Não podemos esquecer que um dia eles também irão envelhecer, e que para ter um bom envelhecimento necessitam de uma boa qualidade de vida enquanto jovens e

adultos.

Habitualmente referido como processo de transição demográfica, o rápido envelhecimento populacional é reconhecido como fenômeno universal e irreversível, merecedor de séria análise quanto a políticas de saúde coletiva. Justifica-se essa atenção especial pela velocidade da dinâmica desse processo. Verifica-se, por exemplo, que projeções realizadas há duas décadas estimavam a ultrapassagem dos 72 anos como esperança de vida para brasileiros nascidos apenas no ano 2020; as atuais avaliam em 72,4 anos a expectativa de vida dos já nascidos em 2006. considerando-se idoso todo habitante com idade igual ou superior a 60anos, o Brasil apresentou, entre os anos 1960 e a atual década, aumento de aproximadamente 500% dessa população – de 3 milhões para mais de 14 milhões – em pouco mais de 40 anos. O desenvolvimento de programas preventivos e assistenciais a idosos está se tornando o maior desafio a ser cumprido pela saúde pública brasileira neste início de século XXI. (FILHO & GORZONI, 2008, p. 1).

Diante desse contexto, deve-se implementar e ampliar a rede de cobertura dos serviços de saúde e programas de atenção à população idosa e das próximas gerações. Visando melhorar a qualidade de vida dos cuidadores, e oferecendo e garantindo uma boa velhice, ou melhor, garantindo a possibilidade do cuidador desfrutar da tão sonhada longevidade com qualidade.

2.2 CUIDADO, CUIDAR E CUIDADOR

O cuidado é o fundamento da ciência e da arte da enfermagem. Este cuidar é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está fragilizado. É o compromisso com o cuidado existencial que envolve também o auto cuidado, a auto-estima, a auto valorização, a cidadania do outro e da própria pessoa que cuida.

O cuidado existencial é um importante comportamento do cuidado e ocorre quando aquele que cuida compreende o mundo subjetivo do paciente, vivencia a união com este e expressa-a de tal forma que a singularidade de cada um emerge surgindo à dimensão da intersubjetividade, de onde é possível respeitar-se a liberdade de ser de cada um. Portanto, o cuidador existencial entre duas pessoas

transcende o tempo, o espaço e o cotidiano.

É fundamental para a prática da enfermagem gerontológica que o conceito de qualidade de vida assuma muito maior destaque que o conceito de cura da doença. O prioritário é promover a saúde do idoso e não se preocupar com o quadro patológico apenas. O cuidar inclui então, a redução de fatores de risco previsíveis. O objetivo mais importante é buscar o melhor funcionamento possível da pessoa. E este ponto “ótimo” é absolutamente individual, cada um tem o seu.

Existe dois tipos de cuidador, o formal e o informal. O formal é aquele que é contratado para cuidar (enfermeiros, empregada doméstica, acompanhante, etc). O informal na maioria das vezes os familiares, mas também te os vizinhos, amigos e voluntários da comunidade.

À medida que a pessoa torna-se mais dependente, há mudanças de papéis nos membros da família. Se o doente é um dos pais, os filhos mais velhos assumem o papel de decidir e tomar as responsabilidades dos pais. O filho mais velho torna-se cuidador e ficará realmente sobrecarregado com as responsabilidades inerentes a ação de cuidar.

Freqüentemente os familiares sentem-se limitados e os sentimentos de desespero, raiva e frustração alternam-se com a culpa de não estar fazendo o bastante por um parente amado. A rotina doméstica altera-se completamente. Geralmente há uma perda da atividade social da família. Muitos amigos não entendem as mudanças ocorridas com a pessoa que têm demência se afastam. O aumento da despesa também é um fator preocupante para a família.

2.3 RELAÇÃO ENTRE CUIDADOR E O CUIDADO

Qual a motivação do cuidador para cuidar de alguém? Porque o cuidador se propõe a cuidar de alguém? Existem alguns motivos como: solidariedade, empatia, reconhecimento social, ajudar para ser ajudado ou por que foi ajudado, fonte de renda e etc. A maioria desses motivos não ficam claros. Mas de qualquer modo é simples afirmar que o cuidador é movido pelo desejo de ajudar. Seria correto dizer que é isso que se espera dele.

Eu quero dizer que não existe o “cuidador absoluto”, ou seja, nem sempre se colocar no lugar de cuidador significa o efetivo desejo de cuidar, muito menos a plena possibilidade de fazê-lo. Pelo contrário, às vezes o que realmente motiva aquela ação é o desejo de ser ajudado. Em outras ocasiões, o desejo de se beneficiar com a ajuda oferecida. (EUGENIO PAES CAMPOS, 2005, p. 37-38).

Às vezes o tratamento medicamentoso é substituído pelo toque, olhar, ouvir. Nem sempre o doente precisa de medicamentos, de assistência invasiva ou não invasiva, algumas vezes ele necessita ser tocado carinhosamente, cuidadosamente. A patologia é um mecanismo de diálogo, uma comunicação, para que o cuidador perceba que o doente está vivo e não precisa só de remédios ele também precisa de carinho, atenção, quer ser ouvido e compreendido. Nesse caso o ato terapêutico é ouvir, olhar e tocar.

As condições de trabalho do cuidador podem influenciar o encontro entre o cuidador e o idoso. Pois o estresse do cuidador pode estar tão elevado que não permita uma aproximação, ou que faça perder a objetividade nos cuidados necessários. Pode levá-lo a se exceder nesses cuidados ou a sentir raiva do idoso, imaginando-o mais acolhido do que ele próprio.

Diante de tudo que foi exposto, fica claro como é complexo a relação cuidador - cuidado, e a grande necessidade dos cuidadores encontrarem um ambiente que de suporte capaz de sustentar no exercício de suas funções. De

propiciar expressar os sentimentos de alguém que também precisa de cuidados. Quem irá oferecer tal ambiente? Será necessário haver cuidadores de cuidadores? Afinal, quem cuida do cuidador?

2.4 QUEM CUIDA DO CUIDADOR

Desde a década de 70, segundo Caplan (1976) apud Campos (2005), os cuidadores vêm sendo estimulados a trabalhar como suportes sociais para seus pacientes, em grupo ou individualmente. Esse trabalho vem se difundindo por hospitais, ambulatorios, unidades de saúde, ILPIs (Instituições de Longa Permanência para Idosos) e no domicílio dos idosos.

