

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Charles Catri Pinheiro

**IDOSOS CUIDADORES DE IDOSOS:
ESTRESSE E SUAS IMPLICAÇÕES**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

São Paulo

2013

Charles Catri Pinheiro

**IDOSOS CUIDADORES DE IDOSOS:
ESTRESSE E SUAS IMPLICAÇÕES**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Gerontologia, sob orientação da Prof.^a Dra. Suzana Carielo da Fonseca.

Banca Examinadora

*Dedico esse trabalho aos meus pais, Roberto e Luzia, que
me ensinaram muito sobre a vida e estarão sempre
presentes na minha trajetória existencial, eterna gratidão.*

AGRADECIMENTOS

À minha estimada orientadora, Dra. Suzana Carielo da Fonseca, pela sua paciência e afeto, me encorajando a descobrir novos caminhos para a dissertação e para minha vida.

A todos os professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia e, em especial, à Profa. Dra. Flaminia Lodovici pela imensa colaboração, sugestões importantes na Banca de Qualificação e gratuito afeto.

À Profa. Dra. Marilda Lipp pela valiosa contribuição na Banca de Qualificação.

Aos meus amigos, pessoas importantes e participantes nessa minha jornada de estudo.

Aos responsáveis pela Instituição, por terem viabilizado a minha pesquisa de campo e, assim, concretizar parte do projeto-ponto de partida desta Dissertação.

Agradeço, também, aos idosos que participaram da investigação, pela colaboração e carinho demonstrados.

À Capes, por ter apoiado essa jornada de estudo.

Aos meus irmãos, André e Alessandro, pessoas importantes e participantes de minha vida.

Aos meus sobrinhos, Ingrid e Ícaro, pelo carinho e amor sempre demonstrados.

Novamente, aos meus pais, Roberto e Luzia, imensos corações.

E a Deus, que me manteve de pé, mesmo com alguns percalços na vida.

RESUMO

O foco desta dissertação está voltado para uma reflexão que envolve a articulação entre “estresse” e “cuidado” no campo da Gerontologia. Mais especificamente, a investigação traz à cena o enfrentamento teórico-metodológico de questões relativas aos efeitos estressantes (positivos e negativos) que a atividade de cuidar de um idoso pode produzir sobre o (também idoso) cuidador. Os problemas e as soluções encontradas para lidar com as múltiplas demandas que tal relação comporta, bem como ganhos e perdas (do ponto de vista biopsicossocial) são discutidos tomando-se como referência a literatura pertinente ao tema, tanto no campo da Gerontologia, como no da Psicologia. Nessa perspectiva é que se configuraram seus objetivos específicos, quais sejam: (1) pesquisar se (e como) estresse pode se apresentar como fator interveniente no cuidado que um idoso dispensa a outro idoso e, conseqüentemente, quais são seus desdobramentos biopsicossociais; (2) identificar e analisar as principais fontes de estresse implicadas na relação de cuidado que envolve dois idosos: o cuidador e o ser cuidado; (3) investigar quais são as demandas de apoio social configuradas nesta relação de cuidado; (4) analisar a especificidade do apoio que um psicólogo com formação em Gerontologia Social pode oferecer para o idoso que, sob efeito das demandas de cuidado de outro idoso, desenvolve um quadro sintomático de estresse. Para tal, o trabalho conta com uma pesquisa de campo que envolve 04 sujeitos idosos cuidadores de outros 04 sujeitos idosos. O Estudo de Caso é, além da revisão bibliográfica, a ferramenta metodológica que fundamenta esta pesquisa. Procura-se levar em conta que *caso* é algo que diz respeito não apenas a uma situação particular na qual se pode recolher certo(s) universal(is) de origem científica, como também situação singular de um sujeito. Esclareço, ainda, que a interpretação dos dados coletados foi mobilizada pelos operadores de leitura construídos ao longo dos capítulos, em que se procura problematizar a necessidade de se incluir pares de opostos – potência x impotência; saúde x doença, autonomia x dependência, bem x mal-estar, entre outros – na investigação do processo de envelhecimento e da velhice.

Palavras-chave: Estresse, Cuidado, Envelhecimento, Velhice, Saúde, Gerontologia.

ABSTRACT

This dissertation aims to reflect on the relationship between "stress" and "care" in the Gerontology field. It brings to light, more specifically, a theoretical-methodological contrast of matters related to the effects of stress (both positive and negative) that the activity of taking care of an elderly person may promote over an elderly caretaker. The problems and solutions which arise when dealing with the multiple demands posed by such a relationship, as well as its advantages and disadvantages (from a biopsychosocial point of view), are discussed here using as reference the scientific literature in both the Gerontology and Psychology fields. That perspective has helped define the following specific goals: (1) to investigate if, and how, stress may be an intervenient factor in the caretaking relationship between two elderly people, and, consequently, what its biopsychosocial developments are; (2) to identify and analyze the main sources of stress in the caretaking relationship between two elderly people; (3) to investigate what the social support demands of such a caretaking relationship are; (4) to analyze the specificities of the support a therapist with a formation in Gerontology can offer to an elderly person who develops an array of stress symptoms while taking care of another elderly person. For that purpose, a field research involving 4 elderly subjects who care after 4 other elderly subjects was conducted. This case study was the chief methodological instrument used, along with a bibliographical review. It is important to note that "case" relates not only to a specific situation from which we can obtain certain universal principles of scientific grounds, but also to the unique situation of an individual. I, furthermore, clarify that key concepts established throughout the chapters have guided the analysis of the collected data, in which I seek to question the need for including pairs of opposites – such as potency versus impotency; health versus disease; autonomy versus dependency; wellness versus illness – when investigating the processes of aging and old age.

Keywords: Stress, Care, Aging, Old Age, Health, Gerontology.

SUMÁRIO

Conteúdo	Página
Introdução	1
Capítulo 1	8
Estresse	8
1.1 A evolução do conceito de estresse	9
1.1.1 Sintomas de Estresse	17
1.1.2 Diagnóstico de estresse	20
1.1.3 Tipos de comportamentos e sua relação com o estresse	21
1.1.4 Como prevenir o estresse	23
1.1.5 Como enfrentar o estresse	24
Capítulo 2	26
Longevidade: Entre potência e fragilidade, os desafios de uma vida mais longa na velhice	26
2 Longevidade: uma conquista e seus desafios	26
2.1 O idoso frágil e a necessidade de cuidado	30
2.2 O que a Gerontologia tem dito sobre o cuidado	31
2.3 idosos que cuidam de idosos	36
2.4 Estresse no idoso: um efeito do cuidar	38
2.5 Redes de Apoio ao cuidador e sua importância para a manutenção do cuidado: a Família, a Comunidade e o Estado	39
Capítulo 3	46
Na dinâmica Cuidar/Ser Cuidado, modos de habitar o tempo na velhice	46
3.1 A análise de conteúdo, de Bardin	46
3.2 Passos na constituição de um corpus	49

3.2.1 A opção pelo “Estudo de Caso”	49
3.2.1.2 Participantes	51
3.2.1.3 Critérios de inclusão no estudo	51
3.2.1.4 Critérios de Exclusão	52
3.2.2 Dispositivos utilizados para coleta de dados	52
3.2.2.1 Termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes (Anexo A1)	52
3.2.2.2 Termo de consentimento livre e esclarecido para a instituição (Anexo A2)	53
3.2.2.3 Formulário para identificação dos participantes (Anexo B)	53
3.2.2.4 Entrevista Semi Aberta (Anexo C)	53
3.2.2.5 Escala de Reajustamento Social de Holmes e Rahe (Anexo D)	54
3.2.2.6 Inventário para sintomas de stress para adultos	54
3.3 A análise propriamente dita do corpus	54
3.3.1 Caso 1	55
3.3.2 Caso 2	62
3.3.3 Caso 3	70
3.3.4 Caso 4	78
Considerações Finais	89
Referências Bibliográficas	92
Anexos	100
Anexo A1 - Termo de Consentimento livre e esclarecido aos participantes	101
Anexo A2 – Termo de Consentimento livre e esclarecido à instituição	102
Anexo B – Formulário de identificação dos participantes	103
Anexo C – Entrevista Semi Aberta	104
Anexo D – Escala de Reajustamento Social de Holmes e Rahe	106

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa foi motivada por questões suscitadas na minha experiência profissional como psicólogo. Trabalho numa empresa que atende demandas de atendimento que, via de regra, não são acolhidas por outras operadoras de saúde, quais sejam: as especificamente relacionadas à terceira idade¹. Essa marginalização reflete, a meu ver, o entendimento de que nessa etapa da vida, a saúde se encontra mais fragilizada e requer cuidados mais frequentes e intensos (e, por isso, um maior e indesejável gasto financeiro). Nesta empresa, ao contrário, abre-se espaço para que idosos sejam reconhecidos como sujeitos e que suas necessidades específicas sejam escutadas. Afeto e carinho são ingredientes entendidos como indispensáveis para movimentar a relação entre os mesmos e os profissionais que, como eu, têm como compromisso com a promoção² de uma vida saudável, com qualidade. Foi nesse ambiente que fui confrontado com o fato de que cada vez mais idosos cuidam de outros idosos. Tal constatação me instigou a investigar as razões que explicariam tal ocorrência, seus desdobramentos biopsicossociais, bem como as demandas particulares geradas por eles.

Ao realizar uma breve incursão bibliográfica sobre o tema que envolve o “cuidado de idosos” percebi, de antemão, que poucos são os trabalhos, na área da Gerontologia, que voltam o foco para a discussão do estresse como consequência da atividade de cuidado. Mais incipiente ainda é a investigação que, no âmbito da problemática do estresse, volta o foco para a condição do idoso³ que cuida de outro idoso. Contudo, vale destacar que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1992), 90% da população mundial sofrem de estresse. Essa incidência leva ao reconhecimento de que o estresse se configura como uma verdadeira epidemia. Vários estudos, principalmente na área da Psicologia, abordam essa questão, tendo em vista o

¹ “Terceira Idade” é um termo forjado pela sociedade contemporânea para referir idosos, em atividade produtiva, aposentados ou em vias de se aposentar.

² “Promoção da saúde” define-se, tradicionalmente de maneira a dar impulso a, fomentar, originar, gerar, serve para aumentar a saúde e o bem-estar gerais (Czeresnia, 2003).

³ “Idoso” é uma categoria etária que, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, refere o segmento populacional acima dos 60 anos de idade.

compromisso de identificação de fontes de estresse, bem como de propostas (clínicas e não clínicas) para enfrentá-lo.

Sem relação direta com a problemática da incidência do estresse, os também escassos estudos epidemiológicos realizados no âmbito da Gerontologia têm indicado uma preocupante realidade, quando se leva em conta o aumento do número de idosos dependentes no Brasil. Karsch (2003, p. 862) alertou para o seguinte fato:

40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas, segundo Medina (1988). Esses dados remetem à preocupação por mais de seis milhões de pessoas e famílias, e a um e meio milhão de idosos, gravemente fragilizados no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2001, (IBGE, 2002).

Se atualizarmos esses dados, daremos conta que no Brasil, a fragilização da velhice e, conseqüentemente, a instauração de dependência e demanda de cuidados é imensa. Segundo o último censo demográfico (IBGE, 2011), o contingente de pessoas idosas é de 23,5 milhões de pessoas, ou seja, aproximadamente 12% da população total. Desses, aproximadamente 55,5 % são mulheres e 44,5% são homens. Analisando os dados da atual transição demográfica brasileira sob a ótica de gênero, vê-se um processo de feminização da velhice, ou seja, quanto mais a população envelhece, mais feminina ela se torna. Hoje, as mulheres representam 55,5% da população idosa brasileira. A sociedade brasileira, como se vê, está se tornando mais velha e uma parcela dela, mais frágil.

Atualmente, o aumento significativo do número de idosos nas mais diferentes sociedades do mundo tem pressionado os pesquisadores no sentido de que seus trabalhos possam iluminar caminhos para um melhor planejamento de ações que atendam as demandas específicas desse segmento populacional. Vale, por exemplo, colocar em relevo o fato de que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2004, estimou que, em 2020, três quartos de todas as mortes observadas nos países em desenvolvimento estariam relacionados com a incidência de câncer, doenças do aparelho circulatório e diabetes, quadros crônicos cuja frequência de ocorrência é maior na velhice. Os demógrafos têm anunciado, ainda, que a projeção para os próximos 20 anos é de que 70% das pessoas com 60 anos ou mais estarão vivendo em países em

desenvolvimento⁴. Decorrem desse fato preocupações que envolvem a busca de alternativas, sem perda de tempo, para fazer frente às profundas mudanças socioeconômicas, culturais e subjetivas que podem interferir de modo decisivo na dinâmica social.

Nessa perspectiva, Karsch (2003) assinala que, mesmo nos países desenvolvidos, a questão do cuidado de idosos dependentes tem se tornado um problema de difícil solução, tendo em vista a redução gradativa (e em alguns casos, drástica)⁵ dos investimentos estatais nos setores de saúde e assistência social. Razão pela qual, cada vez mais, familiares tem assumido a responsabilidade de sustentar e cuidar de idosos frágeis. Pode-se dizer que tal situação é regra no Brasil e ela tende a se recrudescer se levarmos em conta as consequências da dupla transição – demográfica e epidemiológica – em curso: aumento do número de idosos e do número de portadores de doenças crônicas. Perspectiva que nos coloca diante da seguinte indagação: a redução do número de crianças e jovens (em função da diminuição da taxa de natalidade) cria a expectativa de que o “cuidar” de idosos esteja, cada vez mais, nas mãos de outro idoso? Como já assinalei anteriormente é o que tenho constatado no trabalho que desenvolvo na operadora de saúde já referida e que conta com um núcleo de apoio familiar.

Essa nova realidade, por vários motivos, nos instiga a investigar seus desdobramentos. Atento para o fato de que, de antemão, ela nos convoca a rever estereótipos negativos vinculados à representação social da velhice: se um idoso cuida de outro idoso é porque a velhice não é só “perda” e “dependência”. Mas não se pode perder de vista que essa mesma realidade inclui “perda” e “dependência” ... Se potência e impotência se entrecruzam nesse encontro de cuidado, há que se levar em conta, então, de que modo cuidadores e seres cuidados são afetados por essa diferença: transfere-se potência? E impotência?

O caminho de discussão indicado por Neri (2001), depois de Messy (1978) me parece bastante interessante. Segundo a autora, é preciso que se assuma um ponto de vista que subverta a tendência (observada na Gerontologia, mas também na Psicologia até a década de 1970) de abordar o envelhecimento como processo que se opõe à noção de desenvolvimento. Ela atenta, contudo, para a particularidade da coexistência desses processos, dando destaque ao fato de que envelhecer é processo de desenvolvimento

⁴ 370 dos 600 milhões de idosos vivem, atualmente, em países em desenvolvimento.

⁵ Refiro-me aqui à atual crise global da economia.

marcado pela simultaneidade de perdas e ganhos. “Desenvolvimento”, diz a autora, sempre foi termo relacionado com a ideia de “crescimento”, de “produtividade”, de “saúde”, de “envolvimento social”, ou seja, com a noção de “ganho”. Ele é principalmente utilizado para referir a primeira metade da vida. Outros são os termos que se associaram à condição de “ser velho”, entre os quais cabe destacar o predomínio da noção de “declínio”.

Neri, entretanto, não perde de vista o fato de que se as mudanças que marcam o processo de envelhecimento implicam perdas, são também alterações classificáveis como ganhos. Neri (2002) fala dos ganhos dizendo que o envelhecimento pode resguardar potencial de desenvolvimento, “dentro dos limites da plasticidade individual”, o que vale dizer que mantendo sua capacidade funcional e intelectual pode-se inclusive adquirir novos conhecimentos, a pesquisadora diz que isso sim é envelhecimento bem sucedido.

Vários estudiosos no campo da Gerontologia têm assinalado que as mudanças funcionais que ocorrem com o avanço da idade resultam do modo como se articulam fatores genéticos, ambientais, incidência de doenças, entre outros. Portanto, se a velhice é uma fase previsível da vida, é preciso considerar que o processo de envelhecimento não é geneticamente programado. Não existem genes que determinam como e quando envelhecer. Há sim, genes que favorecem a longevidade ou reduzem a duração da vida. Várias teorias, na esfera da investigação biológica, foram propostas para explicar o processo do envelhecimento. A mais abrangente, e mais amplamente aceita cientificamente, é a *Teoria do Envelhecimento pelos Radicais Livres* (HARMAN, 2001), segundo a qual o envelhecimento e as doenças degenerativas que podem lhe ser associadas, resultam de alterações moleculares e lesões celulares desencadeadas por radicais livres.

Entendo, contudo, que não se deve marginalizar o fato, enfatizado por Mercadante (2005), de que o pensamento parcial (exclusivamente biológico) esconde a velhice como fenômeno multifacetado, ou seja, como condição que envolve situações socioculturais diversas, diferentes fatores biológicos, histórias singulares e seus efeitos subjetivos. Essa totalidade é complexa em função do modo de cruzamento entre as dimensões biopsicossociais que respondem pela existência humana. Como diz a pesquisadora, se o especialista se dá o direito de pensar de forma simples, analisando as partes constituídas do todo como possíveis de ser analisado separadamente, o cientista não deveria se permitir apagar a complexidade fenomênica em causa, seja no processo

de envelhecimento, seja na velhice. Isso porque ele deve ter no horizonte que o conhecimento total é da ordem do impossível. Produzir um saber a partir de uma realidade complexa implica necessariamente adotar um ponto de vista complexo para abordá-lo: lição que Mercadante tira de Morin (2005). Esse ponto de vista subverte o pensamento disjuntivo⁶, que será, em momento oportuno, esclarecido nesta dissertação.

Por ora, vale dizer que Mercadante (2005) assinala que certa “identidade” tem sido conferida ao idoso pela via da oposição à identidade associada ao jovem, que tem no seu cerne as noções de produtividade, força e atividade. Por isso que “velho” é sempre o outro. As noções antes referidas se opõem, portanto, à categoria que identifica, em nossa sociedade, o “velho”: improdutivo, impotente e inativo⁷. Assim, assinala a autora, só restariam ao velho as lembranças do passado, o declínio vivido no presente e a projeção de morte para o futuro. Avesa à manutenção desse imaginário social, Mercadante (1997) explora, em sua tese de doutorado, as duas faces da moeda (perdas e ganhos) em jogo no envelhecer e no processo de envelhecimento.

