

Papéis ocupacionais, benefícios, ônus e modos de enfrentamento de problemas: Um estudo descritivo sobre cuidadoras de idosos dependentes no contexto da família

Daniel Ferreira Dahdah^{a,b}, Ana Maria Pimenta Carvalho^c

^aCentro Universitário Claretiano, Batatais, SP, Brasil

^bHospital Estadual de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil

^cEscola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Resumo: O papel ocupacional de cuidador é visto como oneroso, uma vez que os cuidadores têm maior risco de adoecer e de ter perdas no seu desempenho ocupacional. Entretanto, estudos recentes apontam benefícios, inclusive crescimento pessoal e reconhecimento social. No presente trabalho buscou-se identificar indicadores sociais, estratégias de enfrentamento, percepção de benefícios e ônus e alterações nos papéis ocupacionais de cuidadores de idosos. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal. A coleta ocorreu nas enfermarias de dois hospitais de Ribeirão Preto, SP. Foram incluídas 20 cuidadoras, 50% apresentaram baixa escolaridade, 60% eram católicas, 75% filhas, 95% moravam com o idoso, 80% eram cuidadoras há mais de um ano e 65% por mais de 12 horas ao dia. As estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram as focalizadas no problema. O domínio psicológico positivo foi o mais frequente. Ocorreram perdas no desempenho de papéis ocupacionais e no interesse por novos papéis no futuro. Foi possível identificar aspectos benéficos e onerosos do cuidado, além de alterações no desempenho ocupacional apontando uma demanda para a Terapia Ocupacional.

Palavras-chave: *Idoso, Cuidadores, Avaliação, Papel (figurativo).*

Occupational roles, benefits, burdens, and ways of coping with problems: A descriptive study on caregivers of dependent elderly in the context of family

Abstract: The occupational role of caregiver is seen as demanding. Caregivers present higher risks of illness and loss in occupational performance. However, recent studies have shown some benefits to this role, including personal growth and social recognition. The present study aimed to identify social indicators, coping strategies, perceived benefits, and burdens and changes in the occupational roles of caregivers. This is a quantitative, descriptive, cross-sectional study. The sites were two hospitals in the municipality of Ribeirão Preto, São Paulo state. The 20 caregivers included in the study showed the following characteristics: mean age of 51, 50% with low educational level, 60% Catholic, 75% female, 95% living with the elderly, 80% caring for the elderly for over one year, and 65% caring for the elderly for more than 12 hours a day. The most commonly used coping strategies were focused on the problem. The positive psychological domain was the most frequent. Losses occurred in the performance of occupational roles and interest in new future roles. Benefits and burden of care were identified, as well as changes in occupational performance, indicating a demand for occupational therapy.

Keywords: *Elderly, Caregivers, Evaluation, Role.*

1 Introdução

Comparando o censo populacional de 2000 com o de 2010 nota-se um aumento de mais de 6 milhões de pessoas na faixa etária correspondente à velhice. Atualmente, no Brasil existe um número superior a 20 milhões de idosos (INSTITUTO..., 2000, 2010).

O envelhecimento, por si só, não está necessariamente relacionado a doenças e incapacidades, no entanto, as doenças dos idosos, em geral, são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos, demandam mais serviços de saúde e exigem cuidados permanentes. Além disso, a cronicidade das doenças e as comorbidades no idoso estão diretamente relacionadas com maior incapacidade funcional (GIACOMIN et al., 2005; ALVES et al., 2007).

Especialmente em relação ao doente crônico, a família vem arcando com o cuidado que se volta para o controle da doença e a prevenção das possíveis sequelas. Essa responsabilidade incide de modo particular em um dos membros dessa família, denominado cuidador principal (YUASSO, 2006).

Para a Terapia Ocupacional, quando um familiar se torna o cuidador principal do idoso, ele assume um novo papel ocupacional, que acumula com os outros papéis já desempenhados.

A Organização Mundial de Saúde (2003), em sua Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), afirma que o desempenho de atividades e a participação social são elementos fundamentais no modelo de análise do impacto da condição de saúde/doença. Assim, o desempenho de funções ocupacionais é um componente vital para a adaptação biopsicossocial do indivíduo.

Reilly (1966 apud BARRETT; KIELHOFNER, 2002) afirma que as atividades que ocupam o tempo de uma pessoa, que envolvem conquistas e que tratam da realidade econômica da vida formam o comportamento ocupacional da pessoa.

O comportamento ocupacional num sentido mais restrito compreende a rotina de trabalho, jogos e repouso, dentro de um ambiente com características físicas, temporais e sociais (MATSUTSUYU, 1971; SHANNON, 1972 apud BARRETT; KIELHOFNER, 2002).

A partir do comportamento ocupacional desenvolveu-se o Modelo da Ocupação Humana (MOH), com o objetivo de sintetizar muitos dos temas do comportamento ocupacional dentro de uma planilha adequada como guia prático (BARRETT; KIELHOFNER, 2002).