Se considerarmos o estresse que os cuidadores vivenciam no seu dia-a-dia no contato direto com o sofrimento e a morte, é fácil perceber que eles também ficam vulneráveis a doença. Tanto os cuidadores como os doentes necessitam de apoio e suporte. Existe vasta literatura sobre grupos de apoio e suporte voltados para os pacientes e seus familiares em situações de doença, mas poucos são os trabalhos que enfocam os profissionais de saúde necessitando de cuidados e sim demandando cuidados. Alguns autores como (Caplan, 1976; Gottlieb, 1983; Di Matteo & Hays, 1983), apud Campos (2005), mencionarão a importância de se ofertar suporte aos cuidadores. Com o aumento da longevidade a tendência é propor a existência de cuidadores de cuidadores. E oferecer grupos de auto-ajuda para os cuidadores como meio de suporte.

Parto do princípio de que não há um “cuidador absoluto”, como vimos. O cuidador também precisa ser cuidado. Precisa de alguém que lhe dê suporte, que lhe ofereça proteção e apoio, facilitando seu desempenho, compartilhando de algum modo, sua tarefa. (EUGENIO PAES CAMPOS,

2005, p. 42).

O cuidador necessita de reciprocidade, de alguém que lhe dê suporte. Se considerarmos o conceito de suporte social que habitualmente é oferecido por um provedor a um receptor, passa ocorrer entre os próprios provedores (cuidadores). Que em alguns momentos podem estar no lugar de receptores e em outro momento na posição de provedores de cuidado para um colega que esteja necessitando de cuidado.

2.5 CUIDADOR SOB TENSÃO

Um cuidador sob tensão. Pois seu objeto de trabalho é uma pessoa doente. E esse doente encontra-se com sua integridade física, psíquica e social abalada, ferida; com sua auto-estima vulnerável, expressando sofrimento, dor, raiva angustia. O cuidador envolve-se com quem corre risco de vida, e com todos os sentimentos do doente, da família, dos amigos, exigindo do cuidador resultados quantas vezes superior à possibilidade humana de alcançá-los.

Obest et al. Apud Floriani e Schramamm (2006), investigando 47 cuidadores de pacientes com câncer submetidos a tratamento radioterápico, encontram significativa carga para estes cuidadores, com situações potencialmente estressoras e ameaçadoras às suas condições de saúde. Acima de 30% das famílias não tinham ajuda em seus cuidados, e as que recebiam ajuda, esta era proveniente da própria família, ou de amigos, com pouca ajuda de equipes de profissionais da saúde.

O cuidador no seu cotidiano vê-se diante de um conjunto de angustias, de conflitos, de obstáculos diante da assistência e do doente. O doente está vulnerável, fragilizado, querendo apoio, proteção e segurança. Quer assistência perfeita e eficaz. Mas muitas vezes encontra-se ansioso, inseguro, às vezes em pânico,

agressivo, exigente. Ou em alguns casos encontra-se desligado, alheio ao tratamento que foi proposto, prescrito. Pede tratamento, mas não se trata. Quer atenção, mais agride.

Muitas vezes lidar com sofrimento faz com que revivamos momentos pessoais de sofrimento. Torna-nos seres empáticos, sofrendo junto com o doente. Logo conviver com o sofrimento gera sofrimento.

O profissional de saúde é chamado a intervir em situações de risco de vida. A angustia, nessas circunstâncias, é extrema. Desde o doente, que sente a morte iminente, como todos os que amam e não querem perdê-lo. Talvez aqui resida o auge da exigência feita a um ser humano: transformar-se em deus; num ser onipotente, salvador. O resultado todos conhecemos: a frustração; a impotência; a sensação de fracasso diante do inexorável que é a morte. Depois de tantos esforços, de tanto empenho, o “premio” é a incompreensão ou a revolta dos que viram morto seu ente querido. A exigência da perfeição e da onipotência permanece no dia-a-dia dos profissionais de saúde ao lidarem com doentes. Doenças obscuras, de difícil diagnóstico ou de difícil tratamento põem o profissional constantemente diante do sentimento de ignorância, incerteza, impotência e incompetência. (EUGENIO PAES CAMPOS, 2005, p. 34).

Quando se fala em condições de trabalho, com razoável segurança e que não são adequadas para a maioria dos cuidadores. Encontramos um contraste muito grande, devido à desigualdade de renda que assola nosso país, fazendo existir ambientes de trabalhos altamente luxuosos, sofisticados e confortáveis, já com a grande maioria é o contrário, esses se encontram absolutamente desconfortáveis e precários.

Mesmo com os avanços tecnológicos muitas Unidades de Saúde e Hospitais encontram-se desamparadas tecnologicamente. Pois as máquinas, os equipamentos de última geração são caros e muitas vezes os administradores não tem nem como pagar os seus funcionários, como modernizar sem ter dinheiro. A população também se vê desamparada, por que na maioria das vezes não tem poder aquisitivo para poder ter acesso a exames, tratamentos e medicamentos

caros. O cuidador é obrigado a atender bem, mesmo sabendo que não tem recursos adequados para fazê-lo. Logo se o mesmo se recusa ao trabalho, fica sem emprego, e se aceita fica vulnerável as conseqüências da sua assistência prestada sem recursos necessários, que na maioria das vezes recairão sobre o cuidador e na grande maioria sobre as instituições e o sistema de saúde.

Como cada vez mais os cuidadores tem remuneração baixa, se vêem obrigados a manter todo o seu tempo ocupados com trabalhos, isso mesmo trabalhos, pois um não é o suficiente para garantir a mesa farta, conforto, segurança, saúde, moradia, educação e lazer para sua família. E esse se escraviza para garantir uma boa qualidade de vida para sua família, e esquece de si mesmo. De que ele também tem direito a lazer, a educação, a saúde, descanso...