Esclareço que parto da hipótese de que o entrelaçamento que envolve, de um lado, o “cuidar” e, do outro, “o ser cuidado”, traz à cena uma complexa realidade: um jogo de intersubjetividade no qual se cruzam de modo singular, as dimensões biopsicossociais da existência humana. Veja que toco em pontos que justificam a realização deste trabalho no campo da Gerontologia: questões sobre estresse – próprias do campo da Psicologia - foram suscitadas pela condição singular de demanda de cuidado de um “ser velho”. A velhice é uma condição complexa e, por isso, já reconhecida como digna de objeto a ser investigado cientificamente. É certo, porém, que o modo de abordá-la, na Gerontologia, não é consensual: várias são as vertentes que procuram oferecer uma interpretação consistente para o processo de envelhecimento e a velhice. O que as aproxima é a eleição do mesmo objeto de pesquisa e o reconhecimento de que sua investigação deve se realizar a partir do diálogo entre

⁶O pensamento disjuntivo se baseia no princípio da redução que conduz a uma diminuição do conhecimento de um todo, ao conhecimento das suas partes, como se a organização de um todo não produzisse qualidades ou propriedades novas em relação às partes, consideradas separadamente.

⁷Sobre isso, ver Salgado (1997) que verificou, em seus estudos sobre o envelhecimento populacional, que o advento da aposentadoria criou o ensejo para abordar a velhice como um tempo de vida caracterizado pela inatividade. O que, contudo, não marginaliza, mas dá força à tendência dominante de tomá-la como expressão do declínio fisiológico produzido pela passagem do tempo.

saberes constituídos em vários campos disciplinares (aportes multi, inter e/ou transdisciplinares)⁸.

Espero que a reflexão que encaminhei nesta dissertação possa contribuir para o avanço dos estudos no campo da Gerontologia e, mais especificamente, da Gerontologia Social. É certo que nela a questão subjetiva é central, mas isso não me faz perder de vista que:

como todas as situações humanas, ela [a velhice] tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com a sua própria história. Por outro lado, o homem não vive nunca em estado natural; na sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade à qual pertence. O que torna a questão complexa é a estreita interdependência desses diferentes pontos de vista (BEAUVOIR, 1970/1990, p. 15).

Filio-me a esse modo de pensar, assumindo o desafio de abordar o processo de envelhecimento e a velhice levando em conta a complexidade que marca a existência humana, em que “perdas” e “ganhos” são duas partes de uma mesma moeda. Para tal, como esclareci anteriormente, tomo como *locus* privilegiado de investigação a relação de cuidado na qual estão envolvidos dois idosos (aquele que cuida e o ser cuidado). A partir dele, procuro encaminhar uma reflexão que traz à luz a questão do estresse no cuidado do idoso fragilizado.

Note-se, portanto, que esta dissertação de mestrado investe em identificar os efeitos de um encontro motivado pela necessidade de cuidado, colocando em discussão o modo como o estresse pode (ou não) se apresentar como fator interveniente quando um idoso cuida de outro idoso. Desse objetivo geral se desdobram os seguintes objetivos específicos: a) pesquisar os desdobramentos biopsicossociais do estresse produzido nesta relação de cuidado; b) identificar e analisar, através de Estudos de Caso, as principais fontes de estresse nela implicadas; c) investigar quais são as demandas de apoio social nela configuradas; d) analisar a especificidade do apoio que um Psicólogo, com formação em Gerontologia Social, pode oferecer para um idoso se,

⁸Abordagem multidisciplinar busca-se o agrupamento de diversas disciplinas para estudar um tema comum, sem identificar uma situação específica.

Abordagem interdisciplinar o objetivo é construir representações de situações específicas, utilizando os conhecimentos das diversas disciplinas, de forma articulada.

Abordagem transdisciplinar ocorre quando utilizamos noções, métodos, competências e abordagens próprios de uma disciplina dentro da estrutura de uma outra e num contexto novo. Morin aponta a transdisciplinaridade como a saída para lidar com as situações complexas.

sob efeito das demandas de cuidado de outro idoso, ele desenvolver um quadro de estresse.

Na perspectiva das considerações introdutórias, estresse, como veremos, no capítulo 1, não é algo que se restringe à produção de efeitos negativos, embora seja frequentemente abordado assim. Mas, se produz efeitos negativos, quais são eles e de que modo podem ser enfrentados? Questão que, aliada à escassa literatura sobre o tema, responde pela realização deste trabalho de investigação.

No capítulo 2, meu foco se volta para uma reflexão que implica a Gerontologia: o processo de envelhecimento e a velhice são problematizados e articulados com a questão do estresse porque, nesta dissertação, o problema investigado diz respeito à relação de cuidado suscitada pela fragilização da velhice. Interessante é que nela o ser que cuida é também idoso e, para cuidar, há que se ter potência. Note-se que não é, portanto, a condição de “ser velho” que, em si, encarna a de frágil e/ou potente. Procuro, neste capítulo, trazer à cena essa problemática, dando voz a autores do campo que entendem que a velhice é mesmo uma questão complexa.

No capítulo 3, abro a escuta para quatro idosos cuidadores de outros quatro idosos. Procuro identificar nos dizeres de cada um as demandas recorrentes e os seus manejos singulares. Retiro daí questões e proposições que, acredito, podem contribuir para o campo ao qual se filia esta investigação, a Gerontologia Social.

CAPÍTULO 1

ESTRESSE

Problematizar o estresse, trazendo à luz uma bibliografia pertinente ao tema, é o passo inicial da reflexão que encaminharei neste trabalho. Meu propósito inicial é o de explorá-lo conceitualmente para, em seguida, no segundo capítulo, circunscrevê-lo à discussão sobre o processo de envelhecimento e a velhice, levando em conta o meu foco de investigação: os efeitos do cuidar de um idoso sobre outro idoso (o cuidador).

1. Estresse: uma breve retrospectiva

Segundo Fontana (1994), o termo estresse tem sua origem vinculada ao francês *distresse*, que significa “ser colocado sob aperto ou opressão”, e foi adaptado para o inglês – *distress* - por volta de 1100-1500. Passou posteriormente a *stress*, tendo em vista a necessidade de uso de um termo que ficasse a meio caminho entre “pressão e ênfase”. Em português, utiliza-se o termo adaptado *estresse*. Na literatura especializada sobre o assunto, o consenso parece estar na definição de estresse como forma de pressão/ênfase, mais do que como aperto/opressão. Rossi (1996) lembra que *estresse* origina-se do latim e que, no século XVII, era sinônimo de adversidade/aflição. Quase no final do século XVIII passou a significar “força, pressão ou esforço”. Somente no início do século XX, as ciências biológicas e sociais começaram a investigar seus efeitos na saúde física e mental das pessoas. Desde então, os profissionais da área de saúde vem estudando pessoas com comportamentos apressados, impacientes e facilmente irritáveis: tidos como sinais de sua incidência.

Em 1936, o endocrinologista húngaro (naturalizado canadense) Hans Selye introduziu o uso do termo *stress* na área da Saúde para designar a “Síndrome de Adaptação Geral”, caracterizada por resposta inespecífica do organismo a estímulos excitantes que, por sua vez, responderia pela manifestação de distúrbios fisiológicos

e/ou psicológicos. Margis *et al* (2003, p. 65) assinalam que, a partir de então, “o termo passou a ser utilizado tanto para designar esta resposta do organismo como a situação que desencadeia os efeitos desta”.

Pesquisas realizadas por Selye e por sua equipe de pesquisadores - na Universidade de Montreal na década de 50 - têm embasamento predominantemente fisiológico. Na década de 70, ênfase foi dada à interação entre os aspectos psicológicos e biológicos. Vale dizer que, em 1979, o Departamento de Saúde dos Estados Unidos elegeu o “controle do *stress*” como uma de suas áreas prioritárias de ação, o que respondeu pelo aumento das pesquisas sobre o tema nas universidades americanas. Nessa época, a questão que envolve o *stress* social tornou-se o foco da atenção dos pesquisadores daquele país (ROSSI, 1996).

A Alemanha é outro país de destaque neste campo de investigação, com uma grande quantidade de publicações sobre o tema, amplamente explorado nas Universidades de Dusseldorf, Bochum, Trier e, em Munique, no renomado Instituto Max Planck de Psiquiatria. No Brasil, vale destacar o pioneirismo e a importância das investigações conduzidas no Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress (LEPS), sob coordenação de sua fundadora, a profa. Dra. Marilda Emmanuel Novais Lipp⁹. Criado em 1993, O LEPS é o primeiro laboratório de estresse da América Latina voltado para a investigação de seus efeitos no funcionamento biopsicossocial. Dissertações de mestrado e teses de doutorado, orientadas por Lipp, têm proposto métodos de tratamento não farmacológicos (principalmente terapia cognitivo-comportamental) para a melhora da qualidade de vida humana¹⁰.

1.1 A evolução do conceito de estresse

Marques e Abreu (2009) consideram que, depois de Selye (1936), as definições oferecidas por Lazarus, (1993), Lipp (1996) e McEwen e Lasley (2003) poderiam ser tomadas como exemplares da evolução do conceito de estresse e da problematização dos modos de enfrentá-lo.

⁹ O LEPS está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Centro de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas

¹⁰ Informações disponíveis no site do LEPS: <http://www.estresse.com.br/leps.html>.

Como referido anteriormente, a hipótese introduzida por Selye trouxe à luz o fato de que alguns estímulos podem ser traduzidos pelo organismo como riscos à sua homeostase. Por isso, ele reage - como um todo - a essa ameaça, independentemente da natureza do estímulo em questão. Esse conjunto de respostas é, como vimos, o estresse e o processo reativo constitui o que o médico denominou “Síndrome de Adaptação Geral” (SAG). Selye identificou três fases, no que diz respeito a tal manifestação sindrômica, quais sejam:

- **Fase de Alerta:** inicia-se com a confrontação do indivíduo com um estímulo estressor e o risco de quebra da homeostase. Se o tempo de atuação do estímulo for reduzido, descarga hormonal é ativada, o que pode ser suficiente para a reequilibração e recuperação do bem-estar. Nesse caso, diz-se que ocorreu uma “adaptação positiva” por tratar-se de uma reação saudável à presença de estresse (também denominada *eutresse*). Se ocorrer o contrário, o quadro evolui para a fase seguinte. Marques e Abreu (2009) assinalam que os sintomas observados nesta fase são predominantemente de natureza física, se o indivíduo conseguir lidar com o estressor o eliminará, voltando o organismo ao equilíbrio interno, considerando assim uma adaptação positiva.
- **Fase de Resistência:** deflagrada pela presença de estímulos estressores de longa duração e/ou de grande intensidade que obriga o indivíduo a utilizar energia adaptativa de reserva, na tentativa de reequilibrar-se. Se ela for suficiente, a pessoa recupera-se; se não, fragiliza-se. Os sintomas característicos dessa fase são, de acordo com Marques e Abreu (2009), na sua grande maioria de natureza física e a mobilização de energia leva o indivíduo a ter a sensação de desgaste e cansaço.
- **Fase de Exaustão:** Se a resistência da pessoa não for suficiente para lidar com a contínua e/ou intensa fonte de estresse, o processo de fragilização evoluirá, levando à exaustão física e psicológica que, por sua vez, responderá pelo aparecimento de várias doenças.

Para Marques e Abreu (2009), o modelo explicativo de Selye foi, a partir da década de 70, contraposto ao modelo interacionista de Lazarus (1966), médico

americano para quem a caracterização do estresse depende fundamentalmente de sua percepção como tal por um indivíduo. Isso quer dizer que um estímulo só é estressante se, num determinado contexto, o indivíduo avaliá-lo como ameaçador/prejudicial ao seu bem-estar. Nessa medida, estresse resulta da interação entre processos perceptivos e cognitivos e agentes estressores.

A introdução da noção de interação trouxe à tona a necessidade de se voltar atenção para variáveis individuais – cognitivas e motivacionais – na investigação sobre o estresse. Uma das maiores contribuições da vertente interacionista foi, assinala Rossi (1996), mostrar que não são as situações em si que desencadeiam o estresse e sim a reação que se tem a ela. Esse autor lembra, ainda, o lado positivo do estresse: estímulo para aumentar a produtividade e a criatividade individual. Nessa mesma linha de pensamento, Fontana (1994) atenta para o fato de que o estresse pode se apresentar como desafio que excita e mantém o indivíduo em alerta: sem ele, a vida (para muitas pessoas) seria sem valor, sem graça. Conclui-se que um sujeito com baixa auto-estima poderia apresentar uma reação totalmente diferente – negativa - aos mesmos estressores que para outros seriam motivo de impulso positivo.

Essa variabilidade reativa é que abre espaço para se considerar que o estresse gera, também, consequências negativas: os sujeitos se veem, então, diante de exigências que não conseguem administrar, o que pode levar a um colapso físico e/ou psicológico. A maioria das pessoas tem pouca habilidade para administrar o estresse, o que pode ser extremamente prejudicial. Mas, os estudos dão conta de que é possível aprender a reagir adequadamente a situações estressantes, evitando seus efeitos negativos (como veremos no item 1.1.5).

É também uma visão psicológica que fundamenta a reflexão encaminhada por Lipp (2010). Como Selye, a psicóloga brasileira entende o estresse como um processo que, uma vez desencadeado, manifesta-se em fases sucessivas bem características. Lipp, contudo, acrescenta uma fase intermediária – a **Fase de Quase Exaustão** – entre as fases de Resistência e Exaustão propostas por aquele médico. Nela, a tensão “quase” excede o limite do gerenciável, a resistência física e emocional começa a se quebrar, mas ainda há momentos em que a pessoa consegue pensar lucidamente, tomar decisões, rir de piadas e trabalhar. Tais momentos (típicos do funcionamento normal) são marcados por grande esforço e se intercalam com momentos de total desconforto e ansiedade. Uma gangorra emocional é, então, a marca registrada da fase identificada pela pesquisadora brasileira.

O médico Bruce McEwen, ex-presidente da Sociedade de Neurociência Internacional e renomado pesquisador no campo da neuro-endocrinologia, juntamente com Elizabeth Norton Lasley¹¹, ao realizaram uma revisão bibliográfica sobre o tema do estresse, concluíram que ele é um dos mais presentes no discurso social contemporâneo. Isso porque não há quem fique imune às pressões do dia-a-dia. Reiteram que se o indivíduo não é capaz de lidar com tais situações, a resposta de estresse disparada pode gerar efeitos desagradáveis de estimulação psicológica e/ou fisiológica. Esses autores assinalaram que tal estado de estresse pode se tornar um importante mecanismo de defesa para reduzir o estresse indesejável. Segundo os mesmos, é preciso considerar, então, que “defesa” difere de “enfrentamento”; já que “enfrentar” envolve resolução construtiva de problemas, ao passo que “defender” implica reavaliar o estressor de modo que ele não seja visto como perigo pelo sujeito (McEWEN & LASLEY, 2003, p.18).

É nessa mesma perspectiva que Holmes (1997) chamou a atenção para três pontos a serem observados com relação às defesas¹², quais sejam:

- Às vezes, uma defesa requer tanto esforço que resulta em tanta excitação quanto o estresse que ela foi usada para evitar (Houston, 1972; Manuk1978; Solomon 1980). Por isso, deve-se considerar que “engolir sapos e acabar com isto” pode ser mais eficiente do que envolver-se em defesas elaboradas.
- Uma defesa pode reduzir o estresse em curto prazo, mas ela adia a ação apropriada, razão pela qual, em longo prazo “defender-se” pode trazer consequências sérias e estresse ainda mais elevado.
- Nem todos os comportamentos que forem originalmente rotulados como defesas reduzem o estresse. A projeção é um desses casos: muitas pessoas projetam seus traços indesejáveis em outras, mas não há qualquer evidência de que isto reduz o estresse associado a ter os traços indesejáveis. Em outras palavras, projetar hostilidade nos outros não necessariamente torna o indivíduo menos ansioso (ansiedade surge após eventos estressores duradouros) em relação ao “ser hostil”.

¹¹ Autores de *O Fim do Estresse como Nós o Conhecemos* (2003)

¹² No exame de qualificação desta dissertação, Marilda Lipp assinalou que a discussão encaminhada por Holmes sobre este ponto específico tem relação com a “técnica de ação responsável”, proposta por ela.

Desta breve retrospectiva, pode-se concluir que o estresse é ingrediente fundamental para a vida humana: tanto para o bem quanto para o mal! Tal conclusão pode, segundo entendo, ser movimentada também, levando-se em conta o conceito de “normatividade”, forjado por Canguilhem (1966). Em *O Normal e o Patológico* (1966/2011), o médico filósofo propõe que se entenda que “ser vivo é ser normativo” (p.195), o que equivale a dizer que, para ele, a vida depende da capacidade que o organismo tem de instituir novas normas num contexto de necessidade adaptativa:

a própria necessidade revela a existência de um dispositivo de regulação. A necessidade de alimentos, de energia, de movimentação, de repouso requer, como condição para seu aparecimento, sob a forma de inquietação e de procura, como referência, um estado ideal de funcionamento, determinado sob a forma de uma constante. A regulação orgânica ou homeostase assegura, em primeiro lugar, a volta à constante quando o organismo dela se afastou em consequência das variações de sua relação com o meio (p. 201).

A atividade normativa consiste, então, em instituir normas diferentes de funcionamento sempre que a manutenção e o desenvolvimento da vida assim o exigirem. A busca constante de equilíbrio – homeostase – coloca em cena, de acordo com ponto de vista de Canguilhem, a mútua afetação entre organismo e meio (físico e social). Como se vê, de um lado, o conceito de homeostasia é de fundamental importância para a discussão que envolve a necessidade de adaptação e, de outro, porque permite reconhecer que não existe estado perfeito e acabado de equilíbrio, já que a demanda por adaptações é constante.

Em meio a essa discussão é que o autor traz à luz a célebre proposição lançada por Cannon¹³ no livro *A Sabedoria do Corpo* (1946): “a vida orgânica é uma ordem de funções precárias e ameaçadas, mas constantemente restabelecidas por um sistema de regulações” (Canguilhem, 1966/2011, p. 209). Para Canguilhem, a Síndrome da Adaptação Geral, de Selye, coloca em causa essa “sabedoria do corpo” porque permite ver efeitos patológicos de uma espécie de “erro de cálculo” traduzido pela hiper-reatividade orgânica:

nesse caso, a doença consiste no exagero da resposta orgânica, na violência e na obstinação da defesa, como se o organismo visasse mal, calculasse mal. O termo ‘erro’ ocorreu naturalmente aos patologistas

¹³ Importante biólogo francês.

para designar um distúrbio cuja origem tem que ser procurada na própria função fisiológica, e não no agente externo (p. 221-222).