O MOH permite pensar sobre o comportamento ocupacional de uma pessoa e as suas disfunções. Seus conceitos se baseiam em motivação para a ocupação, padrões de rotina do comportamento ocupacional, natureza do desempenho trabalhado e a influência do ambiente na ocupação (BARRETT; KIELHOFNER, 2002).

O MOH enfatiza dois pontos principais: o primeiro concorda que o comportamento é dinâmico e depende do ambiente, uma vez que entende que motivação e capacidade interagem com o ambiente e que o comportamento emerge dessa interação dinâmica; o segundo concorda que a ocupação é essencial para a organização própria do homem, visto que as ocupações das pessoas exercitam suas capacidades e geram experiências que confirmam e modelam sua psique (BARRETT; KIELHOFNER, 2002).

Os papéis são os meios pelos quais as pessoas expressam seu comportamento ocupacional, considerando-se, inclusive, as expectativas comportamentais que acompanham a posição social ocupada por uma pessoa. Os papéis fazem a ponte entre as necessidades do ambiente social e as contribuições do indivíduo (HEARD, 1977 apud BARRETT; KIELHOFNER, 2002).

Branholm e Fugl-Meyer (1994, apud CORDEIRO, 2005) afirmam que os indivíduos desempenham suas atividades dentro dos papéis ocupacionais que assumem durante o decorrer de sua vida. Esses papéis ocupacionais contribuem para a identidade pessoal e conduzem as expectativas sociais para uma realização, organizando o uso do tempo e envolvendo os indivíduos na estrutura social, além de envolverem também obrigações e posições que os indivíduos ocupam em grupos sociais e a forma como interagem dentro deles.

A AOTA (AMERICAN..., 2008) define papéis como conjuntos de comportamentos esperados pela sociedade, modelados pela cultura e conceituados e definidos pelas próprias pessoas que os desempenham. São os papéis que orientam a seleção de ocupações.

Os indivíduos desempenham suas atividades conforme os papéis ocupacionais que assumem durante o decorrer de sua vida. Esses contribuem para a identidade pessoal e norteiam as expectativas sociais, organizando o uso do tempo e envolvendo os indivíduos na estrutura social. Ainda incluem obrigações e posições que as pessoas ocupam em grupos sociais e o modo como neles interagem (BRANHOLM; FUGL-MEYER, 1994).

O papel de cuidador é um entre outros papéis ocupacionais. Compreender a forma como ele é

desempenhado em conjunto com outros papéis assumidos auxilia a desenvolver o equilíbrio nas diversas áreas de desempenho ocupacional do sujeito.

Vários estudos mostram o impacto negativo na saúde do cuidador, tais como estresse, desamparo, perda de controle, falta de domínio, vergonha, exclusão, incômodo, risco de adoecer, acúmulo de trabalho em casa. Além disso, identifica-se sobrecarga em diversos domínios da vida do cuidador, como: social, físico, emocional, espiritual, ocorrendo o cuidado ininterrupto, a ausência de apoio institucional da própria família e da sociedade em geral (GIACOMIN et al., 2005; SANTOS; PELZER; RODRIGUES, 2007; PIMENTA et al., 2009; GARRIDO; MENEZES, 2004).

No entanto, a partir do final da década de 1980, os benefícios de exercer o cuidado começaram a ganhar visibilidade (SOMMERHALDER; NERI, 2006). O termo benefício é usado para referir as avaliações positivas da experiência de cuidar e pode ser definido de forma ampla como uma extensão na qual o papel de cuidador é avaliado na melhoria do um indivíduo e seu espaço de vida, sendo uma experiência enriquecedora. O termo pode incluir qualquer retorno positivo, afetivo ou prático, resultante diretamente do fato de se tornar um cuidador. Há outros termos com a mesma conotação, tais como retribuição, ganho, recompensa, satisfação, gratificação, prazer, alegria e aspectos positivos (SOMMERHALDER, 2001).

Sommerhalder (2001) condensa informações advindas de vários estudos e conclui que duas evidências conduziram a uma alteração no enfoque da pesquisa em relação aos efeitos do cuidado sobre o cuidador: 1) o cuidado envolve não só emoções negativas mas também positivas; 2) o estresse do cuidador depende em parte da avaliação subjetiva que ele faz da situação de cuidado, a partir de seus recursos pessoais e sociais. Tal alteração significou a adoção de um enfoque mais abrangente, que considera também os aspectos positivos, seus preditores e correlatos.

Assim, a associação direta entre cuidado e ônus torna-se reducionista e perde sua força quando são consideradas diferenças individuais entre os cuidadores, suas atitudes e habilidades de enfrentamento. São essas que auxiliam a explicar por que uma pessoa pode avaliar a situação como onerosa e como fonte de desprazer e outra, como fonte de gratificação e reconhecimento (SOMMERHALDER, 2001).