Os cuidadores possuem uma personalidade com pontos fortes e fracos, são mais ou menos maduros, mais ou menos emotivos, mais ou menos competentes, mais ou menos privilegiados socialmente. Muitas vezes vivem conflitos com a família, conflitos esses que podem se afetivos ou materiais. Nem sempre goza de uma boa saúde, nem seus familiares. Sofre por separações ou mortes. Enfim, ocorre tudo aquilo que é comum a qualquer ser humano, sendo ele cuidador ou não. O que diferencia é o trabalho é o fato de que os cuidadores trabalham com doentes, são mal-remunerados, tem poucas oportunidades de qualificação. Obrigam-se a prestar assistência a um número excessivo de doentes, em ambientes com recursos precários. Analisando todas essas dificuldades, não é difícil perceber que os cuidadores estão psicologicamente afetados, são pessoas estressadas, com baixa auto-estima, impotentes, exigidos, sobrecarregados, despreparados, culpados, revoltados, isolados e desamparados.

2.6 O AUTO CUIDADO DO CUIDADOR

O ato de cuidar, de se envolver emocionalmente, se identificar com o doente, torna o cuidador frágil, vulnerável. E cuidar de pessoas doentes é estressante.

Para Campos (2005, p. 112):

“É estressante ver uma pessoa sofrendo fisicamente, psiquicamente, socialmente e nós entramos em contato direto com ela.”

Por tanto, o cuidador é um indivíduo estressado, pois trabalha com pessoas que estão estressadas, vulneráveis, sofrendo, e acabam sofrendo junto, isso não aconteceria se os cuidadores fossem insensíveis. Mas eles são seres humanos como qualquer outro que sofre, chora, dão gargalhadas eles tem sentimentos, e por esse motivo também necessitam de cuidados.

Os cuidadores que cuidam de si mesmos já perceberam que quando estão relaxados, descansados e de bom humor, acham mais fácil realizar as tarefas de cuidar. Significa que se o cuidador estiver bem, melhor será a sua assistência ao idoso.

E quando o cuidador deve cuidar de si mesmo? Felizmente o nosso corpo tem mecanismos que são disparados, quando estamos exigindo demais de nos mesmo. Esses sinais mostram que tem algo errado. Como podemos identificar os sinais de alerta? Preste atenção em alguns sinais: distúrbio do sono; sensação de cansaço contínuo; consumo excessivo de bebidas com cafeína; uso de pílulas para

dormir; dificuldades de se concentrar; isolamento; aumento ou diminuição do apetite; irritabilidade; tendência a acidentarse; passar a tratar as pessoas da família com menos consideração entre outros. Estes sinais mostram que está na hora de parar e cuidar de si.

Schossler et al Lavinsky e Vieira (2007) referem que o despreparo técnico do cuidador domiciliar faz com que não se consiga conciliar o cuidado de si e do outro, ação esta que é essencial para prestar, ao idoso, um cuidado com qualidade. Outros autores, como Fiorani e Schramm (2004), reforçam que a falta de cuidados para consigo faz com que acabe adoecendo devido ao excesso de atividades e que este problema de saúde, muitas vezes, já era existente.

E como os cuidadores devem começar a se cuidar? Eles devem pedir ajuda para cuidar do idoso. Ajuda aos familiares, vizinhos e amigos. Mas o cuidador tem que estar preparado, pois ele irá perceber que algumas pessoas estão mais dispostas a ajudar do que outras.

Para conseguir ajuda dos familiares, o cuidador pode realizar reuniões para discutir sobre o cuidado do idoso, para dizer como está difícil cuidar sozinho, expor suas dificuldades e problemas e pedir ajuda e sugestões para solucionar os problemas. Desta forma é provável que acabe conseguindo ajuda.

Estabelecer limites ao cuidador, aceitando ajuda de outras pessoas, e a maneira que eles sabem ajudar. Se o cuidador principal tem mais experiência, este deve sugerir outras formas de cuidar melhor, em vez de querer que executem o cuidado igual ao seu. Desta maneira evitará conflitos e terá mais colaboradores para o cuidado.

Outra forma de estabelecer limites é dizer não quando o idoso pede mais atenção do que necessita. Muitas vezes os pedidos excessivos vão aumentando e os cuidadores só percebem quando ficam irritados, frustrados com a pessoa idosa, mas sem compreender por que se sentem assim.

Para resolver o problema é preciso estabelecer limites para que continue existindo uma boa relação entre o cuidador e o idoso. É importante dizer não, recusar alguns pedidos sem magoar o idoso e sem nos sentirmos mal por isso.

Recusando alguns pedidos o cuidador irá estimular o auto-cuidado, a independência do idoso, pois este muitas vezes deixa de realizar suas atividades de vida diária, pois tem o cuidador para realizar e este faz melhor. Logo fará bem não só para o cuidador, mas para o idoso também.

Às vezes o cuidador esquece de realizar aquelas atividades que lhes dão prazer e permitem relaxar se recuperando do cansaço e tensão do dia-a-dia. Então, como cuidar da sua própria saúde? Essa é a pergunta que muito cuidadores fazem a si mesmos, quando lembram que estão atolados de trabalhos, tem a família e a casa para cuidar, e ainda tem o idoso que necessita muito do seu cuidado.

Algumas recomendações estão no manual do cuidador da pessoa idosa. Dentre elas estão: dormir bem – é uma das necessidades vitais do ser humano; fazer exercícios físicos regularmente – é uma forma de eliminar a tensão; evitar isolamento – se distanciam de amigos e familiares, isso pode levar a situação de isolamento que aumenta no cuidador, a sensação de sobrecarga e de estresse, podendo ocasionar problemas físicos e psicológicos; sair de casa – dedique um tempo para estar fora de casa, saia para caminhar, respirar ar puro; manter interesses e passatempos – introduza no seu cotidiano momentos de descanso, sem precisar sair de casa. Faça um relaxamento enquanto o idoso está tirando um cochilo durante o dia, leia um bom livro; organizar seu tempo – a falta de tempo é uma das maiores preocupações dos cuidadores. Para ter tempo para as suas necessidades peça ajuda pra um familiar; faça caminhada com o idoso, é uma forma dos dois estarem interagindo e saindo de sua rotina de casa.

Quando cuidamos de uma pessoa idosa temos diversos sentimentos, que podem ser positivos ou negativos em relação ao idoso ou a nós mesmos. É desejável não ter sentimentos negativos, mas é natural que eles apareçam, mas ter consciência que eles existem reconhecê-los e, por fim, saber controlá-los.