Tal afirmação, como se vê, ratifica a tese de Lazarus, ao reconhecer que a tradução do estímulo pelo organismo é que pode torná-lo negativamente estressante. Apoiado em Ryle (1947), o médico assinala que a diversidade nos modos de reação a um mesmo estímulo depende, conseqüentemente, do grau de normatividade sustentado por um organismo, tendo em vista sua relação com o meio no qual se encontra inserido:

Quando se trata de normas humanas, esse estudo [o de Ryle] reconhece que essas normas são determinadas como possibilidade de agir de um organismo em situação social, e não como funções de um organismo encarado como mecanismo vinculado ao meio físico. A forma e as funções do corpo humano não são apenas a expressão de condições impostas à vida pelo meio, mas a expressão dos modos de viver socialmente adotados no meio (Canguilhem, 1966/2011, p. 218) (grifos meus).

Note-se que Canguilhem utiliza o plural para se referir a “normas humanas”. Interessa-me explorar esse uso para justificar a ênfase nos segmentos grifados na afirmação acima. Para tal, me apoio em Fonseca (2012), que destaca do texto desse autor a proposição de que “o homem, mesmo sob o aspecto físico, não se limita a seu organismo [...]. É, portanto, além do corpo que é preciso olhar para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo” (pg. 162). Esse “além do corpo” inclui, de um lado, a dimensão social e, do outro, a subjetiva.

Não sem razão, apoiado nos trabalhos de Ey (1936) e Halbwachs (1912), o médico filósofo projeta o conceito de normatividade orgânica às esferas dos funcionamentos psíquico e social. No primeiro caso, “ser normativo” refere-se a algo que está na base da ação propriamente “humana” e que configura sua capacidade psíquica máxima. Vale ressaltar que esse limite superior não pode ser precisa e objetivamente mensurado porque vinculado ao aspecto dinâmico e singular próprio do funcionamento psíquico, que varia de sujeito para sujeito e requer regulações diferentes dependendo do contexto de demandas em que são criadas.

Entendo ser oportuno resgatar aqui uma discussão encaminhada por Freud (1930/2012) em *O Mal-Estar na Cultura*. Para ele, do ponto de vista psíquico, “a vida, tal como nos é imposta, é muito árdua para nós, nos traz muitas dores, decepções e tarefas insolúveis” (p. 60). Isso quer dizer que não é incomum entre os humanos o fato de que:

O sofrimento ameaça de três lados: a partir do próprio corpo que, destinado à ruína e à dissolução, também não pode prescindir da dor e do medo como sinais de alarme; a partir do mundo externo, que pode se abater sobre nós com forças superiores, implacáveis e destrutivas e, por fim, das relações com os outros seres humanos. O sofrimento que provém desta última fonte talvez seja sentido de modo mais doloroso que qualquer outro; tendemos a considerá-lo como um ingrediente de certo modo supérfluo, embora não seja menos fatalmente inevitável do que o sofrimento oriundo de outras fontes (p. 63-64).

Mecanismos de defesa contra o sofrimento são, então, postos em ação:

Há os procedimentos extremos e os moderados, há os unilaterais e aqueles que atacam várias frentes ao mesmo tempo [...] Contudo, os métodos mais interessantes para evitar o sofrimento são aqueles que procuram influenciar o próprio organismo. Afinal de contas, todo sofrimento é apenas sensação, existe apenas na medida em que o percebemos, e apenas o percebemos em consequência de certas disposições do nosso organismo (p. 65).

O homem tenta realizar e encontrar, de alguma maneira, a felicidade. O problema com o qual ele tem que se haver é que ela não é plenamente realizável: não há conselho e nem saída para todos. Parece-me que tal consideração aproxima Freud daquelas feitas por Canguilhem e Selye. O psicanalista, inclusive, fala em uma transformação e reordenação de impulsos necessária à vida psíquica: “se não podemos suprimir todo o sofrimento que o mundo exterior nós traz, podemos pelo menos diminuir uma parte dele reordenando os nossos impulsos” (p. 78). Cabe ao sujeito determinar o quanto de satisfação e o quanto de potência é preciso para atingi-la.

Uma saída para o homem aculturado é, então, diminuir suas exigências, todas elas baseadas na cultura, para que um projeto de felicidade possa ser colocado em andamento. Segundo o autor, quanto mais exigente e mais aculturado, maior a chance de um sujeito desenvolver stress. A título de exemplo, cabe lembrar que a sociedade, de um lado, exige do ser humano que ele, entre outras coisas, venere o belo, a limpeza, o exercício de atividades psíquicas superiores, manifestações culturais, científicas e artísticas e, por outro, que renuncie aos seus impulsos agressivos, respeitando limites para o convívio social. Freud afirma que a renúncia aos impulsos não tem nenhuma dimensão libertadora: ele o faz por imposição, temendo punição. A perda libidinal aí em causa pode gerar infelicidade interior permanente. A tensão resultante do excesso de cultura e o bloqueio libidinal imposto se oferecem, então, como campo fértil para o desenvolvimento de angústia e estresse.

Menos pessimista que Freud, ao propor o desdobramento do conceito de normatividade ao funcionamento social, Canguilhem considera que a promoção da vida com qualidade deve contar com um meio propiciador de “modos de viver” favoráveis. Os arranjos desse meio socialmente normativo seriam, na sua ótica, resultado do valor que se dá à vida no âmbito de uma cultura. Suas considerações estão, portanto, intimamente vinculadas à proposição de que a vida não é indiferente ao meio biopsicossocial no qual ela se desenrola. Razão pela qual a doença deva ser entendida como tradução da incapacidade de, nessas três dimensões, instituir normas diferentes em condições diferentes.

Conclui-se que “ser normativo” é ser capaz de reagir espontaneamente para defender-se das adversidades que ameaçam a vida (dos pontos de vista biológico, psicológico e social). Entende-se porque Canguilhem considere que os agentes patogênicos jamais sejam recebidos, pelo homem, em estado bruto, mas experimentados como sinais de tarefas ou de trabalho (novamente, biopsicossocial) a ser realizado. É isso que, como vimos, está em causa na Síndrome da Adaptação Geral (SAG/Stress) e que, do meu ponto de vista, se coloca na seguinte afirmação do autor:

o normal e o anormal são determinados não tanto pelo encontro de duas séries causais independentes, o organismo e o meio, mas, sobretudo, pela quantidade de energia de que o agente orgânico dispõe para delimitar e estruturar esse campo de experiências e de empreendimentos a que chamamos nosso meio (p. 232).

Nessa medida, o excesso de resposta adaptativa pode desequilibrar o funcionamento da máquina “humana”:

doenças de adaptação compreendem reações que ultrapassam seus objetivos, que continuam em seu impulso e perseveram quando depois de cessada a agressão, o doente cria a doença pelo excesso de sua defesa e pela intensidade de uma reação que o desequilibra e não o protege (p. 220).

Levando em conta a reflexão encaminhada até aqui, deve-se atentar para o fato de que a medida optimal de energia necessária para viver a vida com qualidade resulta de um “saber do corpo” (biológico e subjetivo) em sua relação com o meio social, tendo em vista a demanda permanente para enfrentar situações críticas ameaçadoras. A saúde está, portanto, intrinsecamente vinculada à sua condição de superar (por seus próprios meios ou por intervenção externa) tais situações.

1.1.1 Sintomas do estresse

Vimos até aqui que o estresse tem uma dupla face: ele é, ao mesmo tempo, resposta (reação) e estímulo desencadeador de comportamentos (adequados e inadequados). **Do ponto de vista psicológico**, o efeito negativo de sua presença produz sintomas variados que se fazem notar até o nível crítico do esgotamento (FONTANA, 1994) ou exaustão (SELYE, 1952; LIPP, 1996). De acordo com Lipp (1996) e Rossi (1996) apatia, depressão, preocupação em demasia, sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, raiva, ira, irritabilidade e ansiedade são os sintomas mais comumente associados com estresse. Eles podem desencadear, na ótica desses autores, crises neuróticas ou mesmo surtos psicóticos.

Fontana (1994) nos oferece a seguinte classificação dos efeitos psicológicos do excesso de estresse, com ênfase no fato de que o aparecimento dos sintomas é indiferente à fase de estresse na qual a pessoa se encontra:

- **Sintomas Cognitivos**

- Diminuição da concentração;
- Aumento da desatenção;
- Perda parcial da memória de curto e longo prazo;
- Imprevisibilidade da velocidade;
- Deterioração da capacidade de organização e planejamento de longo prazo.

- **Sintomas Emocionais**

- Aumento das funções psicológicas: sentimentos, emoções e personalidade;
- Sintomas hipocondríacos;
- Ocorrem mudanças nos traços da personalidade;
- Recrudescimento dos problemas de personalidades existentes;
- Enfraquecimento das restrições de ordem moral e emocional;
- Aparecimento de depressão e sensação de desamparo;
- Diminuição aguda da autoestima;

- **Sintomas Comportamentais**

- Aumento dos problemas de articulação verbal;
- Diminuição do interesse e entusiasmo;
- Em caso de drogadictos, aumento do consumo de drogas;
- Dificuldades para dormir;
- Aumento do cinismo a respeito de clientes e colegas;
- Responsabilidade transferida a outros;
- Superficialidade na resolução de problemas;
- Surgimento de padrões bizarros de comportamento;
- Probabilidade de ocorrência de tentativas de suicídio.

Fontana (1994) adverte, de um lado, que a manifestação de todos esses sintomas num mesmo sujeito é rara (mesmo sob efeito de estresse extremo) e, de outro, que o aparecimento - seletivo - de alguns deles pode indicar que se atingiu, ou se está a caminho de atingir, a fase de colapso (exaustão). Os eventos sociais/estresse agem depois que o sujeito elaborou cognitivamente e emocionalmente o fato/estressor, o comportamento do sujeito então é uma reação cognitiva e emocional que se adaptará ou não ao evento.

Do ponto de vista físico-fisiológico, deve-se considerar, segundo Lipp (2010), que as doenças relacionadas à estimulação excessiva de um órgão, ou mesmo aquelas ligadas a retardo no seu funcionamento, podem ser consideradas como possuindo um componente de estresse na sua ontogênese. As doenças e disfunções que têm sido mais estudadas são:

- hipertensão arterial
- doenças cardíacas
- úlceras gastroduodenais
- obesidade
- câncer
- doenças dermatológicas
- cefaléia e dores de cabeça
- doenças respiratórias

- doenças imunológicas

Todas parecem ter em sua etiologia o estresse como um fator psicopatogênico. É preciso não esquecer que doenças relacionadas com estresse são normalmente classificadas como psicofisiológicas, termo híbrido que põe em descoberto o modo quase inseparável como se manifesta a resposta de estresse.

De todo modo, existe uma literatura mundial sobre estresse cujo foco é o aspecto físico-fisiológico. Nela se preconiza que o organismo, através do seu gerenciador de respostas físicas - o hipotálamo¹⁴ -, libera a Adrenalina e Noradrenalina das glândulas supra-renais na corrente sanguínea. Elas agem como estimulantes acelerando os reflexos, aumentando o ritmo cardíaco e a pressão sanguínea, elevando os níveis de açúcar no sangue e o metabolismo corporal. Na mesma reação porém, num segundo estágio, ocorre à liberação do cortisol¹⁵, ocasionando outra resposta adaptativa e imediata que visa manter o equilíbrio do organismo. Mas, se o estresse é excessivo e contínuo, o hipotálamo libera mais e mais mensagens para que o organismo se mantenha estável. Com isso, ele é invadido com cortisol, cujo excesso ocasiona a diminuição e desregulação das respostas nos diversos órgãos, bem como diminuição do número e do tempo de reação das células T¹⁶ que, já em número reduzido, perderão a capacidade de localizar e destruir células mutantes. Tal condição afeta todo o sistema de respostas adaptativas e principalmente a imunidade do organismo.

Como se vê, uma reação normal do corpo humano ao estresse é a resposta adaptativa: ela é favorecedora de equilíbrio. Contudo, se houver necessidade de que essas reações se prolonguem por muito tempo, o equilíbrio desse mesmo corpo pode se prejudicar. Naturalmente, cada resposta tem o propósito de ser uma reação imediata e curta, cessando tão logo passe a emergência. É importante observar os danos que uma resposta que perdure por muito tempo possa causar ao organismo. Lutar ou fugir, adaptar-se às necessidades, às exigências reais que a vida faz é a chave da questão.

¹⁴ O hipotálamo é uma estrutura do sistema nervoso central (SNC), responsável pela regulação de funções básicas à manutenção e sobrevivência do organismo. O hipotálamo induz respostas e alterações no meio ambiente externo e interno, como, por exemplo: as induzidas por agentes estressores que permitem que o organismo se adapte e mantenha a homeostasia.

¹⁵ O cortisol tem uma importância primária no estresse, gerando um metabolismo celular de substratos energéticos para a produção de respostas fisiológicas à presença dos agentes estressores.

¹⁶ Células T são responsáveis pela imunidade da célula, isto é, a eliminação de antígenos internamente produzidos (células rebeldes) no tecido do órgão. É sabido que o corpo humano produz células mutantes, cada célula T viaja por todo o corpo para verificar todas as outras células, comparando a estrutura de seu DNA e a sua própria.

1.1.2 Diagnóstico de estresse

Uma das principais escalas (ou teste) utilizada no mundo para diagnóstico de estresse é a *Escala de Reajustamento Social de Holmes e Rahe* (1967). Richard H. Rahe e Thomas H. Holmes criaram esta escala após constatarem que diversas situações ou acontecimentos de vida, contribuíram para um decréscimo da condição física da pessoa. Segundo os autores, quanto mais energia utilizada, maiores são as possibilidades de adoecimento. Nesta Escala, existem um total de 43 eventos discriminados por importância, a pontuação vai de 100 pontos (evento com maior importância) a 11 pontos (evento com menor importância). A mensuração se dá tendo em vista a soma dos eventos tidos como estressantes, identificados no último ano pelo sujeito. Quanto maior a soma dos pontos, maior a probabilidade do sujeito vir a sofrer uma doença: de 119 pontos até 150, a probabilidade é de 37%; de 151 até 299 pontos, 51%; e acima de 300 pontos, 79% (para maiores detalhes, ver anexo D). Note-se que, nessa perspectiva, o foco está mais voltado para o tipo de evento considerado (previamente) estressante do que propriamente para o modo de reação (singular) a ele.

No Brasil, Lipp (2000) produziu o *Inventário de Sintomas de Stress* (ISSL), um questionário/teste que procura identificar a sintomologia - avaliar a ocorrência de sintomas físicos e ou psicológicos - e identificar a fase do estresse no qual sujeito se encontra. É o teste mais recomendado, e também o mais utilizado, para a realização de investigações (clínicas e acadêmicas) no Brasil¹⁷.

Três quadros compõem o ISSL. Neles são listados sintomas típicos de cada uma das quatro fases do estresse. O primeiro – que avalia a fase 1 (alerta) é constituído por 12 sintomas físicos e 03 psicológicos¹⁸. Cabe ao sujeito que está sendo avaliado assinalar como F1 ou P1 os sintomas por ele experimentados nas últimas 24 horas. O

¹⁷ Destina-se a avaliar sujeitos maiores que 15 anos, independentemente do seu grau de alfabetização. Pode ser aplicado individual ou coletivamente. O tempo de aplicação gira em torno de 10 a 15 minutos.

¹⁸ Os **sintomas físicos** elencados são: mãos e pés frios, boca seca, nó no estômago, aumento de sudorese, tensão muscular, aperto da mandíbulo/ranger os dentes, diarreia passageira, insônia, taquicardia, hiperventilação, hipertensão arterial súbita e passageira, mudança de apetite. Os **sintomas psicológicos**, por sua vez, são: aumento súbito de motivação, entusiasmo súbito, vontade súbita de iniciar novos projetos.

segundo, por sua vez, é composto por 10 sintomas físicos e 05 psicológicos¹⁹. Do mesmo modo, o sujeito deve reconhecer e assinalar como F2 e P2 aqueles que ocorreram na última semana. Esse quadro é utilizado para a avaliação das fases 2 e 3 (resistência e quase-exaustão). O diagnóstico da fase 3 leva em conta a frequência maior dos sintomas que compõem o quadro 2. Finalmente, 12 sintomas físicos e 11 psicológicos são listados no quadro 3²⁰, em que está em causa a avaliação da fase 4 (exaustão). O procedimento para o diagnóstico é o mesmo: o sujeito reconhece e assinala como F3 e P3, aqueles que se manifestaram no último mês. Vale dizer que sintomas referidos no quadro 1 podem, por exemplo, reaparecer no quadro 3, em função de variação na intensidade de sua manifestação.

1.1.3 Tipos de comportamentos e sua relação com o estresse

Cabe dizer finalmente que, na literatura sobre o estresse, ênfase é dada à relação entre hábitos comportamentais habituais e vida saudável. Segundo Rossi (1996), alguns tipos de comportamentos podem fazer mal à saúde. É nessa direção que Malagris (2003) analisa a relação entre tipos de comportamentos e o estresse. O denominado “comportamento do tipo A” predomina na sociedade contemporânea e refere o modo de agir apressado do homem nela inserido. Para esse autor, tal comportamento contribui para desencadear o estresse, o que, na maioria das vezes, é fator determinante da precarização da qualidade de vida.

Estudos sobre o Comportamento do tipo A começaram na década de 1950, nos Estados Unidos. Nessa época, ele foi caracterizado como um conjunto de ações e emoções que incluem ambição, agressividade, competitividade e impaciência, tensão

¹⁹ Os **sintomas físicos** elencados são: problemas com a memória, mal-estar generalizado, sem causa específica, formigamento das extremidades, sensação de desgaste físico constante, mudança de apetite, aparecimento de problemas dermatológicos, hipertensão arterial, cansaço constante, aparecimento de úlcera, tontura/sensação de estar flutuando. Os **sintomas psicológicos**, por sua vez, são: sensibilidade emotiva excessiva, dúvida quanto a si próprio, pensar constantemente em um só assunto, irritabilidade excessiva, diminuição da libido.