Em relação aos modos de enfrentamento de problemas, Seidl (2005) identifica quatro categorias

principais: 1) enfrentamento focalizado no problema: a pessoa se engaja no manejo ou modificação do problema, visando controlar ou lidar com o desafio; são, em geral, estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, como solução de problemas e planejamento; 2) enfrentamento focalizado na emoção: cuja função principal é a regulação da resposta emocional causada pelo problema/estressor com o qual a pessoa se defronta, podendo representar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de estresse, como negação ou esquiva; 3) práticas religiosas e pensamentos fantasiosos: caracterizados por pensamentos e comportamentos religiosos que auxiliam no enfrentamento do problema, pensamentos fantasiosos permeados por sentimentos de fé e esperança; e, 4) busca de suporte social: que representa a procura de apoio instrumental, social ou informativo.

Compreender a complexidade da tarefa de cuidar de um idoso dependente inclui considerar os significados que o cuidador atribui a ele. Identificar o equilíbrio de seus papéis ocupacionais implica em minimizar sobrecargas, conhecer os benefícios dessa tarefa, o que favorece valorizá-la, ao invés de enfatizar seus prejuízos, e entender a forma como esses cuidadores enfrentam os problemas, auxiliando-os nesse processo. De uma forma geral, todas essas variáveis constituem ferramentas para os profissionais de saúde, inclusive para o terapeuta ocupacional, para a organização de propostas mais eficazes de atendimento a essa população.

2 Objetivos

Caracterizar, num grupo de cuidadores de idosos dependentes, as possíveis alterações nos papéis ocupacionais, as estratégias de enfrentamento utilizadas e a percepção de benefícios e ônus em relação à tarefa de cuidar.

3 Metodologia

- Amostra e critérios de inclusão e exclusão para participar da pesquisa:

A casuística do estudo foi composta por 20 cuidadores de idosos, sendo que 10 deles abordados no HCRP-USP e 10 no HERP. Todos preenchem estes critérios de inclusão: a) ser o cuidador principal do idoso internado, b) desempenhar os cuidados há pelo menos três meses, c) ter perspectiva de continuar desempenhando a tarefa de cuidar. A amostra foi definida por conveniência, considerando o cronograma da pesquisa e a dinâmica de

internações nos serviços nos quais os dados foram coletados. Foram excluídos os cuidadores de idosos independentes.

- Locais de coleta de dados:

O estudo foi realizado com cuidadores de idosos que estavam internados na enfermaria de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HCRP-USP) e nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HERP).

- Instrumentos da coleta de dados:

Questionário social: Desenvolvido pelos autores a fim de obter informações como: idade, sexo, grau de parentesco com o idoso, escolaridade, religião, o tempo que desempenha a tarefa de cuidar do idoso, o número de horas gastas nessa tarefa e se recebe auxílio de terceiros;

Lista de identificação de papéis ocupacionais:

O instrumento capaz de verificar os papéis ocupacionais de um indivíduo é o *role checklist*, um instrumento de avaliação baseado no MOH, construído originalmente pela terapeuta ocupacional norte-americana Frances Oakley, em 1986. A versão brasileira do instrumento foi validada no Brasil por Cordeiro (2005) e denominada em língua portuguesa Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.

Esse instrumento contempla a avaliação de 10 papéis ocupacionais: estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, serviços domésticos, amigo, membro de família, religioso, passatempo/amador, participante de organizações.

Tem como finalidade extrair informações a respeito dos papéis ocupacionais de uma pessoa, tais como a participação do indivíduo em papéis ao longo de sua vida e o grau de importância atribuído a cada um deles. É um inventário escrito, que exige aproximadamente 15 minutos para ser aplicado e é indicado para adolescentes, adultos e idosos (CORDEIRO, 2005). São atribuídas quatro dimensões para os papéis ocupacionais (OAKLEY et al., 1896):

1. Incumbência percebida: Refere-se a uma crença individual de que o sujeito desempenha um papel. Indica a percepção com relação aos papéis desempenhados em sua vida e também em que grau o senso de identidade é alcançado.
2. Carreira de Papéis Ocupacionais: Ao longo da vida, os papéis vão progredindo, numa tendência a aumentar com a idade, gênero e grupo social que o indivíduo possui.

3. Equilíbrio de papéis: Indica a competência para manter-se em papéis sem conflitos ou sobrecargas, uma organização do comportamento ocupacional.

4. Importância designada: Indica o grau de importância que o indivíduo dá a cada papel que desempenha.

Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP): Identifica o modo como o sujeito enfrenta a situação estressora, no caso, o cuidado ao idoso dependente. Trata-se de um questionário tipo Likert de cinco pontos. É composta por 45 itens que englobam pensamentos e ações dos quais as pessoas se utilizam para lidar com as demandas internas ou externas de um estressor específico. Tem como possibilidade de resposta: 1 = eu nunca faço isso, 2 = eu faço isso pouco, 3 = eu faço isso às vezes, 4 = eu faço isso muito e 5 = eu faço isso sempre (SEIDL, 2005).

Inventário de ônus e benefícios associados ao cuidado: composto por 48 itens, distribuídos nos domínios psicológico (positivo e negativo), social (positivo e negativo) e físico (negativo) que visam levantar as avaliações subjetivas das participantes sobre suas experiências quanto ao prestar cuidados. As opções de resposta são sim ou não. Para realizar os cálculos, transformam-se os escores numa escala de 0 a 100 pontos; quanto mais próximo de 100, mais os itens daquele domínio foram mencionados (SOMMERHALDER, 2001).