Os sentimentos mais comuns dos cuidadores são: aborrecimento, tristeza e sentimentos de culpa. O que fazer para controlar esses sentimentos? Nem sempre o idoso tem intenção de ofendê-lo. Pense que o comportamento irritante e perturbador do idoso está relacionado à sua patologia e não é sua intenção aborrecê-lo; converse com outros cuidadores sobre seu aborrecimentos, troque experiências. O cuidador se sentirá melhor; faça atividades que lhe dão prazer (caminhar, dançar, conversas, passear com amigos), a atividade é inimiga natural da depressão; mantenha senso de humor; afaste o sentimento de culpa, você não é responsável pela doença do idoso.

Uma boa maneira de aliviar as tensões de todos os sentimentos ruins é praticar relaxamento durante uns minutos todos os dias.

Em síntese o cuidador que pratica o auto-cuidado tem melhores condições físicas e psicológicas para manter seu bem estar e continuar cuidando do idoso.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

O tipo de pesquisa a ser utilizado será a pesquisa aplicada onde a sua maior característica é o interesse na aplicação, utilização e conseqüências práticas dos conhecimentos. Preocupando-se com a aplicação imediata dos conhecimentos produzidos.

3.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A abordagem metodológica irá utilizar a pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva.

A pesquisa será desenvolvida com base no método qualitativo, uma vez que este responde a questões muito particulares, preocupando-se, como nas ciências sociais, com um nível de realidade que não é quantificada, mas aberta a captar uma gama de significados, valores, atitudes, crenças, motivos e aspirações. A pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que se estuda não se preocupando com generalizações, princípios e leis (MARTINS, 1989).

A pesquisa qualitativa se preocupa em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez são depositárias de ações, crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalha com a vivência, a experiência e a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada.

A principal finalidade da pesquisa exploratória é desenvolver, esclarecer e

modificar conceitos e idéias. Formulando problemas precisos ou hipóteses para pesquisas e estudos posteriores. Tem o objetivo de proporcionar visão geral.

Na maioria das vezes a pesquisa exploratória é escolhida para realizar a primeira etapa de uma investigação ampla.

Segundo Gil (1999, p. 43):

Quando o tema escolhido é bastante genérico, tornam-se necessários seu esclarecimento e delimitação, o que exige revisão da literatura, discussão com especialistas e outros procedimentos.

Logo o produto final do processo é um problema mais esclarecido, que pode ser investigado mediante procedimentos sistematizados.

A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial descrever as características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis.

No presente estudo a pesquisa descritiva terá como principal objetivo estudar as características de um grupo de cuidadores, sua distribuição por idade, sexo, nível de escolaridade, renda, estado de saúde física e mental e etc.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

As pesquisas sociais necessitam de amostras para trabalhar. Essas amostras são uma pequena parte dos elementos que compõem o universo. No presente estudo a amostra será os cuidadores de idosos que serão selecionados de forma intencional.

População e amostra para Leopardi (2002, p.215):

Grupo que apresenta comportamentos similares, que evocam convergência de significações sobre uma dada realidade, como “os enfermeiros”, “os diabéticos”, “as mulheres em fase de amamentação.

A amostragem intencional não é probabilística, consiste em selecionar um grupo da população que possa representar toda a população. A principal vantagem desse tipo de amostra é o baixo custo da sua seleção.

Neste estudo será aplicado questionário a no mínimo dois cuidadores da Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) e no mínimo á dois cuidadores domiciliares.

Critérios de inclusão:

Ser cuidador de idoso domiciliar ou em ILPI's

Aceitar responder o questionário,

Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de exclusão:

Não ser cuidador de Idosos

Não aceitar responder o questionário

Não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.3.1 Relação de risco - beneficio

O presente estudo não apresenta quaisquer risco a população que

responderá o questionário , tampouco aos idosos, sendo que o benefício imediato será o da reflexão dos cuidadores quanto a qualidade da assistência o que considerar-se-á uma qualificação dos mesmos, elevando o padrão do cuidado prestado.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados serão coletados através de um questionário aberto.

Que segundo Leopardi (2002, p. 180):

Questionário é um meio de obter respostas às perguntas que o próprio informante preenche; contém um conjunto de questões, todas logicamente relacionadas com um problema central.

Definindo questionário, é uma técnica de investigação composta por questões escritas que serão preenchidas pelos sujeitos do estudo. Esse questionário será de questões abertas, sendo assim, o que interessa para o estudo é a percepção do sujeito, sentimentos, crenças, valores e etc.

3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

O resultado da pesquisa será realizado pela categorização dos dados e interpretados pela análise de conteúdo de Minayo.

Segundo Bardin (1979):

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por

reagrupamento segundo gênero (analogia), com os critérios previamente definidos.

A classificação de elementos em categorias implica em investigar o que cada um deles tem em comum um com o outro. A parte comum existente entre eles é o que vai permitir o seu agrupamento.

Dentre os critérios de categorização encontramos o semântico (categorias temáticas), sintático (os verbos, os adjetivos), léxico (classificação das palavras segundo o sentido) e expressivo (categorias que classificam as diversas perturbações da linguagem).

O primeiro objetivo da categorização é fornecer por condensação, uma representação dos dados em bruto.

Desde criança aprendemos na escola a categorizar, como: classificando e ordenando papéis a serem cortados para a realização de atividades na escola.

Análise de conteúdo, esse termo significa mais do que um procedimento técnico. Ele faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais.

Segundo Minayo *et al* Bardin (2004, p.199) a análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção destas mensagens.

A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem como finalidade a descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto da comunicação.

Talvez um bom analista será, alguém que tenha capacidade de categorizar em função de um material sempre novo e de teorias evolutivas.

3.6 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O estudo será realizado em uma ILPIs (Instituição de Longa Permanência Para Idosos) e no domicílio dos idosos, em um município do extremo sul catarinense, os quais serão escolhidos intencionalmente.

4 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

O estudo apresentou cinco cuidadores que serão representados pela letra P de participante seguidos de um numeral para indicar quem respondeu o questionário apresentado, P1 , P2, P3, P4, P5.

1- Você gosta do que faz? (valor fisiológico)

P 1, P3 e P4 responderam que sim; P 2 respondeu que sim , no início foi um grande desafio. Mas com o tempo fui aprendendo a lidar com a limitação de cada um. e P 5 respondeu : Com certeza

2- O que é qualidade de vida para você? (valor cognitivo)

P 1 Trabalho, lazer, saúde e tranquilidade.