²⁰ Os **sintomas físicos** elencados são: diarreia frequente, dificuldades sexuais, insônia, náusea, tiques, hipertensão arterial continuada, problemas dermatológicos prolongados, mudança extrema de apetite, excesso de gases, tontura frequente, úlcera, enfarte. Os **sintomas psicológicos**, por sua vez, são: impossibilidade de trabalhar, pesadelos, sensação de incompetência em todas as áreas, vontade de fugir de tudo, apatia, depressão ou raiva prolongada, cansaço excessivo, pensar/falar constantemente em só assunto, irritabilidade sem causa aparente, angústia/ansiedade diária, hipersensibilidade emotiva, perda do senso de humor.

muscular, estado de alerta, fala rápida e enfática e um ritmo de atividade acelerada²¹. Para os pesquisadores envolvidos neste estudo, o Comportamento do tipo A é o mais suscetível a desenvolver câncer, principalmente o de pulmão. De acordo com Malagris (2003) vejamos a seguir as principais características que um homem com Comportamento do tipo A pode manifestar:

- Um firme aperto de mão;
- Um andar rápido;
- Ritmo rápido para comer;
- Voz alta e ou vigorosa;
- Respostas abreviadas;
- Tendências a cortar os finais das palavras, tendo uma falha na pronúncia;
- Rapidez na conversa e aceleração da fala no final de uma longa frase;
- Fala explosiva, enfatizando certas palavras;
- Reage veementemente quando é impedido de realizar as coisas rapidamente.
- Cerra os punhos enfatizando sua verbalização;
- É hostil em situações que parecem levá-lo a perder tempo;
- Usa frequentemente apenas uma palavra para responder questões;

É preciso que se diga que nem todas as pessoas consideradas do tipo A possuem todas essas características (LIPP 2003). O Comportamento do tipo B, por sua vez, envolve as seguintes manifestações:

- Expressão geral de relaxamento;
- Aperto de mão gentil;
- Andar moderado a lento;
- Voz branda;
- Muito detalhista ao se expressar;
- Não corta o discurso do outro;
- É lento nas suas respostas verbais;

²¹ Estudos mais recentes têm considerado também a cognição como fator que induz à “doença da pressa”.

- Não acelera o final da sentença;
- Sem explosividade na fala;
- Não fala de modo apressado;
- Dificilmente é hostil;
- Não costumam responder de forma monossilábica;
- Raramente usa o punho cerrado ou o dedo apontado para enfatizar sua fala;

Como se vê, a classificação do comportamento como do tipo A ou B trabalha com dois pólos de opostos. Deve-se considerar, entretanto, que nenhum extremo de comportamento é favorável. Segundo Malagris (2003) o ideal é que as pessoas apresentem uma mescla desses dois tipos, articulação que depende, inclusive, do contexto situacional. Interessa aqui colocar relevo no fato de que umas das principais fontes de estresse para a pessoa do tipo B é um comportamento do tipo A, e vice-versa. Outro ponto importante diz respeito ao fato de que pessoas que têm o padrão de comportamento do tipo A, levam uma vida estressante, o que contribui para o aparecimento de doenças. Malagris (2003) aposta, contudo, que seja possível realizar tratamentos preventivos que envolvam mudanças comportamentais.

1.1.4 Como prevenir o estresse

De acordo com Lipp (2007), como o estresse (positivo e/ou negativo) se impõe ao longo do desenvolvimento humano, seria de fundamental importância desenvolver, desde a infância, estratégias favorecedoras de atitudes tranquilas para evitar a deflagração de consequências negativas. A autora dá ênfase, por exemplo, às ações parentais educativas. Para ela, os pais não devem impor limites e disciplina extremos, mas escutar o que os filhos têm a dizer, abrindo caminhos para o efetivo diálogo; ajudar a criança a encontrar, com tranquilidade, soluções para os problemas encontrados e/ou usar a liberdade alcançada para pensar e agir. Esse suporte é, na sua ótica, um dos meios mais eficazes para prevenir o excesso de resposta adaptativa ao estresse.

Lipp chama a atenção para o fato de que uma rotina familiar marcada por desencontros, em que fatos e atitudes levem os seus membros a agir de forma muito ansiosa para solucionar problemas, favorece a percepção pela criança de que não é possível enfrentar problemas cotidianos sem ansiedade. A pesquisadora entende que estratégias positivas de enfrentamento possam ser aprendidas naturalmente. Entendo que esses assinalamentos feitos por Lipp podem ser tomados como parte de um conjunto de ações características de um funcionamento socialmente normativo, tal como vimos na reflexão de Canguilhem.

Encarar a vida de forma positiva é um desafio e, também, uma necessidade para evitar que o estresse se torne desagradável. Há, segundo Lipp (2007), algumas atividades que ajudam a enfrentá-lo, tais como: prática de esportes prazerosos, leituras e autocuidado. Além disso, aprender a espantar pensamentos negativos, não se martirizar por erros e grandes expectativas frustradas auxilia a manutenção do equilíbrio psicológico. Conhecer seus limites e respeitá-los evita, segundo ela, a ocorrência de manifestações orgânicas desagradáveis e/ou patológicas. Tal posicionamento é entendido por ela como um importante modo de manter-se saudável, prevenindo desdobramentos indesejáveis do estresse extremo. Parece-me que, em tais considerações, se deva reconhecer a necessidade de uma capacidade de ser psicologicamente normativo. Mas, se por si só, um sujeito não atinge o limite máximo dessa capacidade, o que fazer? É o que veremos no próximo item.

1.1.5 Como enfrentar o estresse

Sabidamente ninguém pode fugir do estresse, então a melhor forma será enfrentá-lo. A maioria das técnicas de controle do estresse tem como objetivo reduzir a tensão física e mental. Existem, como se sabe, várias propostas nessa direção, tais como, terapias psicológicas, atividades de massagens, yoga, acupuntura e outras. Para Lipp (2007), as melhores saídas são aquelas que propiciam o olhar a vida de outra forma, que oferecem novos modos de pensar, num processo psico-educativo de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento positivas e eficazes para gerenciar o estresse. A autora distingue estratégias de curto e longo prazo. As primeiras estão relacionadas com redução da tensão física e mental, através de realização de exercícios

físicos e propiciadores de respiração profunda e relaxamento. Os de longo prazo envolvem a busca de resolução de problemas, tendo em vista a necessidade de identificação da fonte estressora, através de análise efetiva.

Além disso, atenta a autora, há um conjunto de estratégias proativas que visam eliminar ou modificar os estressores. Elas se oferecem como apoio para atingir uma sensação de auto eficácia e serão as primeiras a serem escolhidas pelas pessoas que sabem lidar bem com o estresse, pois atuam em seu ambiente. Na literatura especializada sobre o tema também são privilegiadas estratégias cognitivas, de aceitação e/ou emocionais, cujo valor e eficácia dependem da disponibilidade de enfrentamento de cada sujeito.

CAPÍTULO 2

LONGEVIDADE: ENTRE POTÊNCIA E FRAGILIDADE, OS DESAFIOS DE UMA VIDA MAIS LONGA NA VELHICE

Vimos no capítulo anterior que certa dose de estresse é condição necessária e, portanto, positiva para a manutenção da vida com qualidade. Em excesso (tanto no que diz respeito à intensidade, quanto à duração), seu efeito se inverte: independentemente da idade, compromete o bem estar e, em última instância, pode até colocar em risco o viver. Tanto o primeiro, quanto o segundo caso, dependem essencialmente de uma capacidade normativa atuando nas dimensões biológica, psicológica e social. É ela que responde pela manutenção e restabelecimento do equilíbrio quando algo se impõe como ameaça à vida. Neste trabalho, entendo que esse conhecimento (já estabilizado no campo da ciência) deva ser movimentado levando em conta o fato de que, em diversas sociedades modernas (cujas dinâmicas de funcionamento social tem sido repetidamente referidas como “estressantes”), especialmente a brasileira, vive-se cada vez mais. Esse prolongamento coloca em discussão, a meu ver, modos de ser normativo em diferentes contextos sócio-econômico-culturais.

2. Longeviver: uma conquista e seus desafios

Há mais de uma década atrás, Camarano *et al* (1999) já atentavam, por exemplo, para o fato de que, com o aumento da expectativa de vida ao nascer, aliada à diminuição da taxa de fecundidade, a tendência de ampliação do contingente populacional idoso no mundo e, mais especificamente no Brasil, seria consolidada inclusive no que se refere às

idades mais avançadas (acima dos 80 anos): o que, de fato, aconteceu, como veremos a seguir. Em recente pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), constatou-se que os idosos (acima de 60 anos) já somavam 12% da população, totalizando 23,5 milhões de brasileiros. Esse contingente representou mais do que o dobro registrado em 1991 (10,7 milhões de idosos). Na comparação com dados publicados em 2009 houve um aumento de mais de 1,8 milhão de pessoas nesse segmento populacional (naquele momento, havia 21,7 milhões de idosos no Brasil).

Uma das consequências do aumento da longevidade é o que se denomina “transição epidemiológica”. Isso porque o cenário é de mudança de perfil: de predominância das doenças infecciosas para prevalência de doenças de caráter crônico. Embora tal constatação invoque mais rapidamente condições orgânicas - já que o seu foco recai sobre a instauração de doenças -, pretendo tomá-la como índice da necessidade de se problematizar velhices fragilizadas, sem perder de vista a proposição de que, em se tratando do ser humano, um corpo nunca se reduz à sua materialidade biológica (CANGUILHEM, 1966).

Nessa perspectiva, me apoio na reflexão encaminhada por Brandão e Mercadante (2009), autoras que reconhecem a complexidade do fenômeno do envelhecimento, assinalando o seu ritmo oscilatório, no qual pares de opostos (perdas e ganhos, saúde e doença, potência e fragilidade, etc.) se apresentam como marca constitutiva essencial. Isso porque no viver entram em relação simultânea fatores multidimensionais de natureza biopsicossocial. Apreender de que modos eles se entrelaçam num determinado momento e/ou contexto não é tarefa fácil, mas necessária à investigação que se realiza no campo da Gerontologia. Só assim se pode vislumbrar o compromisso com a não marginalização dos modos singulares de habitar a velhice, considerando, ao mesmo tempo, que ela nunca se desenrola num ambiente natural, mas sempre no âmbito social (BEAUVOIR, 1970).

Um dos caminhos, indicados por Brandão e Mercadante (2009, p. 66-67), para fazer valer tal proposição é o de abrir a escuta para os idosos para que eles se pronunciem sobre sua experiência de envelhecimento:

dar voz aos idosos é uma perspectiva dos estudos antropológicos que privilegiam a palavra dos idosos, “ouvir”, compreender e construir conhecimento sobre o processo de envelhecimento e longevidade, considerando a complexidade dos depoimentos trazidos por algumas narrativas.

Note-se que problematizar a conquista da longevidade pode (e deve) suscitar questões que reclamam posicionamento subjetivo, mas também da sociedade. Pesquisadores renomados da área da Gerontologia têm admitido, em uníssono, que as sociedades precisam se organizar para responder a demandas específicas que decorrem do aumento global da expectativa de vida. Tais respostas dependem, como se pode antecipar, de uma dinâmica de funcionamento que seja socialmente normativo. Eles entendem que a investigação científica se configura como um espaço de escuta ou leitura privilegiada de tal realidade e, conseqüentemente, que seus resultados podem constituir subsídio para enfrentar os desafios que a longevidade impõe.

Como o tema desta dissertação é o “cuidar”, ganha relevo na reflexão que encaminho a discussão de uma face que pode se apresentar na velhice, a fragilidade e seus desdobramentos subjetivo e social: a convivência com doenças crônicas, a necessidade de cuidados específicos, de estruturas públicas de saúde eficazes para dar conta de bem atender o cidadão que delas necessita.

Mas, como diz Mercadante (2009), o aumento da longevidade pressiona também no sentido de que se abram espaços sociais que incentivem o desenvolvimento de capacidades, tendo em vista a necessidade de fazer valer a experiência acumulada em benefício próprio e de outrem. Esses espaços de participação ativa devem ser previstos para fomentar a vida com qualidade na velhice e, por isso, também para enfrentar a fragilização que a ela pode se impor. Afinal, diz a autora, se atualmente a velhice tem futuro, é preciso reformar o pensamento para construir novos modos de vivê-la, ressignificando-a. Nessa perspectiva, o envelhecer é assumido como processo dinâmico que envolve desafios e oportunidades. Por isso, entende-se e sugere-se que não há resposta única aos seus desafios e, nem tão pouco permanente.

Note-se que a discussão sobre viver mais e/ou viver mais na velhice trazem consigo a necessidade de se discutir determinantes biopsicossociais para que se possa usufruir (viver bem) dessa conquista. Nessa perspectiva, cabe assinalar que embora a relação entre estresse e qualidade de vida tenha recebido a atenção de muitos pesquisadores brasileiros (como LIPP, 2003; CURCIO, 1991; MALAGRIS, 1992; SILVA, 1992), deve-se reconhecer o pioneirismo de Nacarato (1995) que problematizou seus efeitos mútuos, ao comparar três grupos de idosos: os profissionalmente ativos com os sem atividade regular e os religiosamente ativos. Os resultados de sua investigação

foram resumidos e ganharam destaque na dissertação de mestrado²² de Alves (2008, p. 21):

O grupo mais afetado foi o de idosos com atividade profissional, sendo as preocupações com saúde e familiares as principais fontes estressoras. Foi observado, também, baixo nível de qualidade de vida nos três grupos. Sociabilidade e afetividade foram as áreas mais preservadas, exceto para o grupo com atividade profissional. As atividades religiosas mostraram-se importantes contribuintes para o controle do stress.

Levando em conta a afirmação acima, pode-se dizer que o comprometimento da qualidade de vida manifestou-se como uma tendência generalizante nos três grupos estudados, embora o nível de estresse se apresentasse diferente entre eles. Cabe indagar, portanto, se as duas principais fontes estressoras identificadas – preocupações com a saúde e a família - tiveram um papel determinante no viver a vida com qualidade nesses diferentes grupos. Alves (idem, p. 21-22) não nos deixa concluir precipitadamente:

Para os idosos, os agentes estressores podem ser os mais variados, como a aposentadoria, a morte dos entes queridos, mudanças de papéis sociais, entre outros. No entanto a forma como o idoso percebe estes estressores é um dos principais determinantes de como ele é afetado pelo stress. Desta forma, investigar apenas os fatores estressantes em sua vida pode não ser uma boa medida para saber o quanto ele está sendo afetado (grifos meus).

Os dois pontos grifados na afirmação de Alves são de grande importância para o encaminhamento deste trabalho: o primeiro, porque nos coloca diante do fato de que a idade parece não jogar papel determinante no modo como um sujeito é afetado por uma fonte estressora. Nesse sentido, é a reação do idoso a ela (o que se coloca para sujeitos em qualquer faixa etária) que determina a amplitude de seus efeitos. Parte-se da hipótese de que uma resposta inadaptada é o que, de fato, está na base do comprometimento da qualidade de vida na velhice (ocasionando, inclusive, enfermidades orgânicas e/ou psicológicas). O outro ponto assinalado por mim tem relação com a sugestão de um direcionamento metodológico preciso: a investigação científica no campo da Gerontologia deve procurar articular a identificação e mensuração de estímulos estressores com os modos singulares de se estar sob seu efeito.

²² Intitulada *Stress e Qualidade de Vida em Grupo de Idosos: Análise e Comparação* (PUCCAMP).

A investigação realizada por Alves teve como base o compromisso com os pontos destacados anteriormente, o que não a possibilitou reconhecer que “a presença de variáveis protetoras, tais como suporte social [...] pode amenizar a experiência do stress e os efeitos do mesmo na saúde emocional de idosos” (p. 64). Tendo em vista o que foi discutido no capítulo 1, parece-me adequado assinalar a consonância entre a conclusão desta autora e a discussão de Canguilhem relativamente à importância de se poder contar com um ambiente socialmente normativo para viver a vida com qualidade. Por isso, mais adiante me deterei em considerações sobre o necessário “suporte social” no enfrentamento de estresse produzido no cuidado de idosos fragilizados.

2.1 O idoso frágil e a necessidade de cuidado

O cuidado é referido na literatura gerontológica como uma realidade heterogênea e subjetiva (NERI, 2001). Heterogênea porque envolve fatores diversos (vulnerabilidade social, fragilidade orgânica e/ou psíquica, mas também, autonomia, dependência, potência e impotência) e atores distintos (homens, mulheres, de diferentes idades, condições socioeconômicas, em diferentes papéis sociais, inclusive de cuidar e ser cuidado). Nesse campo de estudo, ênfase é dada à noção de “cuidado” relacionado à esfera social, familiar e subjetiva. Muitos autores chamam a atenção para o fato de que, na sociedade contemporânea cuidar de outrem é entendido como uma obrigação: espera-se que os pais cuidem dos filhos e, no futuro, que os filhos cuidem dos pais (NERI e SOMMERHALDER, 2002). Note-se que o cuidar implica, implícita ou explicitamente, normas de retribuição social, o que abarca a ideia de dever moral e ético. Cuidar de pais idosos é uma tradição na maioria das sociedades, reforçada na nossa cultura pela religião dominante, o “cristianismo”, que tem como um de seus preceitos fundamentais o respeito aos pais (BOFF, 2003).

Será preciso ficar igualmente atento para o fato de que se a atividade de cuidar de outrem é, de um lado, motivada principalmente pela necessidade de proteção e manutenção da vida, de outro, é preciso ter em conta que ela é marcada por uma transferência de afeto (NERY, 2003). Vale lembrar que o afeto é um chamamento à ação ou à sua renúncia. Razão pela qual se entende que a afetividade tem um papel organizador do comportamento. No cuidar, por exemplo, a articulação do afeto com a ação pode estreitar (ou não) o vínculo com o outro. Quando esse vínculo se impõe pela condição fragilizada de um idoso, pode implicar, em muitos casos, troca de papéis: os

filhos, agora cuidadores, podem encontrar, por exemplo, dificuldades para posicionarem-se como tais. Os pais, por sua vez, podem experimentar frustração por isso e, assim, a relação parental pode se tornar perturbadora. Crescemos e vivemos esperando algo dos pais - que eles cuidem de nós - mas, por circunstâncias diversas, os seres que idealizamos como “fortes” podem se apresentar “frágeis” e “impotentes”, demandando cuidados. Uma realidade que precisa, portanto, ser elaborada por ambas as partes envolvidas.