- 4) Procedimentos para a coleta de dados:

Os participantes foram abordados nas enfermarias no momento em que acompanhavam a internação do idoso. Nesse momento foi apresentado o estudo, seus objetivos e, em linhas gerais, a forma como a coleta de dados se daria.

Os instrumentos foram aplicados individualmente, em situação face a face, todos em um único encontro. A coleta levou em média 45 minutos e foi respeitada a necessidade de um ambiente preservado. O período de coleta se estendeu de março a junho de 2012.

- 5) Procedimentos para análise dos dados:

Após o preenchimento de todos os instrumentos, os dados obtidos foram tabulados seguindo as indicações da literatura específica para cada um. Utilizou-se estatística descritiva simples para apresentação dos resultados.

- 6) Aspectos éticos:

Este trabalho teve como princípio básico o respeito aos cuidadores e às instituições envolvidas, sob o norteamamento da Resolução do Conselho Nacional

de Saúde que regulamenta as pesquisas em seres humanos¹.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido descreveu o objetivo, a justificativa e os procedimentos da coleta de dados, bem como esclareceu sobre a participação voluntária no estudo e o caráter científico e sigiloso na identidade dos participantes.

4 Resultados

Encontram-se na Tabela 1 as características sociais da população estudada.

Nota-se que a totalidade da população do estudo compõe-se de cuidadoras mulheres, sendo que 75% delas são filhas. Outros dados encontrados apontam que 95% das cuidadoras coabitam com o idoso, 50% não completaram o ensino fundamental e 60% delas são católicas.

A Tabela 2 descreve o tempo à frente dos cuidados e a percepção subjetiva do dispêndio de horas diárias necessárias para realizar as tarefas.

Nota-se que a grande maioria das cuidadoras desempenha o cuidado há mais de um ano, sendo que a metade delas está há mais de três anos no exercício dessa tarefa, além de utilizarem grande parte do seu dia para o desempenho desse papel,

Tabela 1. Características sociais dos cuidadores.

Características sociais	n total (%)
<i>Sexo</i>	
Feminino	20 (100%)
Masculino	0 (0%)
<i>Grau de parentesco com o idoso</i>	
Filho	15 (75%)
Cônjuge	2 (10%)
Sobrinha	1 (5%)
Nora	1 (5%)
Irmã	1 (5%)
<i>Coabita com o idoso</i>	
Sim	19 (95%)
Não	1 (5%)
<i>Escolaridade</i>	
Primeiro grau incompleto	3 (15%)
Ensino fundamental incompleto	7 (35%)
Ensino fundamental completo	1 (5%)
Ensino médio incompleto	2 (10%)
Ensino médio completo	4 (20%)
Ensino técnico	1 (5%)
Ensino superior completo	2 (10%)
<i>Religião</i>	
Católica	12 (60%)
Espírita	1 (5%)
Evangélica	4 (20%)
Testemunha de Jeová	1 (5%)
Sem religião definida	2 (10%)

o que influencia no dispêndio de tempo em outras atividades.

A Figura 1 mostra as alterações nos papéis ocupacionais das cuidadoras ao longo do tempo.

É possível observar que o desempenho de sete papéis ocupacionais avaliados pelo instrumento encontra-se deficitário no presente. Desses, três papéis (estudante, voluntário e participante de organizações) foram excluídos do rol de ocupações escolhido pelas cuidadoras.

Em relação à intenção de retomada ou aquisição de novos papéis no futuro, os seguintes papéis foram identificados: estudante, trabalhador, voluntário, amigo, membro de família, religioso, passatempo/amador e participante de organizações.

Os valores referentes à utilização dos modos de enfrentamento de problemas pelos cuidadores estão apresentados na Figura 2.

Em relação às estratégias de enfrentamento, nota-se que as cuidadoras optam por aquelas que as aproximam do problema, engajando-se em comportamentos que visam o manejo ou modificação do problema, na tentativa de controlar ou lidar com o estresse provocado pelas situações inerentes ao cuidado.

Os dados do Inventário de ônus e benefícios do cuidar estão apresentados na Figura 3.

Os resultados mostram que as cuidadoras se beneficiam no domínio psicológico, apontando para o contato com sentimentos de amor, proximidade e responsabilidade pelo idoso, de sentir-se bem consigo mesmas, estar satisfeitas com esse papel, além de satisfação e sensação de dever cumprido.

5 Discussão

Em relação às características sociais, observa-se que outros estudos apontam que o papel de cuidador é predominantemente realizado por mulheres e,

Tabela 2. Tempo à frente dos cuidados do idoso e tempo despendido na tarefa.

Tempo	n total (%)
<i>Tempo à frente dos cuidados (em anos)</i>	
Menos de 1	4 (20%)
De 1 a 3	6 (30%)
Mais de 3	10 (50%)
<i>Tempo gasto na realização do cuidado (em horas)</i>	
Menos de 6	4 (20%)
De 6 a 12	3 (15%)
De 12 a 18	5 (25%)
De 18 a 24	8 (40%)

na maioria das vezes, exercido pela filha do idoso, convergindo com a ideia de que são familiares que assumem o cuidar do doente crônico (VILELA et al., 2006; PIMENTA et al., 2009).