P 2 É conforto, segurança, respeito, viver dignamente gozando de seu direito de cidadão, trabalhar para uma vida melhor.

P 3 Receber os filhos em casa, passear, comer bem, caminhar e exercício.

P 4 Ter estabilidade em todos os sentidos.

P 5 É viver dignamente em todos os sentidos.

3- O que você faz para se cuidar? (valor relativo ao ego)

P1 Reflito o que me faz bem e mal, procuro dar ênfase ao que me faz bem, cuido na alimentação e sono.

P2 Sinceramente não dedico um tempo ao meu auto-cuidado, minha rotina é muito corrida.

P3 Me cuidando na minha beleza e do meu bem estar.

P4 Hoje prioridade pra mim é o bem estar da minha mãe.

P5 Quase nada.

4- Você sabe por limites ao seu cuidado? (cognitivo)

P1 Sim.

P2 Sim, até porque trabalhamos muito com limitação.

P3 Sim, me cuido na alimentação e no remédio da pressão.

P4 Não.

P5 Não.

5- Como você age quando se sente aborrecido, irritado e cansado? (ego)

P1 Paro e descanso.

P2 Tento superar esses sentimentos naturalmente, não procuro ajuda específica, nem medicações.

P3 Eu tento me acalmar e dormir.

P4 Acabo aborrecendo quem está por perto.

P5 As vezes rodo a baiana e outras vezes me reprimo.

6- Você tem algum sentimento de culpa, em relação ao seu cuidado e do idoso?

(segurança emocional)

P1 Não. Faço tudo de acordo com os conhecimentos adquiridos, e consciência, me dedico bastante, amo o que faço.

P2 Ao meu cuidado não. Pois me dedico ao meu trabalho e esqueço de mim. Ao idoso sinto. Pois para mim, a vida dele, o bem estar depende de nós.

P3 Sim, às vezes ir no médico e não tenho tempo.

P4 Ao meu cuidado não, quanto ao da mãe sim. Deveria ter começado a cuidá-la muito antes.

P5 Não o que faço é com amor e dedicação.

7- O que você faz para superar esse sentimento de culpa? (segurança emocional)

P1 Não tenho sentimento de culpa. Faço o meu melhor.

P2 Melhorando, ou melhor, dedicando maior cuidado, transmitindo carinho.

P3 É procurar o melhor pra mim.

P4 Tento dar o melhor de mim.

P5 Não tenho culpa, pois o amor é maior que tudo.

8- Você recebe ajuda de alguém para prestar os cuidados? (Família, vizinhos, secretárias do lar). (reconhecimento)

P1 Sim, várias pessoas.

P2 Sim, de toda a equipe funcional do lar.

P3 Não.

P4 Apoio da família.

P5 Só por amor ao dom da vida que só a mãe me deu.

9- Alguém critica o seu cuidado? (reconhecimento)

P1 Sim.

P2 Sim, a própria equipe.

P3 Não.

P4 Sim.

P5 Sempre tem críticas.

10- E o que você faz quando recebe críticas? (reconhecimento)

P1 Analiso todas para ver se tem fundamento, acredito que algumas mudanças são positivas para o resultado final.

P2 Paro e reflito para verificar se estão corretos, se não estão, faço das críticas degraus para superar desafios.

P3 Não dou ouvido.

P4 Recebo e procuro melhorar o máximo.

P5 Fico triste, mas continuo mostrando que faço por amor.

11- Por que você aceitou cuidar de idosos? (valores práticos)

P1 Foi por acaso, mas gostei muito.

P2 Iniciei meu trabalho como estagiária, faço pedagogia. Imaginava ser chamada pra lecionar numa escola. Mas não. O destino me colocou aqui no lar para fazer minha missão.

P3 Sempre cuidei porque eu gosto.

P4 Por ser minha mãe.

P5 Pelo amor que tenho por quem me deu a vida.

12- Você é pago para prestar cuidado? (valores práticos)

P1 Sim.

P2 Sim. Hoje sou contratada pelo lar e ganho mensalmente.

P3 Sim.

P4 Não.

P5 Quando me coloquei a disposição para cuidar dela eu não quis nada, amor de mãe não tem dinheiro que possa pagar. Eu amo minha mãe e o faço com amor. Não existe dinheiro no meu serviço.

5 CATEGORIZAÇÃO

Neste capítulo apresentaremos a categorização seguida da análise dos dados onde teremos:

CATEGORIA 1: Satisfação pelo trabalho

Nesta categoria o estudo percebeu que as pessoas questionadas responderam que gostam do que fazem, o que demonstra Satisfação pelo trabalho realizado.

O que contradiz Tomiko Born, 2008 o qual fala que

Afastar os sentimentos de culpa – Como outras pessoas na mesma situação, é possível que de vez em quando você tenha sentimentos de culpa. Diversos motivos podem facilmente provocar esses sentimentos. Por exemplo, quando um cuidador é demasiado exigente consigo mesmo, freqüentemente acaba experimentando sentimentos de culpa. Se um cuidador familiar pensa que tem que atender a todas as necessidades e desejos da pessoa idosa, é bem provável que não possa cumprir todas e, finalmente, sinta-se culpado por isso. Nestes casos, o cuidador familiar está pensando que deveria (deveria fazer..., deveria atender mais..., deveria ter mais paciência, etc).

Freqüentemente os familiares sentem-se limitados e os sentimentos de desespero, raiva e frustração alternam-se com a culpa de não estar fazendo o bastante por um parente amado. A rotina doméstica altera-se completamente. Geralmente há uma perda da atividade social da família. Muitos amigos não entendem as mudanças ocorridas com a pessoa que têm demência se afastam. O aumento da despesa também é um fator preocupante para a família.

CATEGORIA 2: Qualidade de vida

Nesta categoria o estudo nos mostrou que as participantes sabem o que é ter e como conquistar a qualidade de vida. O que corrobora com Papaléo *et al* Fries, 1996 o qual

Tem sugerido que a promoção e a proteção da saúde e a prevenção primária das doenças, principalmente através das mudanças positivas nos hábitos e estilos de vida das pessoas adultas, levarão ao que chamou de “compressão da morbidade”, ou seja, as pessoas vivendo até o limite biológico da existência, que ele sugere ser 115 anos, sem serem acometidas por uma doença crônico-degenerativa e sem incapacidade. O declínio na mortalidade ocorreria, mas a expectativa média de vida da população seria em torno de 85 anos, dado o limite biológico da vida da espécie humana.