Não é demais lembrar que no campo do humano, potência e fragilidade convivem mesmo quando a tarefa de cuidar não está em jogo. Essa é uma característica da vida biológica, mas também da social e da condição psíquica. Consideração que vale, portanto, para o cuidador, mas também para aquele que é cuidado. Isso significa que cuidar e ser cuidado não é demanda específica da velhice, mas quando ela se apresenta nessa faixa etária suscita indagações, tais como: quem vai cuidar? Como cuidar? O que é o cuidado de um idoso frágil?

No que diz respeito à primeira indagação, deve-se ter em conta que uma soma de circunstâncias e das personalidades envolvidas dentro da família é que acabam definindo quem será o cuidador. Eleito - por opção ou por falta de opção -, ele depende de arranjos familiares construídos ao longo de anos. Assim, as histórias - pessoal e familiar - se apresentam como um dos principais fatores para definir quem será o cuidador. “Bons” e “maus” relacionamentos prévios jogam também um papel na troca de afeto que se imprime à ação de cuidar de outrem. Insisto em dizer que subjetividade está em causa no cuidado que se dispensa a alguém, mas não só: as exigências físicas implicadas no cuidado também sobrecarregam e devem ser levadas em conta quando se empreende uma reflexão sobre as especificidades de tal atividade (LAWTON et al, 2000).

2.2 O que a Gerontologia tem dito sobre “cuidado”?

Assim como Nery (2003), Flores *et al* (2011) atentam para o fato de que o ato de cuidar é, de um lado, subjetivamente motivado por valores (crenças) disseminados no funcionamento sociocultural e, de outro, pela qualidade do relacionamento anterior e atual entre quem cuida e quem é cuidado. Essa dupla face do cuidado joga suas cartas na dinâmica intersubjetiva na qual ele se realiza. Considera-se, portanto, que o cuidado dispensado a um idoso é atravessado por experiências intersubjetivas prévias (vínculos)

e/ou pode resultar de um sentimento de “dever” - ou uma espécie de compromisso moral – para com aquele que se encontra fragilizado. Nessa medida, pode estar em causa o modo como o sujeito cuidado foi visto anteriormente: como alguém importante, com papel relevante na manutenção dos vínculos familiares (ou não).

Ampliando o universo deste debate, Karsch (2002) assinala que o aumento das doenças crônicas, decorrente do aumento da longevidade nas sociedades, é um fato que não pode ser marginalizado nem no âmbito acadêmico, nem no das políticas públicas voltadas para a atenção à saúde do idoso. A pesquisadora se debruça sobre a literatura relativa aos cuidadores, buscando identificar especificidades no que concerne ao gênero, quem são os cuidadores primários, secundários, proximidade física e afetiva, entre outros. Ela se volta também para a discussão do conceito de dependência, o que lhe dá oportunidade para refletir sobre novas formas de assistência ao cuidador, tendo como pressuposto os enfoques histórico, social, econômico e cultural.

No referido estudo, constatou-se que o cuidado é exercido em casa e, predominantemente por cuidadores do sexo feminino (98%): em primeiro lugar, por esposas (44,1%) e, depois, por filhas (31,3%). Esse dado ratifica aqueles da literatura gerontológica sobre o tema do “cuidado”, que nos confronta com o fato de que tal ação tem sido prioritariamente referida como relacionada ao âmbito familiar e exercida pela mulher. Por serem mais longevas²³, as cuidadoras familiares preferenciais são as esposas. Vale ressaltar que a assunção, por elas, do cuidado de outrem está intrinsecamente vinculado com valores e normas sociais.

A investigação realizada por Yuaso (2002) nos deixa ver, ainda, que em famílias compostas por filhos e filhas, é recorrente o fato de que as filhas são quem assumem o cuidado e o domínio do lar. Predominantemente, aos filhos homens cabe a tarefa de provedores materiais (financeiros) ou, por exemplo, a de realizar atividades externas (incluindo aí deslocamentos necessários ao cuidado). Este estudo trouxe à luz, também, as consequências, para as mulheres, do excesso de trabalho produzido pelo compromisso do cuidado com outrem: diminuição do contato social e das atividades de lazer. Além disso, ganhou relevo a pressão social de que elas são alvo, caso não queiram (ou possam) assumir o cuidado de seu familiar.

²³ O processo de feminização do envelhecimento é assinalado por Camarano (2005), segundo quem o percentual de mulheres com 60 anos na população total é de 55%. Quanto mais longeva é uma população, diz ela, maior é a proporção de feminização: no segmento populacional acima dos 80 anos, esse percentual aumenta para 60% do total da população.

Yuaso não marginalizou a discussão acerca do que se apresenta como fator primordial para determinar a escolha do membro da família que exercerá o cuidado do idoso fragilizado. Frequentemente, assinala, é o apego/afeto que está na base desse exercício. Segundo Barbosa *et al* (2012), o motivo mais importante para um cuidador exercer seu trabalho está relacionado com o amor e a ternura pela pessoa idosa. Justifica-se, mais uma vez, a constatação de que as esposas constituam a maioria das cuidadoras familiares. A pesquisadora diz ainda: a pessoa que vive há mais tempo com o ser cuidado se sente moralmente obrigada a cuidar. Alia-se a esse fato a falta de confiança na qualidade dos serviços formais oferecidos pelo Estado e, principalmente nas antigas gerações, o compromisso eterno do casamento firmado no “*até que a morte nos separe, na saúde ou na doença...*”. Ligações afetivas são, portanto, mais importantes do que o grau de parentesco entre o cuidador e o ser cuidado. Razão pela qual, por exemplo, as mulheres têm maiores chances de serem cuidadas pelos filhos do que os homens. Esses determinantes que excedem a determinação social, econômica, etária e de parentesco, resultam de arranjos construídos na história familiar e se tornam explícito nas tarefas cotidianas implicadas no cuidar.

Tendo em vista o que foi discutido até o momento, me parece oportuno chamar a atenção para o fato de que o apoio às mulheres cuidadoras é um dado relevante a ser levado em conta na elaboração e implementação de políticas públicas. Ele não deve ser desvinculado do dado de que o cuidado é exercido, na grande maioria dos casos, informalmente. Deve-se, ainda, levar em conta o fato de que, principalmente no Brasil, com a transição demográfica, as estruturas familiares estão mudando (menor número de filhos, por exemplo) e nessa nova dinâmica, faz-se necessário olhar com cuidado a instabilidade e/ou qualidade das relações intergeracionais, as dificuldades econômicas geradas pela crise mundial e os movimentos migratórios para as grandes cidades (urbanização), motivados pela necessidade de encontrar trabalho e renda. Tais fatores, atenta Karsch (2002), mudarão o contexto do cuidado e exigirão um olhar (do pesquisador e do gestor) voltado para complexidade que se impõe à abordagem do tema “cuidado” quando em questão está o segmento populacional idoso.

Perracini e Neri (2002) caminham na mesma linha de raciocínio de Karsch quando assinalam que o envelhecimento acompanhado de doenças crônicas, limitações físicas, cognitivas e sociais fragiliza as famílias. Isso porque, em função deste contexto, questões nunca antes experimentadas podem se impor às dinâmicas deste núcleo relacional. As autoras atentam, por exemplo, para a possibilidade de ocorrência de

inversões de papéis com desdobramentos importantes no funcionamento do grupo. Advertem que o ônus do cuidado de idosos frágeis e dependentes pode ser experimentado como um peso, criando demanda para compartilhar responsabilidades com profissionais e outros membros familiares.

Vale dizer que a dependência do idoso pode se apresentar de forma lenta e gradual, quando é fruto de doenças degenerativas, e de maneira repentina, se decorrente, por exemplo, de um AVE (acidente vascular encefálico). Isso faz toda diferença quando se pensa na condição para estruturar uma situação mais próxima do ideal para que o cuidado se estabeleça. Também, deve-se ter em conta, que se a diminuição das capacidades funcionais do idoso torna o cuidado um elemento essencial para a sobrevivência do familiar doente, o excesso de cuidado prestado ameaça o equilíbrio emocional de todos os envolvidos.

Perracini e Neri, contudo, assinalam a dificuldade de qualificar e quantificar o peso das contingências do cuidado, que dependerá muito do significado que o cuidador dará ao evento; de sua capacidade de ser normativo, de sua capacidade de “ser normativo”, como vimos no capítulo anterior. Nunca é demais lembrar que essa consideração deve implicar simultaneamente a capacidade do meio de ser socialmente normativo, ou seja, de se apresentar como suporte para a realização do cuidado.

Na mesma linha de tentar identificar fatores intervenientes que se impõem ao cuidado de idosos, Felgar (1998) nos mostrou que, de acordo com a pesquisa por ele realizada, 85% dos cuidadores dividiam o mesmo quarto com aquele de quem cuidavam. As consequências de tal situação foram por ele elencadas: estado de alerta (sobreaviso) constante, aumento da pressão de fatores psicológicas resultantes do cuidado e de relatos sobre sentimentos de raiva e frustração de cuidadores.

Sommerhalder (2002), por outro lado, constatou que sentimentos “positivos” do cuidador relativamente ao ser cuidado aparecem comumente relacionados com um senso de desenvolvimento e de crescimento pessoal, principalmente motivado pelo “dar exemplo” de solidariedade intergeracional. Embora “senso de competência” também apareça relacionado como evento positivo, cuidar do outro é invocado, no estudo encaminhado pela autora, como cumprimento de um dever cristão. Note-se que esses discursos sobre o ato de cuidar que circulam socialmente são (ou não) tomados como ponto de apoio subjetivo para sustentá-lo. Cuidar bem então está associado ao cumprimento de normas sociais e esse dever feito dá a impressão ao cuidador de uma

auto avaliação positiva do trabalho que está sendo feito, melhorando também a sua autoestima.

Nesta mesma investigação, ganham relevo fatores outros que determinariam sentimentos positivos relativamente à tarefa de cuidar, quais sejam: se o cuidador tiver habilidades sociais, bons recursos econômicos, apoio social, bom nível educacional e essencialmente aceitar a tarefa. Entende-se que esses sentimentos/habilidades poderão funcionar muito bem psiquicamente, dando ao cuidador a sensação de estar com a situação sob controle, tranquilizando-o e auxiliando-o a encontrar “*sentido*” no que faz.

Já nas pesquisas encaminhadas por Krammer e Lambert (1999) e Peter-Davis (1999), o foco da discussão se volta para os efeitos negativos, em ambos os sexos (homens e mulheres), do cuidado de idosos. Constatou-se que eles resultam mais da qualidade do relacionamento entre o cuidador e idoso cuidado, do que de qualquer outro fator interveniente. Mas, asseguram eles, existem importantes diferenças relacionadas ao gênero: as mulheres gastam mais tempo e se envolvem mais no cuidado, procuram menos ajuda informal, relatam mais sofrimento e se sentem mais sobrecarregadas. Outra observação relevante diz respeito ao fato de que elas têm mais depressão e doenças psiquiátricas do que os homens. Uma lógica encontrada pelos pesquisadores foi a de homens usam estratégias centradas na resolução de problemas, enquanto mulheres baseiam-se mais nas emoções. Talvez, por isso, elas tendam a ser mais facilmente deprimidas.

Para Merhy (1998), a discussão sobre o ato de cuidar deveria envolver necessariamente a consideração de que existem, pelo menos, três tipos de intervenção: (1) a que lança mão de “tecnologia dura”, ou seja, as intervenções assistenciais que se realizam através de máquinas e equipamentos, tais como: raios-X, Ressonância Magnética, exames de laboratórios, etc.; (2) a que utiliza “tecnologia leve-dura” ou associa o uso de maquinário com os saberes profissionais do médico, do fisioterapeuta, do psicólogo, etc.; (3) a que emprega “tecnologia leve” em cuja base está a escuta e, conseqüentemente, o acolhimento daquele que sofre. Essa é uma forma essencial, porque humanizada, da relação que estabelece no cuidado de outrem. Merhy enfatiza que a articulação entre esses três tipos de intervenção cria a expectativa de resultados positivos para cuidado.

Deslandes e Ayres (2005) chamam a atenção, também, para a necessária busca de sistematização e articulação na construção de modelos de atenção à saúde do idoso. Os autores entendem que os usos de tecnologias se oferecem como importantes

ferramentas de gestão para os sistemas de saúde, entre os quais se inclui o brasileiro: o Sistema Único de Saúde (SUS). Dizem ainda, que as tecnologias não são totalmente moldadas pelos modelos, elas evidenciam alcances, limites que nos levam a requalificar seu uso, e há importantes aspectos econômicos, políticos e culturais envolvidos nas tensões do cotidiano da atenção à saúde.

Tendo em vista o debate encaminhado até o momento, que vincula o cuidado aos seus efeitos sobre a qualidade de vida e bem estar do cuidador, vale perguntar, se e quando eles são negativos, “quem cuidará do cuidador?”.

2.3 Idosos que cuidam de idosos

Nesta dissertação, o que está em causa é uma discussão que envolve o cuidador de idoso que também é idoso. Do meu ponto de vista, o fato dele existir já nos permite encaminhar uma reflexão que vai na linha da “contra-generalização”. Contra-generalizar, neste caso, é colocar ênfase no fato de que idoso não é, por definição, um ser frágil. Isso porque, para cuidar há que se haver potência. Mas, essa potência, paradoxalmente, é potência que precisa se alimentar, necessita de suporte social adequado: a própria Família, o Estado e a Comunidade têm um papel fundamental aí.

A literatura, contudo, assinala que “cuidar de idosos” é, via de regra, uma atividade solitária, reflexo do pouco apoio social com o qual pode contar o cuidador. Vale dizer também que alguns cuidadores familiares podem, ainda, trabalhar fora de casa. Duplicidade de tarefas que pode onerá-lo física e psiquicamente, repercutindo negativamente em ambas as atividades. Podem ocorrer ainda consequências negativas para a vida social do cuidador, pois pelo excesso de tarefas ele não terá tempo ou reduzirá esse tempo para as atividades de lazer e outras oportunidades que a vida em sociedade lhe oferece (NERI e SOMMERHALDER, 2002).

O cuidador já idoso precisará de redes de apoio formal e informal que lhe dê suporte material, instrumental e principalmente emocional para manter-se em equilíbrio na posição de cuidador. Felgar (1998) não nos deixa esquecer, também, que pessoas idosas que cuidam de outras pessoas idosas tem a saúde mais frágil e são mais doentes do que os cuidadores não idosos. Por outro lado, se o corpo envelhecido do cuidador idoso pode experimentar dificuldade para dar suporte à eventual incapacidade física daquele que é cuidado, talvez se deva pensar, também, que experimentando o mesmo

tempo de vida – a velhice – o cuidador pode entender melhor as demandas daquele que pede o cuidado.

Sabe-se que o apoio ativo de um cuidador que se responsabilize diuturnamente pelo ser cuidado é de fundamental importância para este último. Como vimos, esse tipo de cuidador é, na grande maioria das vezes, um familiar. Desafiado a descobrir as singularidades do trabalho, esse cuidador de idoso tem o domicílio/casa como principal espaço de atuação. A proximidade (ou falta dela) entre cuidador e ser cuidado dá (ou não) autonomia para o primeiro organizar seu trabalho, encontrar novas práticas e sentido para realizar sua tarefa. Mesmo quando a situação está longe de ser ideal, muitas vezes e entre muitos pesquisadores, a desinstitucionalização é invocada como positiva porque pode possibilitar processos de subjetivação e resgate da solidariedade entre familiares (MERHY, 2008).

Neri e Carvalho (2001), contudo, tocam num ponto reconhecidamente problemático: tradições sociais impõem que o cuidado seja realizado por um familiar, o que torna difícil seu questionamento pelas famílias. Resultado: pode-se ativar o mecanismo do *conformismo*, em função do desejo de ser aceito socialmente. Essa saída, muitas vezes inevitável, responde pela aceitação da tarefa de cuidar, sem que se problematize alternativas possíveis. Alguns componentes da família, com o intuito de fugir de responsabilidades, nomeiam aquele que veste mais essa vestimenta do desejo, e o aceite leva essa pessoa quase sempre a assumir o cuidado do idoso sozinho, condição que também não é, via de regra, questionada por outros familiares.

Na literatura pertinente ao tema, ganha destaque o fato de que esse cuidador/conformado geralmente é idoso, alguém que não trabalha (é aposentado), na maioria das vezes, do sexo feminino, que mora na mesma residência ou próximo à do ser cuidado. A assunção do cuidado pode levá-lo ao exercício de mais um encargo, para o qual, em alguns casos, pode não estar preparado, física e psicologicamente. Não se deve negligenciar que uma pessoa idosa não tem a mesma força física de um jovem e, de acordo com o grau de dependência do idoso cuidado, há demanda que depende – e muito – dessa capacidade. O que poderá fazer uma mulher cuidadora idosa para carregar/deslocar um homem idoso com quase o dobro de seu peso? Terá que ter ajuda instrumental, mas só isso? Apoio informal também será necessário e arranjos precisarão existir, a não existência de suportes leva geralmente os cuidadores com o tempo se sentem angustiados, desanimados, inseguros e revoltados, sobrecarregando demais esse ser humano.

2.4 Estresse no idoso: um efeito do “cuidar”

No estudo realizado por Karsch (1998), já referido anteriormente, constatou-se que, em 98% dos casos pesquisados, o cuidador era alguém da família, predominantemente do sexo feminino (92,9% desses casos), e que 41% desses cuidadores tinham mais de 60 anos. Verificou-se, ainda, que esses cuidadores são potencialmente doentes: 40,7% dos cuidadores tinham dores lombares, 39,0% depressão, 37,3% sofriam de pressão alta, 37,3% tinham artrite e reumatismo, 10,2%, problemas cardíacos e 5,1% diabetes. As demandas de cuidado observadas nesse estudo excediam o limite do esforço físico, mental, psicológico, e social dos cuidadores envolvidos, o que criava a ocasião para o aparecimento e/ou recrudescimento de condições sintomatológicas: consequência negativa para o bem-estar do cuidador e provavelmente para o do ser cuidado idoso.

Para cada tipo de tarefa ocorre uma demanda e consequentemente uma percepção diferente: alguns cuidadores se sentem injustiçados e acumulando papéis piorando desta forma sua saúde. Outros cuidadores podem se sentir escravos do papel, despreparados ou ainda entrar em conflito com o ser cuidado, portanto o impacto sobre a vida do cuidador pode ser enorme, o ônus do cuidado geralmente é maior no início, mas tende à diminuição, conforme o cuidador torna-se mais competente para cuidar. A sobrecarga de trabalho é outro fator muito estressante, quanto maior a sobrecarga, maior a probabilidade de o cuidador ficar doente (Lawton *et al*, 2000).