Residir junto ao idoso que cuidam também foi um dado encontrado nos estudos supracitados. Camarano (2004) relatam que a coabitação pode beneficiar tanto as gerações mais novas quanto as

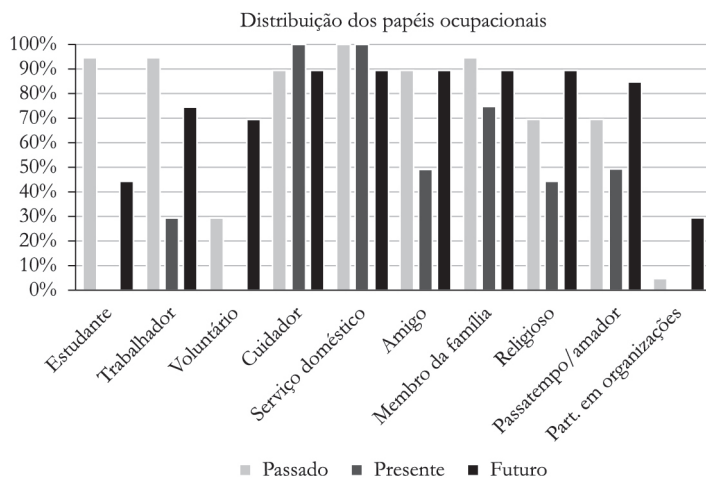


Figura 1. Desempenho de papéis ocupacionais das cuidadoras ao longo do tempo.

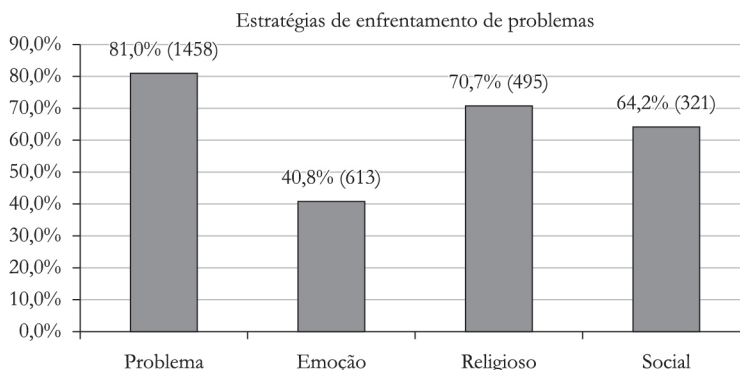


Figura 2. Utilização dos modos de enfrentamento de problemas (dados relativos e absolutos).

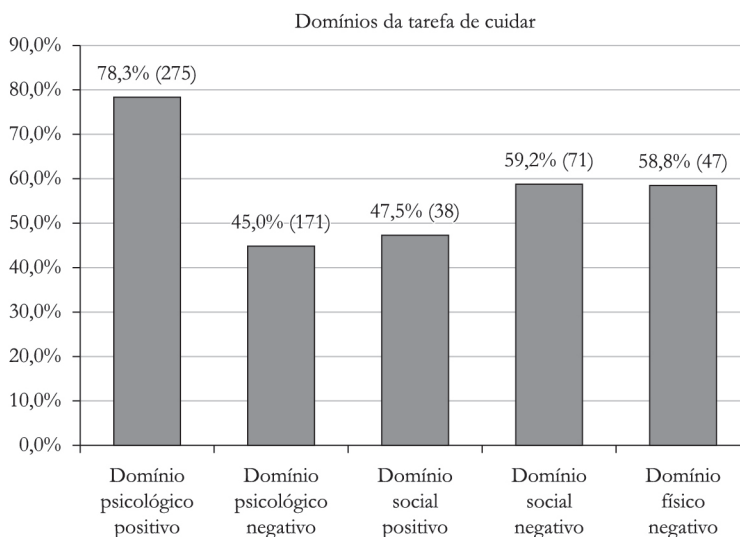


Figura 3. Domínios da tarefa da cuidar (dados relativos e absolutos).

mais velhas. No entanto, não se sabe, por exemplo, se os idosos preferem tais arranjos familiares ou se eles são resultado de uma “solidariedade imposta”, advindo de pressões econômicas, sociais e/ou de saúde, seja de sua parte, seja da parte de seus filhos.

Já a baixa escolaridade é um fato que pode comprometer a qualidade do cuidado, visto que as tarefas desempenhadas por elas envolvem o cumprimento de receitas médicas, orientações dietéticas, horários de medicação, entre outras. Além disso, a baixa escolaridade pode se apresentar-se como fator limitador da comunicação com a equipe de saúde e/ou do acesso à informação sobre o estado de saúde do idoso. Assim, deve-se considerar o grau de escolaridade da cuidadora a fim de garantir o tratamento adequado e a realização dos cuidados necessários ao idoso (MIGUEL; FIGUEIRA; NARDI, 2010).