Quando constatamos que entre os remédios mais vendidos do mundo estão os ansiolíticos , e os antidepressivos, vimos que muita gente rompeu com princípios simples, como dormir, relaxar, praticar atividade física sistemática, alimentação adequada... Precisamos recuperar o encantamento com a vida, o entusiasmo. Saúde é ter alegria, energia, vitalidade, disposição. Saúde é um processo biopsicossocial de equilíbrio do organismo.

Qualidade de vida é muito mais do que promover a saúde, mais que fazer prevenção primária e secundária de doenças. É a manutenção da saúde através de comportamentos saudáveis, como dieta equilibrada, atividade física, controle de peso, cessação do tabaco e álcool, é o bem estar bio psico e social.

CATEGORIA 3: Auto-cuidado

Nesta categoria as participantes se contradizem em relação à conquista pela

qualidade de vida. Pois anteriormente elas deixam claro o que é qualidade de vida e como conquistar. Ficando evidente a dicotomia Teoria X Prática, verbalizada através das respostas das pesquisadas. Algumas pessoas acham que conhecer a teoria é o bastante para criar sua realidade, sem que nada mais precise ser feito. Não por acaso se diz que na prática a teoria é outra.

Para Campos, 2005

“É estressante ver uma pessoa sofrendo fisicamente, psiquicamente, socialmente e nós entramos em contato direto com ela.”

O ato de cuidar, de se envolver emocionalmente, se identificar com o doente, torna o cuidador frágil, vulnerável. E cuidar de pessoas doentes é estressante.

Por tanto, o cuidador é um indivíduo estressado, pois trabalha com pessoas que estão estressadas, vulneráveis, sofrendo, e acabam sofrendo junto, isso não aconteceria se os cuidadores fossem insensíveis

CATEGORIA 4: Limites do cuidar

Nesta categoria podemos perceber que três participantes sabem por limites ao seu cuidado, já as duas restantes não. Sendo que estas são cuidadoras familiares. Onde Tomiko Born, 2008 fala

Alguns cuidadores familiares exageram nas suas responsabilidades, proporcionando cuidados superiores ao necessário. Em alguns casos, os cuidadores familiares, acostumados a atender a pessoa idosa, pensam que podem fazer melhor e mais rapidamente que qualquer outra pessoa. Uma boa fórmula para combater esta tendência é aceitar **ajuda**.

Dessa forma os cuidadores terão mais tempo pra praticar o auto cuidado. Melhorando o seu estilo de vida, seu humor, sua vida pessoal e profissional, sua saúde e isso irão refletir no cuidado do idoso. Logo as pessoas que se cuidam, que sabem impor limites ao seu cuidado, são pessoas menos estressadas e que praticam um cuidado com mais qualidade aos idosos.

CATEGORIA 5: Enfrentamento ao stress

Nesta categoria quase todas as participantes conseguem conviver bem com o aborrecimento, a irritação e o cansaço. Apenas uma participante não consegue enfrentar bem com esses sentimentos, pois a mesma diz que às vezes acaba aborrecendo os que estão ao seu redor. Isso demonstra certa dificuldade de praticar o auto cuidado. O meio ambiente, o meio social, suas emoções, seus hábitos, a maneira como administramos o tempo... Tudo se reflete em nossa forma de viver. A maneira em que vivemos é que determina tudo.

Tomiko Born, 2008 demonstra isso em sua fala

“Cuidar de uma pessoa implica numa série de exigências que podem prejudicar notavelmente o cuidador familiar, tanto do ponto de vista físico como psicológico. Às vezes, nos descuidamos daquelas atividades que nos permitem recuperarmo-nos do cansaço e tensão de cada dia.”

Uma boa maneira de aliviar as tensões de todos os sentimentos ruins é praticar relaxamento durante uns minutos todos os dias.

O cuidador que pratica o auto cuidado tem melhores condições físicas e psicológicas para manter seu bem estar e continuar cuidando do idoso.

CATEGORIA 6: Sentimento de culpa

Nesta categoria percebe-se que duas participantes não possuem sentimento de culpa em relação ao seu cuidado e do idoso, já duas participantes sentem em relação ao cuidado com o idoso. E uma referente ao seu auto cuidado.

Campos, 2005 diz

Parto do principio de que não há um “cuidador absoluto”, como vimos. O cuidador também precisa ser cuidado. Precisa de alguém que lhe dê suporte, que lhe ofereça proteção e apoio, facilitando seu desempenho, compartilhando de algum modo, sua tarefa.

Alguns autores como (Caplan, 1976; Gottieb, 1983; Di Matteo & Hays, 1983), apud Campos (2005), mencionarão a importância de se ofertar suporte aos cuidadores. Com o aumento da longevidade a tendência é propor a existência de cuidadores de cuidadores. E oferecer grupos de auto-ajuda para os cuidadores como meio de suporte.

CATEGORIA 7: Superação

Nesta categoria duas participantes dizem não ter sentimentos de culpa. Uma diz que procura o melhor pra ela e, as duas restantes elas buscam melhorar o cuidado com o idoso, de que forma; dedicando maior cuidado, transmitindo mais carinho, dando o melhor de si.

Muitas vezes essas cuidadoras que procuram dar o melhor de si, acabam desestimulando a independência do idoso. O que tende a prejudicar a sua reabilitação, a melhora da auto-estima, das habilidades psicomotoras. Isso acontece porque os cuidadores tendem a dedicar mais tempo aliviando os problemas e

dificuldades que os idosos possuem, esquecendo de prestar mais atenção nas suas capacidades.

Tomiko Born, 2008 sugere

Ajude nas tarefas que são mais difíceis (fechar botões, por exemplo) mas, colabore com ele (animando-o, dizendo-lhe como fazer) para que continue realizando por si mesmo as tarefas que ele pode fazer com mais facilidade. Se, você faz tudo por ele, seu idoso vai acabar esquecendo até as coisas mais fáceis.