Em trabalho recente, Horiguchi (2010) atentou para o fato de que, como a grande maioria de cuidadores mora no mesmo domicílio que o ser cuidado, de um lado, essa proximidade traz benefícios para o ser cuidado (como, por exemplo, a possibilidade de ser atendido prontamente), mas, por outro lado, abre espaço para, tendo em vista a intensificação do papel de cuidar, o prejuízo à saúde do cuidador, que fica mais exposto aos efeitos negativos dessa atividade. Outro ponto enfatizado nesta pesquisa diz respeito à relação entre o grau de declínio físico do ser cuidado e a amplitude da demanda de cuidados. Quando ambas são altas, a tendência é a de que a sobrecarga de cuidados exigidos acarrete um número maior de problemas de natureza física e psicológica para o cuidador. O índice de estresse do cuidador é, segundo Horiguchi, maior ou menor dependendo da relação antes referida.

Outro fato que não deve ser marginalizado: cuidadores familiares, mesmo idosos, não são apenas cuidadores, detêm outros papéis sociais. A sobrecarga imposta

pela associação desses compromissos pode ocasionar estresse, alimentando tensões e sentimentos de mal estar no cuidador. Alves (2007) afirma, inclusive, que quando os filhos idosos assumem o cuidado de pais, tendem a privá-los de seus desejos e preferências, pois na sua obrigação de cuidar e dar proteção limitam atividades dos pais com medo que aconteça algo fisicamente (queda com fratura principalmente), o que contribui para exacerbar os efeitos negativos do cuidado e aumentar o estresse, acarretando assim maiores problemas de saúde aos idosos.

Entre as maiores dificuldades encontradas pelo cuidador idoso está a falta de habilidade ou pouca experiência para lidar com a condição frágil de outro idoso: isso pode comprometer a saúde de ambos e aumentar a pressão sobre o cuidador com cobranças exacerbadas dos familiares. Outra dificuldade diz respeito à dificuldade para manejar o tempo e organizar-se para se dedicar à atividade de cuidar, ônus que interferirá na avaliação pessoal desgastando o cuidador (NERI, 2001). Seguindo a mesma linha de raciocínio, Neri (2001) chama a atenção para o fato de que cuidadores com autocrítica mais aguçada também se desgastam mais porque se dão conta do pouco tempo que têm para si e para a família, tendo em vista as muitas tarefas a cumprir. Essa avaliação crítica possui um efeito negativo tanto para o cuidador como para o idoso causando problemas físicos e emocionais em pouco tempo.

Para finalizar a discussão deste item, trago um dado que relaciona estresse e cuidado de idosos. Em pesquisa recente, realizada por Lawal (2006) na Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Símeis (ABRAZ), em Uberlândia-MG, constatou-se a presença sintomática de estresse em 60,7% dos cuidadores, com predomínio da fase de resistência: 76,5% dos casos. No que diz respeito à manifestação, prevaleceram os sintomas psicológicos (64,7%), em detrimento de sintomas físicos (23,5%). Os resultados foram obtidos tendo em vista a aplicação do *Inventário de Sintomas de Stress (ISSL)* de Lipp, antes referido.

2.5 Redes de Apoio ao Cuidador e sua importância para a manutenção do cuidado: a Família, a Comunidade e o Estado

Sarti (2004) considera que a família, lugar onde se constroem as primeiras falas, a autoimagem e a imagem do mundo exterior, é campo fértil para aprender como ordenar e dar sentido às experiências. Ela se oferece como uma espécie de “filtro” ou

“lente” para ver o mundo exterior, favorecendo o crescimento e a tomada de posição de seus membros no contexto social mais amplo.

Se laços de sangue respondem pela constituição (biológica) de um grupo familiar, não se deve esquecer que uma família não se define necessariamente apenas por isso, mas por uma dinâmica específica de relações que vincula e constituem os traços de personalidade de seus membros, articulados por redes de sentidos produzidos numa história que, ao mesmo tempo, os define e redefine ao longo da vida. Nessa perspectiva, a família é um grupo social que configura um universo de relações. Relações que implicam autoridade (necessária à socialização dos menores), que favorecem a construção da identidade, mas também o exercício da singularidade.

A família, então, não é apenas o lugar de articulação do semelhante (seja pela via do laço biológico, da história, etc.), mas também do essencialmente diferente, do privilégio do “eu”. Ela não pode, igualmente, fechar-se em si mesma: o rompimento é necessário para que cada um de seus membros possam expandir os laços sociais, construindo identidade também fora dela: laços fora do âmbito familiar para (re)criar outras famílias. Movimento que se faz sem que tenhamos que descartar a ideia de que nossa família de origem pode ser entendida como um porto seguro, um lugar onde encontramos acolhimento, apoio e proteção, o que não pode, evidentemente, ser generalizado.

Roudinesco (2003) não nos deixa esquecer que, através dos tempos, e com as inevitáveis mudanças de valores, as bases sobre as quais se estruturam as famílias também têm mudado. Mudanças de estrutura têm sido observadas, principalmente nas famílias ocidentais e, como consequência, produzindo instabilidade nos laços afetivos, mudanças nos costumes e na dinâmica de funcionamento. Nesse momento, diz a psicanalista, a família segue outro compasso de interesses e idealizações, as mulheres hoje são provedoras de lares, como veremos abaixo e essa nova característica influenciará no cuidado que antes só era exercido por elas, novos arranjos entrarão em cena.

Em função dessas mudanças, nota-se cada vez mais falta de infraestrutura familiar para cuidar dos idosos. Novas circunstâncias se apresentam e desafios se impõem a família, à sociedade e ao estado, tais como: o surgimento de novos arranjos (a família tradicional sai de cena) em que, por exemplo, homens provedores vêm perdendo espaço. No Brasil, em 1992, homens chefes de família representavam 63%, já em 2008, esse percentual caiu para 50,5%. Outro dado importante, e que afeta o cuidado aos

idosos, é o número de mulheres chefes de família sem cônjuge: em 1992, eram 25,9% e, em 2008, esse número passou a 34,9% (IPEA, *apud* BANDEIRA, MELO e PINHEIRO, 2010, p.110). Note-se que as mulheres estão trabalhando mais e aparecem agora no contexto social como chefes de família. Essa mudança de papel implica outra: as mulheres têm, cada vez menos tempo para o cuidado de seus familiares²⁴. Embora o conceito de responsabilidade centrada na mulher como cuidadora tenha caído muito nos últimos anos, ainda assim persiste em muitos contextos socioculturais, ocasionando, como já disse antes, campo fértil para a sobrecarga vinculada à tarefa de cuidar.

Em recente relatório publicado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) - intitulado *Trabalho e Família: rumo a novas formas de conciliação com corresponsabilidade social* – essa organização sugere políticas relacionadas ao trabalho dos cuidadores, entre elas: reconhecer o valor do trabalho doméstico não remunerado realizado pelas mulheres, superar a concepção de que o cuidado é uma atividade privada das mulheres, abandonar a ideia de que apenas as mulheres devam se preocupar com a conciliação do trabalho produtivo e responsabilidades familiares, reconstruir amplamente o modelo de maternidade no mundo do trabalho, desconstruir o modelo do trabalhador ideal (homem) sem responsabilidades domésticas com o cuidado, revalorização do trabalho da mulher (cuidadora) desconstruindo a percepção de trabalho secundário e promoção de marcos legais que proíbam a discriminação associada às responsabilidades familiares (OIT, 2009). O referido relatório reconhece, como se vê, que o atual modelo familiar não é suficiente e adequado para cuidar de idosos frágeis e/ou vulneráveis e que será necessário encontrar outro modelo/arranjo familiar que desonere as mulheres, além de políticas de conciliação entre trabalho e família e de reformulação da divisão sexual do trabalho.

Alves (2007) também se detém nesse problema contemporâneo e nos alerta para o fato de que ele contribui para fragilizar as famílias que, em função da inoperância do Estado e a quase nenhuma ajuda da sociedade, configura-se como um problema sério que terá que ser resolvido brevemente. A autora elenca outros fatores que estão relacionados com os “novos arranjos familiares” em curso nas sociedades contemporâneas. São eles:

²⁴ Alguns outros arranjos também merecem destaque aqui, entre os quais, o fato de que há cada vez mais pessoas que moram sozinhas, em 2000, 11,6% do total de idosos, sendo 13,5%, mulheres (IPEA, *apud* BANDEIRA, MELO e PINHEIRO, 2010, p.110).

- Número crescente de divórcios;
- Menor número de casamentos;
- Adultos vivendo sós;
- Unidades parentais pequenas (apenas mãe e filho, etc.);

Vale colocar em relevo, ainda, o fato que entre os estudiosos, há consenso também em torno da questão que envolve o advento da individualização crescente das novas gerações. Em função dela, espera-se que ocorram mudanças significativas (já iniciadas) no modo de interagir e ver a família.

Esses dados objetivos não nos devem fazer perder de vista a reflexão encaminhada por Neri (2001, 2002), segundo quem as relações sociais são um suporte bastante importante para a melhora da saúde. A ajuda recebida e a ajuda dada contribuem, de acordo com o seu ponto de vista, para um senso de controle pessoal que se projeta de maneira positiva, por exemplo, no bem-estar psicológico. Nas sociedades ocidentais contemporâneas, segundo afirma, observa-se que o envelhecimento é caracterizado por um movimento progressivo de isolamento da pessoa que envelhece. Gradativamente, ocorre o afastamento de parte de familiares, amigos e, conseqüentemente, reduz-se o contato social e afetivo. Se a atividade e a autonomia se comprometem, tornando-se mais repetitivas e cada vez menos criativas, o movimento de isolamento e falta de contato social e afetivo podem se recrudescer, levando a um processo natural de desvitalização e de perda libidinal. A formação de “redes” de apoio pode ser muito importante nesse momento porque elas têm como principais funções:

- Dar e receber apoio emocional ajuda material;
- Manter e afirmar a identidade social;
- Estabelecer novos contatos sociais;
- Permitir às pessoas crer que são amadas, cuidadas, valorizadas;
- Dar garantias de que pertencem a uma rede de relações comuns e mútuas;
- Ajudá-las a encontrar sentido nas experiências do desenvolvimento, principalmente quando elas são não-normativas e estressantes;
- Auxiliar as pessoas a interpretar expectativas pessoais e grupais e avaliar as próprias realizações e competências;

- Dar chances para que as pessoas desenvolvam estratégias de comparação de suas competências e realizações com as de outras pessoas (mecanismo de comparação social);

Neri entende que o apoio social tem relação direta com a autoimagem e a autoestima de idosos. Nas redes, eles têm a oportunidade de compartilhar medos e mecanismos de enfrentamento relativamente às perdas físicas e sociais. Por isso, diz ela, as relações sociais podem ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental. Seus efeitos positivos estão associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte fornecido pela família (emocional e funcional). Na presença do suporte social, espera-se que as pessoas idosas se sintam amadas, sintam-se seguras para lidar com problemas de saúde e tenham excelente autoestima.

As redes sociais formadas por familiares, amigos, vizinhos mostram grandes resultados nos efeitos do estresse nos idosos, oferecendo suporte na forma de carinho, preocupação e assistência, idosos que não possuem esse suporte informal tendem a ter mais dificuldade para lidar com o estresse que aquelas pessoas que têm (PACOLA, 2007).

Um efeito negativo, que se reflete na saúde do idoso, é a autoestima negativa, que acontece devido ao reconhecimento, por parte das pessoas idosas, de sua dependência, causando a percepção de uma falta de autonomia e a incapacidade para retribuir ajudas recebidas. De acordo com Curcio (1991), isto pode levar a insatisfação, estresse e depressão nos idosos. Por outro lado, o contato com vizinhos demonstrou aumentar o sentimento de utilidade, talvez porque contatos sociais fora da esteira familiar sejam mais voluntários e menos baseados em obrigações sociais.

A solidão ou o “viver só” é outro importante fator fenomenológico que os idosos experimentam. É uma experiência emocional aversiva e estressante se relacionada à existência, ao afastamento ou à perda de relações afetivas. A solidão pode ser mais ou menos estressante, dependendo do desejo dos contatos disponíveis e das oportunidades que as pessoas têm para alterar o contexto que lhe parece insatisfatório. O declínio na saúde pode contribuir, ainda, para um senso de que há restrição na possibilidade de envelhecimento social. Idosos solitários podem possuir redes de relações sociais menores e menos satisfatórias, e menor engajamento em atividades sociais.

Cabe dizer que, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem transformando a forma de atendimento e reorganizando a atenção à saúde do idoso. Há dois motivos

para transformar a forma de atendimento, antes fundamentado no compromisso “curativo” e não em práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, quais sejam: necessidade de qualificar o cuidado por meio de inovações-rotinas e protocolos de atenção principalmente, inclusive para situações de emergências e mecanismos que asseguram o contato à família sempre que necessário, com os profissionais de saúde envolvidos em um cuidado prioritariamente humanizado, oferecendo conforto e solidariedade - e de utilizar de maneira eficiente os escassos recursos financeiros.

Feuerwerker (2008) assinala que o conceito de *integralidade*, base sobre a qual se assentam os programas propostos no âmbito do SUS, aparece como “compromisso de garantir a atenção a todas necessidades do usuário”. Nessa perspectiva, dois tipos de estratégias foram propostas pelo Ministério da Saúde: (1) o Programa Saúde da Família (PSF)²⁵ e, na sua operacionalização, (2) para assegurar um “cuidado pleno”, linhas de cuidado que atravessem todos os níveis de atenção (básica, especializada, hospitalar e de urgência). Mas, segundo o autor, problemas operacionais têm comprometido o Programa antes referido. As maiores dificuldades são:

- Fragmentação do cuidado, com dificuldade de articular os diversos âmbitos de atenção à saúde;
- Reprodução da prática clínica, pois há uma tensão permanente entre a oferta programada do cuidado e a demanda requerida;
- Pouca adesão dos usuários, pois o PSF ainda tem um impacto limitado com poucas ações principalmente quando o idoso tem uma doença crônica e requer mais atenção.

De fato, a realidade do atendimento do idoso na área da saúde ainda é algo que necessita de bastante investimento (político, financeiro, entre outros): os serviços

²⁵ O Ministério da Saúde lançou, no início de 1994, o Programa de Saúde da Família, que valoriza os princípios de territorialização, dá garantia de integralidade na atenção, com o trabalho das equipes multidisciplinares e a ênfase na promoção da saúde, com a participação da comunidade, entre outros (SOUZA, 2000, p.7). Desde 2011, o Programa de Saúde da família foi renomeado como “Estratégia Saúde da Família”, sendo então a principal estratégia de Atenção Primária, que é colocada como um mecanismo no processo de reorganização dos sistemas municipais de saúde e o objetivo é melhorar o estado de saúde da população mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, tratamento e deve estar em conformidade com os princípios do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e a comunidade (AMORIM E ARAÚJO, 2004). O programa busca entre outras coisas melhorar a qualidade de vida dos idosos, melhorar os tratamentos, os diagnósticos e principalmente diminuir as filas nos hospitais públicos, direcionando assim o cuidado dos idosos para a família como foco principal no seu espaço físico e social.

oferecidos são muito ruins. Assim, o idoso brasileiro sobrevive apesar do atendimento que recebe e, na maioria das vezes, com poucos recursos sociais e pessoais. Na maioria das vezes, só lhe resta a rede informal de apoio: única alternativa real para o idoso e para seu cuidador. Via de regra, familiares, amigos e vizinhos se apresentam como única solução viável para dá suporte ao cuidador, preenchendo a lacuna que o Estado brasileiro tem deixado aberta.

Percebe-se que a crise enfrentada pelo sistema de saúde é sem dúvida e principalmente porque a saúde estava voltada até bem pouco tempo para o modelo hospitalcêntrico, hoje o Estado tem estimulado o desenvolvimento de alternativas que busquem a Integralidade do sujeito através dos serviços de saúde, voltados às práticas de intervenções terapêuticas no âmbito domiciliar, o SUS quer o desenvolvimento voltado a quatro campos do atendimento:

- Desospitalização de intervenções desnecessárias;
- Processos de alta precoce, a fim de evitar complicações de intervenções prolongadas;
- Buscar períodos mais espaçados de hospitalização dos pacientes crônicos;
- Cuidados paliativos em que o alívio da dor, serão objetos do trabalho de uma equipe multidisciplinar.

Essa desospitalização precoce preferida no momento pelo SUS cria um incômodo no próprio órgão governamental, pois serão necessário maiores investimentos no atendimento a família pelo PSF, que ainda está muito distante de ocorrer, e essa família necessitará de maior apoio para cuidar de seu idoso, esse trabalho tem que ter um foco multidisciplinar, com os apoios médico, emocional, social e também financeiro.

Dominguez-Guedea (2009) confirma em seu estudo com cuidadores de familiares idosos mexicanos, que os cuidadores que possuem múltiplas e efetivas fontes de apoio social se empoderam de varias estratégias para resolver problemas e, assim, por experimentarem maior bem-estar ou senso de segurança, oferecem um melhor cuidado ao familiar. Ele chama a atenção para o fato de que cuidadores que contam com pouco apoio sofrem com a sobrecarga de tarefas que se repercutem negativamente na sua própria saúde e na do ser cuidado.

CAPÍTULO 3

NA DINÂMICA CUIDAR/SER CUIDADO, MODOS DE HABITAR O TEMPO NA VELHICE

Visando atingir os objetivos deste trabalho, realizei, como se viu nos dois primeiros capítulos, um levantamento bibliográfico (revisão crítica) que envolveu os seguintes temas: “estresse”, “processo de envelhecimento”, “velhice” e “cuidadores de idosos”. Privilegiei discussões que voltaram o foco para a inter-relação entre eles. Atenção especial foi dada à bibliografia disponível tanto na área de Gerontologia, quanto em trabalhos representativos do campo da Psicologia e da Saúde voltados para essa temática. A esta reflexão soma-se agora aquela encaminhada por Laurence Bardin (1977/2011). Este novo passo reflexivo justifica-se na medida em que, para realizar a leitura dos dados coletados, entendi que seria preciso, ainda, explorar e movimentar, de dentro da Gerontologia Social, o caminho aberto por essa autora no que concerne a questão metodológica.