Em relação à religião, nota-se que apenas duas cuidadoras declaram não professar uma religião definida. Santos, Pelzer e Rodrigues (2007) relatam que a religião torna-se uma forma de alento e de apoio, porque a oração proporciona momentos de tranquilidade e de bem-estar para os cuidadores. Incentivar as atividades religiosas, desde que esses valores sejam significativos para a pessoa, pode ser um importante instrumento de auxílio na organização dos cuidados.

Ao analisar o tempo à frente dos cuidados e a percepção subjetiva do dispêndio de horas diárias necessárias para realizar as tarefas observa-se que a percepção que as cuidadoras têm sobre a quantidade de tempo gasto na realização do cuidado é um fator relevante, pois a maioria delas considera utilizar-se de grande parte de seu dia para o desempenho desse papel, o que influencia no dispêndio de tempo em outras atividades.

Considera-se que exista associação entre tempo de exposição ao cuidado e risco de adoecimento, sendo que quanto maior o tempo de exposição, maior os riscos. O aumento no impacto emocional do cuidador é proporcional ao tempo de evolução da doença e ao tempo de convívio com o paciente (CASSIS et al., 2007). Tal relação foi encontrada também nos estudos de Zarit (1997 apud CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002), que identificou que cuidadores apresentam taxas mais altas de depressão e outros sintomas psiquiátricos e podem ter mais problemas de saúde que pessoas da mesma idade que não são cuidadores.

O terapeuta ocupacional deve conhecer essas informações, uma vez que permitem identificar aspectos relevantes da rotina do cuidador e podem orientar na busca de estratégias que equilibrem os

vários aspectos do desempenho ocupacional que está alterado pela rotina de cuidados ao idoso. Tal equilíbrio contribui para minimizar a associação entre exposição ao cuidado e adoecimento. Auxiliar a família na organização dos cuidados pode evitar que exista sobrecarga de apenas um membro da família.

Em relação aos papéis ocupacionais destaca-se que os sete papéis ocupacionais deficitários (trabalhador, voluntário, amigo, membro de família, religioso, passatempo/amador e participante de organizações) estão vinculados a tarefas predominantemente realizadas no contexto fora do ambiente doméstico. Os dois papéis que não tiveram queda (cuidador e serviços domésticos) são vinculados ao ambiente doméstico. Tal fato tem raízes históricas, visto que a imagem da mulher sempre esteve atrelada ao papel social de cuidadora (ROMANELLI, 2003).

Isso porque no imaginário social ainda existe a tendência de considerar a família de acordo com o modelo nuclear, mesmo que esse não seja mais o modelo familiar predominante. Nesse modelo, é tradição que as mulheres não desempenhem funções fora de casa, estando mais disponíveis para o cuidar da família e para apoio emocional e instrumental. Esses apoios se relacionam ao seu papel social de cuidadora, que inclui cuidar da casa, da família, dos doentes (ROMANELLI, 2003; GARRIDO; MENEZES, 2004).

No entanto, o que se percebe na contemporaneidade é que a mulher ganha o espaço público e participa do mercado de trabalho. Porém isso não significa que o trabalho doméstico seja realizado por outra pessoa. Assim, mesmo quando a “dona de casa” é também produtora de rendimentos, ela é, ao mesmo tempo, considerada responsável pelos diversos afazeres domésticos, inclusive pelos cuidados com a saúde e a doença dos integrantes da família (ROMANELLI, 2003). É necessário investimento em promoção de saúde, prevenção de doenças e em estratégias que auxiliem a cuidadora a minimizar os impactos gerados pelo desequilíbrio na rotina após assumir o cuidado ao idoso dependente.

Tal fato justifica-se quando as cuidadoras demonstram intenção de retomar ou adquirir papéis ocupacionais futuros desempenhados fora do ambiente doméstico, na sociedade.

Além disso, apareceu a intenção de não desempenhar, futuramente, dois papéis (cuidador e serviços domésticos), que estão intrinsecamente vinculados à tarefa de cuidar.

Serna e Souza(2006) e Othero, Rocha e Arini (2009), ao pesquisarem os papéis ocupacionais de cuidadores de vítimas de trauma crânioencefálico

(TCE) e pacientes em cuidados paliativos, respectivamente, também encontraram resultados semelhantes em relação aos papéis ocupacionais dos cuidadores. Tal fato permite uma aproximação entre os estudos, visto que a necessidade das pessoas cuidadas é próxima, uma vez que se tratam de condições crônicas.

Em relação aos modos de enfrentamento de problemas é necessário compreender que esses não são necessariamente excludentes, uma vez que diferentes modos de enfrentamento podem ser utilizados simultaneamente para lidar com determinada situação estressora. A utilização de um ou outro, ou de vários, simultaneamente, depende de fatores individuais e do período em quem o problema se instala (SEIDL, 2005).

Essa diferença existe porque é da interação entre as características da pessoa e as demandas do meio que resultam as respostas aos problemas. Os modos de enfrentamento de problemas relacionam-se com nível educacional, capacidade cognitiva, experiência de vida, conhecimentos, habilidades sociais, apoio social, motivação, saúde, gênero, recursos econômicos, condições de vida e também com fatores como personalidade, atitude, autoconceito e autoestima (SOMMERHALDER; NERI, 2006).