O melhor a se fazer é estimular o auto cuidado do idoso, a independência. Pois assim você estará fazendo bem para ele e para você. Dessa forma você não estará mais cansado, exausto de realizar as atividades que o idoso pode realizar com dificuldade por que ele não era estimulado a fazê-las. Sendo assim, o resultado será um idoso digamos que auto-suficiente, independente e um cuidador menos estressado, aliviado das tensões, e com uma melhora na qualidade de vida.

CATEGORIA 8: Gregária

Nesta categoria o estudo percebeu que três participantes recebem ajuda da família e da equipe do lar. Uma não recebe ajuda, e a outra só por amor ao dom da vida que só a mãe lhe deu.

Obest et al. Apud Floriani e Schramamm (2006), investigando 47 cuidadores de pacientes com câncer submetidos a tratamento radioterápico, encontram significativa carga para estes cuidadores, com situações potencialmente estressoras e ameaçadoras às suas condições de saúde. Acima de 30% das famílias não tinham ajuda em seus cuidados, e as que recebiam ajuda, esta era proveniente da própria família, ou de amigos, com pouca ajuda de equipes de profissionais da saúde.

O cuidador necessita de reciprocidade, de alguém que lhe dê suporte. Se

considerarmos o conceito de suporte social que habitualmente é oferecido por um provedor a um receptor, passa ocorrer entre os próprios provedores (cuidadores). Que em alguns momentos podem estar no lugar de receptores e em outro momento na posição de provedores de cuidado para um colega que esteja necessitando de cuidado.

CATEGORIA 9: Aceitação a críticas

Nesta categoria quatro participantes afirmam que recebem críticas sobre o seu cuidado. Apenas uma participante diz não receber críticas.

As críticas já fazem parte do cotidiano das pessoas, ainda mais quando se trata de um cuidador, pois o outro sempre acha que pode fazer melhor. Mas nem sempre o faz. Normalmente faz as críticas e fica por isso, pois é mais fácil criticar do que se dispor a ajudar o próximo.

Schossler et al Lavinsky e Vieira (2004) referem que o despreparo técnico do cuidador domiciliar faz com que não se consiga conciliar o cuidado de si e do outro, ação esta que é essencial para prestar, ao idoso, um cuidado com qualidade. Outros autores, como Fiorani e Schramm (2004), reforçam que a falta de cuidados para consigo faz com que acabe adoecendo devido ao excesso de atividades e que este problema de saúde, muitas vezes, já era existente.

CATEGORIA 10: Enfrentamento as críticas

Nesta categoria três participantes mostram que sabem receber e enfrentam as críticas de uma forma construtiva. Pois elas recebem, analisam e procuram melhorar de acordo com as mesmas. Uma diz que fica triste, mas continua

mostrando que faz por amor, e a outra diz que não dá ouvido.

O estudo percebeu que as participantes que enfrentam bem as críticas, são pessoas mais seguras, que sabem o que estão fazendo e sabem o que fazer para melhorar. Verifica-se isso nas falas das participantes P1”...Acredito que algumas mudanças são positivas para o resultado final.” Na fala da P2”...Faço das críticas degraus para superar desafios.” Já as outras duas participantes não parecem seguras. Pois não aceitam as críticas de forma construtiva. O que acarreta tristeza como podemos ver na fala da P5”Fico triste....” Desta forma constatou-se que o mal enfrentamento das críticas não traz benefícios para as cuidadoras. Que ao invés de se orgulharem do seu cuidado, ficam remoendo críticas que lhes foram feitas e que não terão retorno ao seu cuidado. Logo o mau enfrentamento dessas críticas não trará benefícios para os idosos.

Schossler et al Caldas (2007) refere que o cuidador domiciliar deve ser preparado pela equipe de saúde para lidar com sentimentos que podem emergir da relação de cuidado, como a culpa, a frustração, a raiva e a depressão.

CATEGORIA 11: Tomada de decisão

Nesta categoria duas participantes aceitaram cuidar por ser sua mãe. Uma diz cuidar por que gosta, outra diz que foi por acaso, mas gostou e a última participante diz que começou como estagiária e hoje é contratada.

Schossler 2007 fala que

O cuidado humano se estrutura em valores humanistas, como a bondade, a empatia, o amor e o respeito, a solidariedade, a compaixão, dentre outros

construtos que podem ser evidenciadas nas maneiras de ser e estar com o outro e que se expressam num dado contexto, baseados na reflexão das experiências vividas.

O ato de cuidar é muitas vezes manifestado pela vontade de ser cuidado. De que alguém possa enxergar um ser que ali necessita de cuidados. Talvez não necessite de cuidados imediatos, mas que no futuro venha a precisar de cuidados. Dessa forma muitos cuidam para no futuro serem cuidados.

CATEGORIA 12: Financeiro

Nesta categoria perceberam-se três participantes recebem pra prestar os cuidados e as outras duas não recebem. Sendo que na fala da P5 Quando me coloquei a disposição para cuidar dela eu não quis nada, amor de mãe não tem dinheiro que possa pagar. Eu amo minha mãe e o faço com amor. Não existe dinheiro no meu serviço. Podemos perceber que o cuidado prestado de certa forma é o “pagamento” pela vida e pelos anos de amor que sua mãe lhe deu durante o seu crescimento.

Schossler, 2007 fala que

Esta condição se evidencia no cuidado no domicílio que, por ser contínuo, caracteriza-se pela proximidade daqueles que o fazem acontecer. Fato este que determina formas de cuidar do idoso, possibilitando ir além de uma ação e caracterizando-se por um compromisso moral nesta relação. Assim sendo, embora se desvele um compromisso autêntico do cuidador domiciliar para com o idoso, constata-se que, por mergulhar neste propósito, deixa de considerar o cuidado de si ou de priorizar o seu atendimento, o que resulta no descuido para consigo. A dedicação do cuidador domiciliar em relação ao idoso transcende uma simples ação de cuidar assumindo valores éticos e morais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o estudo observando-se o estilo de vida da maioria das pessoas, percebeu-se muita correria sem sentido, vida cheia de preocupações, falta de alegria e angústia.

O objetivo desta pesquisa foi levar o poder do conhecimento e a capacidade de melhorar a sua qualidade de vida.

Fala-se muito em qualidade de vida. Viver em equilíbrio parece ser a mensagem deste século.