3.1 *A Análise de Conteúdo, de Bardin*

A *Análise de Conteúdo*, tal como a concebe Bardin (1977/2011, p. 15), traduz-se por “um conjunto de instrumentos metodológicos [...] que se aplicam a ‘discursos’ (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. [...] Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade”. Sua principal característica é colocar em relação o dito (conteúdo manifesto) com o não dito (conteúdo latente). Segundo a autora, essa dupla leitura envolve uma “tarefa paciente de ‘desocultação’” (idem) que alonga “o tempo da latência entre as intuições ou hipóteses de partida e as interpretações definitivas” (ibidem). É justamente nesse intervalo de tempo que “técnicas de ruptura” com a intuição são introduzidas para dar suporte à diferenciação

da escuta/interpretação de um investigador no campo da ciência daquela do leigo. Antes que eu me detenha em explicitá-la, considero importante descrever brevemente quais são os passos metodológicos requeridos para a viabilização de uma “análise de conteúdo”. Três fases, cronologicamente encadeadas, respondem pela sua organização, quais sejam:

1. **Pré-análise:** fase da organização propriamente dita, em que se recorre à intuição para elaborar um esquema (flexível) de desenvolvimento da investigação. Três tarefas (ou missões) compõem esse primeiro plano de análise: a) escolha dos documentos que serão submetidos à análise; b) formulação de hipóteses e objetivos; c) elaboração de indicadores para fundamentar a interpretação final. Vale ressaltar que cada uma delas se articula com as outras, numa relação de mútua determinação. Por exemplo: a escolha do material depende dos objetivos e vice-versa; indicadores são construídos em função das hipóteses que, por sua vez, são criadas levando em conta certos índices.

Uma “leitura flutuante” do material, ponto de partida para essa etapa de pré-análise, vai aos poucos se refinando, tendo em vista a emergência de hipóteses, a projeção de teorias e a aplicação de técnicas sobre materiais análogos. Essa demarcação do material constitui o que se chama de *corpus*, ou seja, “conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (p. 126).

Há regras necessariamente implicadas na constituição de um *corpus*, quais sejam: *regra de exaustividade* (definido o campo, é preciso reunir todos os materiais relativos ao *corpus*); *regra da representatividade* (a análise pode ser feita por amostragem, desde que a amostra seja uma parte representativa do universo inicial); *regra da homogeneidade* (os documentos retidos devem obedecer a critérios precisos de escolha e não se distanciar destes critérios); *regra de pertinência* (os documentos retidos devem corresponder aos objetivos suscitados pela análise).

Note-se que não é possível fazer tudo isso na ausência de uma hipótese - ou seja, de uma “afirmação provisória que nos propomos verificar” (p. 128) -, de um objetivo – “finalidade geral” (idem) – e de um “quadro teórico e/ou programático, no qual os resultados obtidos serão utilizados” (ibidem). Finalmente, já nesse trabalho preparatório, é possível mencionar, a partir de sua

manifestação nos documentos, que índices a análise explicitará. É certo que, antes da análise propriamente dita, o material reunido deve ser formalmente preparado. Se o *corpus* é constituído, por exemplo, por entrevistas, é preciso gravá-las, transcrevê-las, alinhar os enunciados intactos de diferentes (inter)locutores, etc.;

2. Exploração do material: fase mais longa em que se visa à operação de decodificação do material. Se a pré-análise foi sistematicamente realizada, nesta fase aplicam-se as operações de codificação, decomposição ou enumeração. **Codificar** é, a partir de regras determinadas, transformar dados brutos do texto em categorias que representem seu conteúdo. Como se faz isso? Quando a análise é quantitativa, é preciso *recortar* (escolher unidades de registro, tais como: tema, palavra e/ou frase; *enumerar* (optar por determinada regra de contagem) e *classificar* (agregar por semelhança categorial). Tal procedimento visa atingir uma descrição das características pertinentes ao enunciado. **Categorizar**, então, é processo/operação de “classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos” (BARDIN, p. 147). Os critérios para a realização da categorização podem ser: semânticos, sintáticos (os verbos, os adjetivos), léxicos (classificação das palavras segundo seu sentido, com proximidade dos sinônimos e dos sentidos próximos), expressivos (categorias que classificam as diversas perturbações de linguagem). Não se deve esquecer, contudo, que, de acordo com Bardin (p. 134), “o critério de recorte na análise de conteúdo é sempre de ordem semântica”.

3. Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: fase em que os resultados brutos são tratados de tal modo que possam se tornar significativos (colocando em relevo as informações fornecidas para a análise) e válidos (resultados submetidos a testes de validação e oferecidos à replicação). É nesta fase que se propõem inferências e adiantam-se interpretações que tenham relação com os objetivos do estudo, ou mesmo que contrariem hipóteses iniciais.

3.2 Passos na constituição de um *Corpus*

Abaixo (dos itens 3.2.1 a 3.2.2.6), procuro esclarecer de que modo o tempo da pré-análise foi determinando escolhas que culminaram numa configuração inicial do material para análise. Como já assinalado várias vezes ao longo desta dissertação, minha prática clínica suscitou a hipótese de que problematizar o estresse seria de fundamental importância para abordar a relação de cuidado motivada pela fragilização da velhice. Meu objetivo geral, com a realização deste trabalho, foi identificar, então, o modo como o estresse (pode) se apresenta(r) como fator interveniente quando um idoso cuida de outro idoso. Ao explorar a literatura sobre o tema, considerei pertinente o uso de dispositivos diagnósticos validados (no Brasil e no exterior) para uma primeira exploração da questão. Contudo, tinha em mente também – em função da reflexão com a qual fui confrontado no campo da Gerontologia - a necessidade de abrir espaço para que os sujeitos da pesquisa pudessem falar abertamente sobre sua experiência de cuidar. Razão pela qual optei pela realização de uma entrevista semi aberta. A conjunção desses dois tipos de dispositivos (um, mais objetivo, e outro, mais aberto à subjetividade) foi me levando em direção ao “estudo de caso” como opção metodológica.

3.2.1 A opção pelo “Estudo de Caso”

O “Estudo de Caso” é, além da revisão crítica da literatura sobre o tema desta dissertação, a outra ferramenta metodológica que fundamenta a investigação que realizei. O seu uso foi motivado pelo desejo de entender um fenômeno social complexo - “o apoio social” – implicado na atividade que envolve o cuidado de um idoso por outro idoso. Relacionar sua “presença” ou “falta” e, respectivamente, seus efeitos sobre o cuidador é compromisso vinculado à discussão relativa ao “estresse e suas implicações” vitais / existenciais.

O uso deste dispositivo se justifica na medida em que, de acordo com Yin (2001, p. 32), o “estudo de caso” permite investigar “um fenômeno contemporâneo dentro de seu

contexto de vida real”, permitindo compreender fenômenos sociais complexos, tendo em vista tratar-se de:

método que abrange tudo – com a lógica de planejamento incorporando abordagens específicas à coleta de dados e à análise de dados. Nesse sentido, o estudo de caso não é nem uma tática para a coleta de dados nem meramente uma característica do planejamento em si [...], mas é uma estratégia de pesquisa abrangente (idem).

Para o autor antes mencionado, três propósitos orientam o seu uso, quais sejam:

4. **Exploratório:** neste tipo de pesquisa estabelecem-se critérios, métodos e técnicas que orientam a formulação de hipóteses, visando à descoberta, à elucidação dos problemas. É frequentemente utilizado para abordar fenômenos ocorridos em laboratórios;
5. **Descritivo:** propõe-se identificar, registrar e analisar as características do fenômeno estudado, sem entrar no mérito dos conteúdos explicativos. Após a coleta de dados será analisada a relação entre variáveis pré-selecionadas e o pesquisador deverá descobrir a frequência de ocorrência do fenômeno. Pesquisas de opinião são um exemplar que ilustra este tipo de estudo.
6. **Explanatório:** visa atingir a explicação de um determinado fenômeno significativo e, para tal, identificar seus elos causais. Exige investimento em síntese, teorização e reflexão. Os elos causais e sua interpretação são considerados de suma importância para proposições de intervenção práticas, inclusive no campo da elaboração de políticas públicas, e teóricas (principalmente na área das ciências sociais).

Justifica-se para esta dissertação **o estudo de caso, do tipo explanatório**, pois serão analisados fenômenos sociais relevantes e contemporâneos, procurando identificar seus determinantes (biopsicossociais); o estudo tem um compromisso forte com a reflexão do campo no qual se insere – a Gerontologia Social – e sua articulação com aquela que volta o foco para a questão do estresse e se desenvolve na área da Psicologia.

Yin (2001, p. 34) chama a atenção, ainda, para o fato de que “estudos de caso” podem envolver tanto casos únicos, como múltiplos e, também, “qualquer mescla de provas quantitativas e qualitativas”. Levando em conta as considerações de Yin, esclareço que a opção deste trabalho é por **estudo de casos múltiplos**, tendo em vista que:

- 1- Os quatro casos serão primeiro analisados individualmente para, em seguida, proceder-se o cruzamento de suas análises;
- 2- Conclusões serão tiradas e oferecidas à replicação;
- 3- A replicação dará significância e maior grau de certeza às conclusões.

Devo dizer, também, que realizei **observações diretas** na visita a campo. Elas foram registradas (anotadas) porque tendo a considerar que podem se constituir como fontes importantes para a análise cruzada. Análise que envolve os diferentes contextos nos quais o cuidador está inserido (físico, dinâmica de relações sociais, comportamentos e seus possíveis determinantes, entre outros). Essa outra opção, incluída no dispositivo metodológico, leva em conta o seguinte assinalamento de Yin: o pesquisador deve sustentar habilidades, tais como, ser capaz de fazer boas perguntas e de interpretar as respostas; ser bom ouvinte e não se deixar enganar por ideologias e preconceitos; ser flexível e adaptável; ter uma noção clara das questões estudadas; ser imparcial, sensível e atento às contradições.

3.2.1.2 Participantes

Esse estudo contou com a participação de quatro idosos que respondem pelo cuidado de outros quatro idosos (idade de ambos, portanto, superior a 60 anos). Este pequeno grupo de cuidadores (três mulheres e um homem) é constituído por beneficiários de uma operadora de planos de saúde (cuja sede está situada em São Paulo, capital). Apoio a familiares de idosos fragilizados é uma das atividades previstas e oferecidas por ela. O serviço se estrutura da seguinte forma: os cuidadores procuram unidades próprias, ou mesmo a Central de Relacionamento, tendo em vista necessidade de orientações de como proceder no dia-a-dia com o idoso que inspira cuidado. Tal demanda é acolhida em um núcleo que conta com diversos profissionais, entre eles: médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas.

3.2.1.3 Critérios de Inclusão no estudo

- Idade acima de 60 anos;

- Ambos os sexos;
- Beneficiários da referida operadora de saúde;
- Participantes do Núcleo de Apoio ao Familiar;

Foram incluídos idosos que concordaram em participar do presente estudo voluntariamente e que, simultaneamente, aceitaram ser entrevistados nos dois lócus de coleta de dados: no Núcleo e em sua residência. As observações nos dois lócus de pesquisa se justificam pois se pretendia investigar como (e se) a mudança de contexto poderia influir no modo como os dados (de relevância para este estudo) seriam apresentados.

Inicialmente, o pesquisador, tendo em vista os prontuários de frequentadores do Núcleo, realizou uma seleção de potenciais sujeitos para a pesquisa que atendessem o seguinte critério: idoso cuidador de outro idoso. A partir desta pré-seleção, o cuidador foi abordado pelo pesquisador - pessoalmente ou por telefone - para apresentar-lhe a proposta de participação na pesquisa. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o preenchimento do Formulário de Identificação dos Participantes foram realizados na Instituição. No final deste encontro, o pesquisador agendou a visita na residência do cuidador. Nesse contexto é que foi realizada a Entrevista e aplicados a Escala de Reajustamento Social e o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos – ISSL.

Novamente, os participantes foram esclarecidos dos objetivos e metodologia da pesquisa, da possibilidade, em qualquer momento, de desistência de participação, abrindo mais espaço para que eventuais dúvidas fossem esclarecidas. Não se definiu tempo limite para a realização da entrevista e/ou para as respostas aos dispositivos antes referidos.

3.2.1.4 Critérios de Exclusão

1. Participantes com idade abaixo de 60 anos;
2. Não serem beneficiários da operadora de saúde;
3. Não participarem do Núcleo de Apoio ao Familiar;

3.2.2 Dispositivos utilizados para coleta de dados

3.2.2.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes (Anexo – A1)

O TCLE contém explicações sobre a proposta e o desenho da pesquisa: seu objetivo, dados pessoais e profissionais do pesquisador, e assinatura do participante caso aceite participar. O referido documento atende as normas vigentes para pesquisas no Brasil e foi aprovado pelo Comitê de Ética da PUC-SP, sob o número CAAE 08721212.1.0000.5482.

3.2.2.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Instituição (Anexo – A2).

Contém explicações sobre a pesquisa, os locais de realização da coleta de dados, o objetivo do estudo, dados do pesquisador e espaço para registro do aceite/concordância da instituição.

3.2.2.3 Formulário para Identificação dos participantes (Anexo B)

O instrumento visou captar informações relevantes para elaborar o perfil dos participantes da pesquisa. As informações solicitadas foram: idade, sexo, grau de instrução, estado civil, se possui filhos, com quem mora, se exerce uma profissão, se possui alguma atividade remunerada extra, se tem dificuldades financeiras, o número de anos que dispensa cuidados ao familiar.

3.2.2.4 Entrevista Semi Aberta (Anexo C)

Esse dispositivo foi utilizado com o intuito de “dar voz” aos cuidadores para que se pudesse chegar um pouco mais perto das questões que ele enfrenta no cuidado de outro idoso. As entrevistas foram gravadas (gravador Sony c recorder icxpx312) com a permissão do participante. As questões que a nortearam foram:

- Desde quando e por que o(a) Sr(a) se tornou cuidador(a) do Sr(a), Como tem sido a sua experiência como cuidador?

- Tente me dizer sobre aspectos positivos e/ou negativos: há algum tipo de apoio que o(a) Sr(a) considera essencial para pessoas que, como o(a) Sr.(a), são cuidadores de idosos?
- O(a) Sr(a) considera que o ato de ser idoso(a) favorece ou dificulta o cuidado de um outro idoso? Por quê?
- Como o(a) Sr(a) cuida de si?
- Como são as suas relações sociais?
- O(a) Sr(a) vê familiares e/ou amigos com frequência? Se sim, ou se não, considera importante fazê-lo? Por quê?.

3.2.2.5 Escala de Reajustamento Social de Holmes e Rahe (Anexo D)

Retomo aqui parte do que foi explicitado quando a Escala foi apresentada, no capítulo 1: nela se discriminam 43 eventos relativos à questão do reajustamento social, mensurados por grau de importância. A pontuação vai de 100 pontos (evento com maior importância) a 11 pontos (evento com menor importância). O foco da mensuração recai sobre a soma de eventos tidos como estressantes identificados no último ano pelo sujeito da pesquisa. A análise da escala se dá por probabilidades, quanto maior a soma de pontos, maior a probabilidade de o sujeito adquirir uma doença: de 119 pontos até 150 pontos, a probabilidade é de 37%; de 151 até 299 pontos, a probabilidade é de 51%; e acima de 300 pontos, 79% (para maiores detalhes, ver anexo 2D).

3.2.2.6 Inventário para Sintomas de Stress para Adultos – ISSL²⁶

Lembro que, como se viu na apresentação do ISSL, no capítulo 1, esse instrumento é composto por três quadros compostos por listas de sintomas referentes às quatro fases do estresse. No primeiro, avaliam-se sintomas físicos e psicológicos experimentados nas últimas 24 horas (Fase de Alerta). Levando em conta o assinalamento do sujeito avaliado, conclui-se que há sinais de estresse sempre que a somatória ($P1 + F1$) for maior que 06 sintomas. No segundo, a atenção recai sobre a manifestação sintomática na última semana. Os seguintes critérios são utilizados para o fechamento dos respectivos diagnósticos: $P2+F2 > 3$ = Fase de Resistência; $P2+F2 =$ ou

²⁶ Esse inventário não foi oferecido em anexo por se tratar de produto comercializado, de uso exclusivo destinado à psicólogos.

> 10 = Fase de Quase-Exaustão. No terceiro quadro, a atenção se volta para a ocorrência de sintomas no último mês. Se a somatória P3+F3 for superior a 8, deve-se considerar que atingiu-se a Fase de Exaustão.

3.3 A análise propriamente dita do *Corpus*

3.3.1 Caso 1

O caso 1 diz respeito ao Sr. CS, 68 anos, cuidador de sua esposa, Sra. N, 67 anos, que faz quimioterapia em função de um câncer abdominal. Aposentado, estudou até o nível médio e trabalhou a vida inteira, como ferramenteiro, em uma indústria automobilística. Desde o primeiro momento, mostrou grande interesse em participar desta pesquisa. Falante, ao preencher a ficha de identificação, o Sr. CS disse estar muito ansioso com o tratamento de sua esposa. Referiu, ainda, que apenas depois que a esposa adoeceu é que seus três filhos passaram a frequentar mais a sua casa. Ele referiu que antes as visitas eram em número reduzido, em função da longa distância entre as residências. Agora, reiterou, os filhos estão mais próximos. Comentou, ainda, que sua renda mensal é composta, além da aposentadoria, pelo aluguel de duas casas. Afirmou que não tem dificuldades financeiras, mas assinalou que o gasto com a doença da Sra. N. é bastante alto.

Tanto na situação de preenchimento da ficha de identificação, quanto na de entrevista, notei a presença de um sujeito visivelmente abatido. Ele pareceu-me, de fato, bastante angustiado com situações recorrentes, tais como, ter que correr sozinho atrás de tudo (médicos, remédios, sessões de quimioterapia, etc.) e não ver sinais de efetiva melhora na condição de saúde da sua esposa. Diz-se frustrado porque todo o trabalho que tem realizado parece não estar surtindo o efeito desejado. Trago abaixo, na íntegra, a transcrição da entrevista realizada com o Sr. CS, para que nossa escuta possa captar o que, no seu dizer, insiste como conteúdo.