O primeiro modo de enfrentamento mais utilizado foi o focalizado no problema. Nesse sentido, a adoção desses remete a uma eficiência para perceber o estressor de forma positiva e, ao fazê-lo, a cuidadora desenvolve uma espécie de competência adaptativa na qual a atitude de aceitação pode funcionar como um mecanismo de adaptação e não de submissão (SOMMERHALDER; NERI, 2006).

Com isso, percebe-se que as cuidadoras do estudo optam por modos que se configuram como mais eficazes na resolução do problema, além de minimizarem os efeitos negativos do processo de enfrentamento, uma vez que conseguem ressignificá-lo e adaptarem-se às consequências através de uma atitude positiva de aceitação. Os principais comportamentos e pensamentos adotados pelas cuidadoras nessa categoria são: tento ser uma pessoa mais forte e otimista; eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela; estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente; eu tento não fechar portas atrás de mim, deixando abertas várias saídas para o problema; e aceito a simpatia e a compreensão de alguém.

O segundo modo de enfrentamento mais utilizado é o focalizado nos pensamentos religiosos e fantasiosos. Os principais comportamentos e pensamentos adotados pelas cuidadoras nessa

categoria são: eu rezo/oro; eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou; eu me apego à minha fé para superar essa situação; espero que um milagre aconteça.

Chang, Noonan e Tennstedt (1998) relatam que os cuidadores que se utilizam da religião ou crenças espirituais para ajudá-los a lidar com a experiência do cuidado tiveram uma melhor qualidade de relacionamento com os receptores de cuidados, aos quais foram, em seguida, associados níveis mais baixos de depressão e de sobrecarga.

As estratégias focalizadas na busca de suporte social aparecem em terceiro. Os comportamentos e pensamentos encontrados nessa categoria apontam para um isolamento interno e a busca de informações necessárias para resolver as dificuldades: eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo; converso com alguém para obter informações sobre a situação.

Por último aparecem as estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção. Essas estratégias são as mais disfuncionais para a solução efetiva do problema, porque contemplam estratégias paliativas no enfrentamento do problema ou buscam o afastamento do estressor. Os principais comportamentos e pensamentos adotados pelas cuidadoras nessa categoria são: eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer; eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer; eu acho que as pessoas foram injustas comigo; eu desejaria mudar o modo como eu me sinto; descubro quem mais é ou foi responsável; penso em coisas fantásticas ou irrealis (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor; procuro me afastar das pessoas em geral; demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema; procuro um culpado para a situação; eu me recuso a acreditar que isso esteja acontecendo.

Ao identificar como pequena a adoção de comportamentos e pensamentos disfuncionais e pouco efetivos para o enfrentamento do problema, é possível inferir que as cuidadoras apresentam, de certa forma e em algum grau, uma capacidade adaptativa vinculada à tarefa de cuidar.

Ao se tratar dos benefícios e ônus da tarefa de cuidar, outros estudos brasileiros apontam para indicadores de sentimentos positivos associados ao cuidado: percepção de reconhecimento social e sentimento de retribuição, reciprocidade e crescimento pessoal, prazer em servir, cuidar por amor, retribuição, amizade e disponibilidade (MENDES, 2004; VELASQUEZ et al., 2004; FELGAR, 2004).

Apesar disso, e como previsto pela literatura, o ônus no domínio social e no domínio físico aparecem em seguida. Nessas, as cuidadoras experimentam o afastamento das atividades de lazer, falta de tempo para autocuidado e conflitos familiares, além de cansaço físico, falta de tempo para descansar, notam piora na saúde e insônia após a aquisição desse papel. Mesmo com a hegemonia de ônus no domínio social, as cuidadoras também vislumbram os benefícios, ressaltando sentimentos de solidariedade, melhora nas relações e maior coesão com outros familiares.

Por fim, o ônus no domínio psicológico foi menos percebido, porém com alto índice nos itens tristeza pela irreversibilidade do quadro do idoso, sobrecarga, irritação e ansiedade. Atentar para esses itens permite a elaboração de estratégias de atendimento a essa população a fim de minimizar os impactos negativos envolvidos no cuidado.

6 Conclusões

Mesmo com limitações pelo número reduzido de participantes, por meio do estudo conclui-se que os dados auxiliam na compreensão da complexidade da tarefa de cuidar, além de enfatizarem a necessidade da avaliação subjetiva do cuidador, visto que essa tarefa envolve situações que são percebidas como benéficas e onerosas. A avaliação dos papéis ocupacionais possibilitou visualizar as alterações no desempenho ocupacional, enfatizando a necessidade de encontrar, junto às cuidadoras e às famílias, estratégias que possam potencializar os efeitos benéficos e reduzir o ônus encontrado na tarefa de cuidar.

Espera-se que os conhecimentos advindos desse estudo possam se somar a outros e contribuir para melhorar o atendimento aos cuidadores.