Quando constatamos que entre os remédios mais vendidos do mundo estão os ansiolíticos, e os antidepressivos, vimos que muita gente rompeu com princípios simples, como dormir, relaxar, praticar atividade física sistemática, alimentação adequada... Precisamos recuperar o encantamento com a vida, o entusiasmo. Saúde é ter alegria, energia, vitalidade, disposição. Saúde é um processo biopsicossocial de equilíbrio do organismo.

Não é o que o estudo percebeu na fala da P4 quando foi questionada sobre o que faz pra se cuidar? E ela responde “Hoje prioridade para mim é o bem estar de minha mãe.”

Demonstrando não se preocupar com sua saúde. Não sabendo que os danos em longo prazo desse descaso com a sua saúde, poderá lhe acarretar danos irreversíveis e até uma piora no cuidado da sua mãe.

O que faz a diferença são nossos hábitos destruidores. Um estilo de vida de desrespeito a nossa saúde.

O meio ambiente, o meio social, suas emoções, seus hábitos, a maneira como administramos o tempo... Tudo se reflete em nossa forma de viver. A maneira

em que vivemos é que determina tudo.

Não precisamos ter um infarto, ficar depressivo, ver desmoronar toda uma vida para tomar uma decisão que nos conduza a uma vida mais agradável.

O segredo, portanto, está no equilíbrio para tornar a existência mais leve, ter uma vida mais longa e, sobretudo, para ser mais feliz. Esse é o verdadeiro sentido, esse é o valor que devemos perseguir. A construção de uma vida de boa qualidade não depende de um aspecto isolado. A complexidade da vida tem à medida que lhe damos.

Nosso destino será outro – e muito melhor, assim que começarmos a mudar alguns hábitos. A mudança começa por pequenos gestos. Pode ser uma curta caminhada por exemplo. A reação é maravilhosa. Parece que nosso corpo está à espera que se faça alguma coisa por ele. Através deste gesto atingimos objetivos maiores, fortalecemos o coração e ajudamos o cérebro a funcionar melhor, então começamos a elevar nossa qualidade de vida.

Nosso organismo está sempre mostrando, por dores, insônia, mal estar, etc., que alguma coisa anda errado, porém quase nunca o escutamos. Tudo tem uma causa. Quando ele falar, escute. Pare um minuto! Pare uma hora, mas pare!

Se você acha que sabe tudo pra ter uma vida melhor, mas não fez nenhuma mudança, esqueça... Saber e não fazer ainda não é saber.

Algumas pessoas acham que conhecer a teoria é o bastante para criar sua realidade, sem que nada mais precise ser feito. Não por acaso se diz que na prática a teoria é outra.

Somos todos dependentes da saúde e está comprovado que o desempenho físico nos proporciona outra postura mental e emocional.

Dormir, acordar e trabalhar de forma que não gratifique vai destruindo a

saúde física e mental. Os acontecimentos cotidianos afetam a todos, porém cada um reage à sua maneira.

Quem oscila de humor com frequência está fora do eixo. Esse é um dos sintomas de desequilíbrio interno que percebemos como sinal de alerta importante. Quem se encontra nesse estado, necessita começar a dormir melhor, caminhar e, principalmente ter uma rotina de relaxamento. Irritabilidade e mau humor freqüente são alertas preciosos.

Não saber lidar com sentimentos de raiva, irritabilidade, aborrecimento, cansaço entre outros tantos sentimentos ruins que convivemos no nosso cotidiano. Levam-nos a um desequilíbrio emocional, psicológico, fisiológico muito grande. Acarretando em alguns casos discussões familiares, acabando com a harmonia da família. Podemos perceber esse grave problema na fala da P4 quando questionada sobre como age quando se sente aborrecida, irritada e cansada? Ela responde “Acabo aborrecendo que está por perto.”

O estudo sugere que outras pesquisas sejam realizadas aprofundando o assunto, debatendo o papel dos cuidadores e sua saúde e ainda sobre as Instituições de Longa Permanência e sua função social

Concluindo a idéia básica é: Qualidade de vida é uma busca permanente do equilíbrio entre diversas atividades que desempenhamos todos os dias (trabalho, família, lazer, esportes, compromissos sociais e muitos outros). O que corrobora com a Constituição Federal no seu capítulo referente a saúde.

Alcançar esse equilíbrio exige método e disciplina. Além de leis que garantam os direitos dos idosos e de seus cuidadores, observando o crescimento da expectativa de vida da população.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edição Revista e Atualizada, 1979.

BORN, Tomiko. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência** – Manual do Cuidador da Pessoa Idosa – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.

CAMPOS, Eugenio Paes. **Quem Cuida do Cuidador**: uma proposta para os profissionais de saúde. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida; TONINI, Teresa. **Gerontologia**: atuação da enfermagem no processo do envelhecimento – São Caetano do Sul, SP: ed. Yendis, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

JACOB FILHO, Wilson; GORZONI, Milton Luiz. **Geriatría e Gerontologia**: o que todos devem saber: São Paulo: Roca, 2008.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/ Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A Pesquisa Qualitativa em Psicologia**: Fundamentos e Recursos Básicos: São Paulo: Moraes/ Educ, 1989.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

PAPALÉO NETO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

VIEIRA, Elisabete Brandão. **Manual de Gerontologia**: Um Guia Teórico-Prático para Profissionais, Cuidadores e Familiares: Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000603489&loc=2007&l=8b2dd1172>

00ffbf

<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v22n3/07.pdf>

APÊNDICE

APÊNDICE I - Questionário

Nome:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Estado civil:

Local de Trabalho:

1- Você gosta do que faz? (valor fisiológico)

2- O que é qualidade de vida para você? (valor cognitivo)

3- O que você faz para se cuidar? (valor relativo ao ego)

4- Você sabe por limites ao seu cuidado? (cognitivo)

5- Como você age quando se sente aborrecido, irritado e cansado? (ego)

6- Você tem algum sentimento de culpa, em relação ao seu cuidado e do idoso?
(segurança emocional)

7- O que você faz para superar esse sentimento de culpa? (segurança emocional)

8- Você recebe ajuda de alguém para prestar os cuidados? (Família, vizinhos,
secretárias do lar). (reconhecimento)

9- Alguém critica o seu cuidado? (reconhecimento)

10- E o que você faz quando recebe críticas? (reconhecimento)

11- Por que você aceitou cuidar de idosos? (valores práticos)

12- Você é pago para prestar cuidado? (valores práticos)