Acredita-se na necessidade de estudos futuros que envolvam essa população na tentativa de analisar as relações existentes entre os modos de enfrentamento dos problemas intrínsecos à tarefa de cuidar, na percepção de benefícios e ônus dessa e do impacto dos papéis ocupacionais dos cuidadores.

Chamam atenção o esforço despendido para o exercício de tão delicada tarefa e a percepção de prejuízos com a percepção de aspectos positivos, já que alternativas que pudessem oferecer alívio ao cansaço decorrente da atividade foram apontadas como escassas.

Também, no nível da prática clínica, é necessário que os profissionais ofereçam serviços de suporte, instrumental e/ou emocional, para acolher as demandas dessas cuidadoras frente ao universo do cuidado.

Referências

- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.
- AMERICAN OCCUPACIONAL THERAPY ASSOCIATION - AOTA. Occupational therapy practice framework: domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, New York, v. 62, n. 6, p. 609-639, 2008. Disponível em: <ajot.aotapress.net/content/56/6/609.full.pdf>.
- BARRETT, L.; KIELHOFNER, G. Teorias derivadas da perspectiva do comportamento ocupacional: uma visão geral do comportamento ocupacional. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. (Org.). *Williard & Spackman: Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 488-497.
- BRANHOLM, I. B.; FUGL-MEYER, A. R. On non-work activity preferences: relationship with occupational roles. *Disability and Rehabilitation*, London, v. 16, n. 4, p. 205-216, 1994. <http://dx.doi.org/10.3109/09638289409166614>
- CAMARANO, A. A. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 137-167.
- CASSIS, S. V. A. et al. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 53, n. 6, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000600015>.
- CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 13, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100007>. Acesso em: 1 set. de 2009.
- CHANG, B. H.; NOONAN, A. E.; TENNSTEDT, S. The role of religion/spirituality in coping with caregiving for disabled elders. *The Gerontologist*, Washington, v. 38, n. 4, p. 463-470, 1998. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/38.4.463>
- CORDEIRO, J. J. R. *Validação da lista de identificação de papéis ocupacionais em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil*. 2005. 111 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.
- FELGAR, J. A. S. Uma expressão da linguagem numérica. In: KARSH, U. M. S. *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC, 2004. p. 47-86.
- GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 835-841, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000600015>.

- id=S0034-89102004000600012>. Acesso em: 27 out. de 2011.
- GIACOMIN, K. C. et al. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 80-91, 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo Demográfico 2000*. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm>. Acesso em: 5 mar. 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Censo Demográfico 2010*. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2010.shtm>. Acesso em: 5 mar. 2012.
- MATSUTSUYU, J. Occupational behavior: a perspective on work and play. *American Journal of Occupational Therapy*, New York, v. 25, n. 6, p. 291-294, 1971. PMid:5111633
- MENDES, P. B. M. T. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. In: KARSCH, U. M. S. (Org.). *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: Educ, 2004. p. 171-197.
- MIGUEL, M. E. G. B.; FIGUEIRA, M. O.; NARDI, E. F. R. Perfil dos cuidadores familiares de idosos dependentes de uma unidade básica de saúde. *Revista F@pciência*, Apucarana, v. 6, n. 14, p. 118-127, 2010.
- OAKLEY, F. et al. The role checklist: development and empirical assessment of reliability. *Occupational Therapy Journal of Research*, Laurel, v. 6, n. 3, p. 157-170, 1986.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: EDUSP, 2003.
- OTHERO, M. B.; ROCHA, C. R.; ARINI, T. S. Occupational roles performance of the formal caregivers in a palliative care service. In: CONGRESS OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, 11., 2009, Vienna, Austria. Paris: EAPC, 2009. Pôster.
- PIMENTA, G. M. F. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 609-614, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300016>. Acesso em: 17 mar. 2010.
- ROMANELLI, G. O. Processo Saúde: doença em famílias de baixa renda e a ação do estado. *Mimesis*, Bauru, v. 24, n. 1, p. 109-123, 2003.
- SANTOS, S. S. C.; PELZER, M. T.; RODRIGUES, M. C. T. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 114-126, 2007.
- SEIDL, E. M. F. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 421-429, 2005.
- SERNA, E. C. H.; SOUSA, R. M. C. Mudanças nos papéis sociais: uma consequência do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p.183-189, 2006.
- SOMMERHALDER, C. *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*. 2005. 95 p. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001. PMid:11417336.
- SOMMERHALDER, C.; NERI, A. L. Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: NERI, A. L. et al. *Cuidar de idoso no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea, 2006. p. 93-134.
- VELASQUEZ, M. D. et al. As trajetórias de vida dos cuidadores principais. In: KARSCH, U. M. (Org.). *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC, 1998. p. 87-145.
- VILELA, A. B. A. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 55-69, 2006.
- YUASSO, D. L. Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio. In: NERI, A. L. et al. *Cuidar de idoso no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea, 2002. p.165-201.

Contribuição dos Autores

Ambos os autores foram responsáveis pela concepção do texto, organização de fontes e análises, redação e revisão.

Notas

- ¹ O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sendo considerado aprovado pelo processo n. 1481/2011.