Investigador	Sujeito (Sr. CS)	Anotação de Contexto	Categorias emergentes da análise da fala
1- Desde quando, e porque, o senhor se tornou cuidador da Sra. N?	<i>Há seis meses, pois minha esposa passou a ter dores muito fortes e já não conseguia realizar todas as tarefas domésticas.</i>	Semblante abatido, rosto com um “ar cansado”, postura corporal curvada.	- Dor - Incapacidade funcional
2- Como tem sido a experiência como cuidador? Tente me dizer aspectos positivos e/ou negativos.	<i>Não vejo nada de positivo, pois quando ela está com dores fico aflito, controlo seus remédios e minha esperança é que os remédios surtam efeitos e vejo que nada acontece. Fico providenciando tudo, correndo atrás de consultas, levo a minha esposa na quimioterapia, levo no laboratório fazer exames, faço tudo por ela.</i>	Responde com um tom negativo, mas numa fala permeada de afeto.	- Dor - Ansiedade - Frustração - Trabalho - Dedicação
3- Há algum tipo de apoio que o(a) Sr(a) considera essencial para pessoas que, como você, são cuidadores de idosos?	<i>Sim, tenho uma empregada doméstica, ela faz o serviço de casa, lava, passa, cozinha, limpa a casa e isso me ajuda, pois tenho mais tempo para me dedicar aos cuidados de minha esposa, a minha vida ta corrida se não tivesse uma empregada seria muito pior.</i>	Certa dissipação do tom negativo da fala.	- Dedicação - Tempo - Necessidade de apoio
4- O senhor considera que o fato de ser idoso favorece ou dificulta o cuidado de um outro idoso? Por quê?	<i>Sim, favorece, tenho amor pela minha esposa e nos conhecemos desde a infância (nesse momento ele chora), conheci ela quando tínhamos seis anos de idade, o carinho que tenho por ela é minha maior força.</i>	Fala carregada de emoção.	- Dedicação - Afeto

5- Como o Sr cuida de si?	<i>Não me cuido, não tenho tempo, fico correndo de um lado pro outro.</i>	Entonação descendente da fala.	- Tempo - Trabalho
6- Como são as suas relações sociais? O Sr. vê familiares e/ou amigos com frequência? Se sim, ou se não, considera importante fazê-lo? Por quê?	<i>Hoje os meus filhos estão mais próximos, vão em casa com mais frequência, antes não era assim. Outros amigos, não tenho. Os vizinhos trabalham e vejo muito pouco, os meus amigos de quando eu trabalhava não os vejo mais, me aposentei há seis anos. Acho importante ter amigos, sinto muita falta, às vezes preciso de alguém para conversar e não tenho, preciso me distrair mais, mas agora não posso.</i>	A expressão do rosto muda. Sr. CS parece mais tranquilo.	- Isolamento social - Necessidade de apoio

Levando em conta as categorias identificadas (critério semântico) na fala do entrevistado, pode-se reagrupá-las em três blocos temáticos. O primeiro, e também o mais recorrente, compõe-se da articulação entre as seguintes categorias: *trabalho, dedicação, afeto, tempo, dor e incapacidade funcional*. O segundo, também respeitando o critério de frequência de ocorrência, associa as categorias: *frustração e ansiedade*. O terceiro bloco é constituído por: *necessidade de apoio e isolamento social*.

Note-se, então, que a fala do Sr. CS, do ponto de vista argumentativo, se estrutura do seguinte modo: o *trabalho* - motivado pela *dor* e consequente *incapacidade funcional* da Sra. N - é entendido como demonstração de *afeto* e *dedicação*. Dele decorre, contudo, uma relação conflituosa com o *tempo*, referida explicitamente pela sua “falta”. Talvez se possa interpretar que o Sr. CS sofre (experimenta uma dor não propriamente física) porque ele é consumido pelo tempo dedicado ao trabalho com a esposa. Fato que caminha na direção contrária à expectativa de tempo que a aposentadoria poderia lhe proporcionar.

Pode-se mesmo dizer que, em função da fragilização da Sra. N, o Sr. CS se encontra restringido ao seu aposento. Isso contribui para colocar em relevo sua *frustração*, que é indubitavelmente determinada pela constatação de que não se alcança,

mesmo com toda sua dedicação e afeto, uma melhora efetiva da condição sintomática de sua esposa. A frustração ganha matizes pronunciados porque, na situação em que se encontra, o sentido da palavra aposentadoria se distancia de sua derivação etimológica do latim, qual seja “parar para descansar”. Não sem razão, *ansiedade* é o que se desdobra naturalmente dessa complexa relação de cuidado. Parece-me que o seu sentido para este sujeito está bem próximo daquele referido por Boff (2005, p. 03), segundo quem:

o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de suas conquistas, enfim, de sua vida .

Entretanto, tal disposição não pode contornar desdobramentos que interferem decisivamente no “cuidar de si”. Nessa perspectiva, vale trazer à cena que o terceiro bloco temático recorrente na fala do Sr. CS diz respeito à sua *necessidade de apoio e isolamento social*. Como vimos, no seu caso, esse “apoio” diz respeito, de um lado, à falta de relação mais próxima com familiares e amigos e, de outro, à pertinência do apoio formal para realização das tarefas que envolvem a rotina doméstica (presença de uma empregada). Se o primeiro traduz-se em “falta” e isolamento; o segundo tem contornos de “ganho”. Levo isso em conta, sem marginalizar a importância que esse senhor dá à gradual reaproximação e convívio com os filhos. Mudança que, inclusive, tem respondido pela suspensão – mesmo que provisória - do tom negativo de sua fala no decorrer da entrevista. De fato, essa proximidade tem produzido o efeito positivo de atenuar o seu isolamento social e incrementar sua potência para cuidar da Sr. N.

Há, ainda, dois outros pontos que, segundo entendo, devem ser ressaltados na fala deste cuidador idoso:

(1) para ele, o fator idade é entendido como fator positivo para enfrentar as demandas de cuidado de sua esposa. Esse senhor invoca uma história de afeto compartilhada para justificar seu ponto de vista. Note-se que nesse movimento de significação, a noção de tempo também é axial. Mas, nela, tempo é menos cronos e mais kairós²⁷ porque importa menos a sucessividade dos acontecimentos e mais o modo como eles se inscreveram subjetivamente. Talvez, por isso, o tempo aqui não seja

²⁷ Cronos e Kairós são termos gregos para designar o tempo. Cronos é o tempo medido pelo relógio, calendário, rotina. Kairós significa o oportuno. Refere-se a um aspecto qualitativo do tempo.

entendido como um fator limitante para os desafios que o viver impõe, mas, ao contrário, compareça como fonte de potência para enfrentá-los;

(2) em nenhum momento, o Sr. CS. faz referência ao serviço de apoio ao familiar, oferecido pela operadora de seu plano de saúde. Considero que a terceira questão da entrevista poderia suscitar uma menção a ele. Essa ausência notável suscita indagações e reclama significação. Afinal, a finalidade do referido serviço é “apoiar” o cuidador ... Resta indagar porque ele não se apresenta dessa forma na fala deste senhor. Apenas no momento em que me vi na posição de discutir/interpretar os dados da entrevista é que me dei conta de que talvez pudesse, no momento mesmo em que ela foi realizada, desdobrar esse ponto. Por ora, faço esse registro esperando que até o final desta discussão encontre momento oportuno para retomá-lo.

Tendo em vista esse primeiro modo de abordar a relação de cuidado implicada na qual estão envolvidos o Sr. CS e a Sr. N, trago abaixo, então, os resultados obtidos na aplicação dos dispositivos utilizados para avaliar níveis de estresse. Meu objetivo é, em seguida, cruzar os dados para tentar iluminar a reflexão sobre a questão-problema que enfrento nesta dissertação.

• **RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL**

De acordo com o Sr. CS, os eventos ocorridos no último ano foram:

- ⇒ Acidentes ou doenças;
- ⇒ Doença de alguém da família;
- ⇒ Mudança na condição financeira;
- ⇒ Mudança de hábitos pessoais;
- ⇒ Mudança de atividades recreativas;
- ⇒ Mudança por hábitos de dormir;
- ⇒ Mudanças de atividades sociais;
- ⇒ Mudança na frequência de reuniões familiares;

Como se vê, cada um desses eventos foi referido na entrevista. O seu enquadramento na Escala de Reajustamento Social nos coloca, contudo, diante da

possibilidade de mensurar o risco de adoecimento do Sr. CS. que, neste caso, se traduz no seguinte resultado:

Pontuação obtida na Escala	Probabilidade e/ou chance de adoecer
224	51%

• **RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO INVENTÁRIO DE SINTOMA DE STRESS (ISSL)**

Os sintomas assinalados pelo Sr. CS foram:

	Últimas 24 horas	Última semana	Último mês
Sintomas	F1 – Físicos <ul style="list-style-type: none"> Nó no Estômago Aumento da Sudorese Tensão Muscular Insônia (dificuldade para dormir) Mudança de Appetite P1 - Psicológicos <ul style="list-style-type: none"> Aumento Súbito de Motivação 	F2 - Físicos <ul style="list-style-type: none"> Problemas com a Memória Sensação de desgaste físico constante Mudança de Appetite Cansaço Constante P2 - Psicológicos <ul style="list-style-type: none"> Sensibilidade Emotiva Dúvida quanto a si próprio Pensar constantemente em um só assunto Diminuição da Libido 	F3 – Físicos <ul style="list-style-type: none"> Insônia Mudança Extrema de Appetite P3 - Psicológicos <ul style="list-style-type: none"> Sensação de incompetência em todas as áreas Cansaço Excessivo Pensar / Falar constantemente em um só assunto Angústia / Ansiedade Hipersensibilidade Emotiva Perda do senso de humor
Pontuação	5F1+1P1= 6	4F2+4P2=8	2F3+6P3= 8

Note-se que, de acordo com os parâmetros previstos no ISSL, os resultados indicam que este cuidador encontra-se na “Fase de Resistência” (4F2+4P2=8). Levando em conta o preconizado pela reflexão encaminhada por Selye e Lipp, ele provavelmente está lançando mão – ainda com êxito - de energia adaptativa de reserva para garantir o equilíbrio psicofisiológico. Mas, não se deve marginalizar o fato de que, embora a

experiência como cuidador seja de apenas seis meses, o Sr. CS. esteve bem próximo de obter uma pontuação que o colocaria na “Fase de Exaustão” (2F3+6P3).

No quadro 3, inclusive, há o assinalamento de uma grande quantidade de sintomas psicológicos (seis no total). Esse número elevado nos remete imediatamente a uma consideração feita por Freud (2012), segundo quem “a doença é sensação”. Considero que não seja abusado pensar que há um passo entre sentir e manifestar. Assim, o que ainda não se manifesta como doença já pode ser sentido como mal-estar. Condição referida explicitamente na entrevista e que encontra tradução objetiva na manifestação contínua de eventos (fatores) físicos correlacionados, entre os quais merecem destaque (por sua frequência de ocorrência): mudança de apetite (referida nos três quadros) e insônia (assinalada em dois dos três quadros que compõem o Inventário).

Se o que se antecipa a partir da Escala de Reajustamento Social é 51% de probabilidade de adoecimento, os resultados ISSL indicam que o melhor modo de suspender esse prognóstico seria uma intervenção que favorecesse a diminuição da angústia, ansiedade, sensação de incompetência, perda de senso de humor, hipersensibilidade emotiva, entre outros. Como? A resposta está indicada na própria fala do Sr. CS, tal como foi discutida a entrevista: fomentando a rede de apoio. Possivelmente sua potência para cuidar da esposa esteja em risco em função da pressão do cuidado solitário que o Sr. N. tem experimentado. Não se deve esquecer, também, que a progressão da doença da esposa e as poucas mudanças recolhidas do tratamento lhe impõe um trabalho de luto que, talvez, pudesse ser realizado de forma mais efetiva se esse senhor contasse com ajuda de profissional especializado (psicólogo). Vale dizer que uma das atividades do Núcleo de Apoio a Cuidadores é o oferecimento de “Apoio Psicológico”. No momento da entrevista não o questionei sobre o porquê de não estar vinculado a tal serviço. De todo modo, entendo que esse caminho duplo – contar com apoio maior dos familiares e de atendimento psicológico – certamente o fortaleceria para sustentar-se na posição de cuidador. Note-se que há necessidade de rearranjos para que sua demanda de ser cuidado possa ser atendida e, conseqüentemente, se traduzir como incremento de qualidade à sua vida e, também, daquela de quem ele cuida.

Para tal, é preciso escutar, em meio à generalidade contida no reconhecimento de que “cuidadores precisam de cuidado”, a singularidade dessa demanda em cada caso particular. No que se refere ao Sr. N., arrisco-me a dizer que ela se manifesta na menção à falta de tempo para encontros outros, criativos, prazerosos que, sem apagar a difícil

elaboração de uma possível perda do ser amado, possam realizar o contrário: matizar sua possibilidade de realizá-la, fortalecendo-o. Tarefa complexa que, reitero, reclama mediação social. Note-se que considero, neste caso, que “tecnologia leve” (Merhy, 1988) - escuta/acolhimento (profissional e/ou leiga) daquele que sofre - pode ser de fundamental importância para o enfrentamento do estresse.

Interessante é que no Núcleo de Apoio ao Familiar, não faltam espaços para que o cuidador possa dar vazão à demanda de ser cuidado, entre outras atividades ele pode contar, por exemplo, com: 1) Orientações aos Familiares; 2) Laboratório de Nutrição; 3) Apoio Psicológico aos Cuidadores; 4) Relaxamento e Meditação para Alívio do Estresse; 5) Programa de Avaliação Domiciliar para pacientes acamados; 6) Modelo de casa adaptada às necessidades do idoso; 7) Orientações ao paciente com o tema: “Lidando com a Dor Crônica”, além de inúmeras 8) Oficinas organizadas para promoção da saúde. Como disse, de início, esse senhor participa de algumas dessas atividades, mas não as refere como importantes para o autocuidado. Talvez se possa inferir que a presença mais efetiva de familiares e amigos seja, neste momento, sua maior demanda para bem-estar.

3.3.2 Caso 2

A Sra. R, 60 anos, há mais de 10 anos, cuida de sua tia, a Sra. NG., 92 anos. Casada, sem filhos, ela tem nível de instrução superior (fez curso de Letras) e, embora aposentada, ainda exerce a profissão de professora.

Quando fiz contato telefônico para apresentar-lhe a minha proposta de investigação e convidá-la a participar da mesma, seu interesse foi imediato. Agendei, então, uma visita à sua residência. Na entrevista, mostrou-se bastante afável e muito participativa. Logo no preenchimento da ficha de identificação, fez alguns comentários que já me pareceram importantes para a análise do caso, tais como: que assumiu o cuidado por gratidão à Sra. NG.; que os gastos financeiros com a tia se ampliaram bastante nos últimos tempos (às vezes, por exemplo, precisa pagar uma cuidadora porque, em função do seu trabalho, precisa se ausentar de casa); como a Sra. NG está, atualmente, andando com muita dificuldade, demanda atenção redobrada, em função da ocorrência de quedas frequentes. Além disso, um quadro de hipertensão, aliado ao de uma gastrite, tem exigido a intensificação das atividades relativas ao cuidado.

A cuidadora referiu, ainda, que tem sentido que sua própria memória está se prejudicando. Ela pareceu-me bastante nervosa (angustiada mesmo!), quando expôs a situação de cuidado que tem dispensado a Sra. NG. Não só seu semblante, marcado pelo ar de cansaço, chamou minha atenção, como também o fato de que, embora bastante interessada em responder às perguntas da entrevista, ela o tenha feito de modo muito rápido. Tive a impressão de que mais do que responder, ela queria me ouvir. Vejamos, abaixo, se a transcrição da entrevista pode corroborar o que digo:

Investigador	Sujeito (Sra. R)	Anotações de Contexto	Categorias emergentes da análise da fala
1- Desde quando, e porque, a senhora se tornou cuidador da Sra. NG?	<i>Cuido há muito tempo esporadicamente, já faz 10 anos, e há um ano cuido tempo integral.</i>	Sua expressão facial traz um “ar” cansado.	-Tempo
2- Como tem sido a experiência como cuidador? Tente me dizer aspectos positivos e/ou negativos.	<i>Positivos, é a paciência que adquiri, que tenho hoje, porque visualizo o envelhecimento e sua decadência. Negativos, o estresse do cuidado, fico muito nervosa com algumas situações que ocorrem.</i>	Ao responder, seu corpo se curva, seu olhar volta-se para o chão.	-Paciência -Estresse - Velhice = decadência - Nervosismo
3- Há algum tipo de apoio que a Sra considera essencial para pessoas que, como você, são cuidadores de idosos?	<i>Gostaria de ter perto de casa um núcleo de convivência, fico muito estressada, ocorrem situações terríveis que passo com ela, e não tenho onde recorrer.</i>	Pareceu-me irritada.	- Necessidade de apoio - Estresse - Solidão
4- A senhora considera que o fato de ser idosa favorece ou dificulta o cuidado de um outro idoso? Por quê?	<i>Favorece, hoje tenho mais paciência, por outro lado vejo que faltam atividades para o cuidador, atividade física principalmente.</i>	Sua expressão facial muda e se torna interrogativa.	- Paciência - Necessidade de Apoio
5- Como a Sra cuida de si?	<i>Procuro me distrair, visita aos amigos quando dá, tento fazer atividades, mais é muito difícil tenho pouco tempo, trabalho ainda, a minha vida não tá fácil, estou discutindo mais com o esposo depois que comecei a cuidar</i>	Curva-se novamente.	- Tempo - Trabalho - Solidão - Conflito

	<i>integralmente da tia, o meu esposo fala que não tenho mais tempo pra ele.</i>		
6- Como são as suas relações sociais? A Sra. vê familiares e/ou amigos com frequência? Se sim, ou se não, considera importante fazê-lo? Por quê?	<i>Visitava mais os amigos, saía bem mais, isso está diminuindo muito. Falta tempo as visitas e sinto muito por isso, hoje já tenho problemas com a memória, e o estresse desse trabalho é muito grande. Acho muito importante ter um tempo pra mim, quero um tempo para ficar com o meu esposo e me distrair.</i>	Tom de voz áspero.	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança - Tempo - Solidão - Trabalho - Perda

Seguindo o critério “frequência de ocorrência”, três blocos temáticos foram por mim identificados na superfície da fala da Sra. R., quais sejam: (1) *tempo* (ou melhor, “falta” de tempo), *solidão* (*isolamento social*); (2) *trabalho*, *estresse*, *paciência*, *necessidade de apoio*; (3) *nervosismo*, *conflito*, *perdas*, *mudança*, *velhice*, *decadência*.

Sem dúvida alguma, o eixo no qual se estruturou o seu discurso gira em torno da articulação entre falta de *tempo* (motivada, principalmente nos últimos seis meses, pela necessidade de cuidado mais “intensivo” com a Sra. NG.) e *solidão* (consequente isolamento social desdobrado desta relação de cuidado). O excesso de *trabalho* (que conjuga compromissos formais profissionais com a informalidade do cuidado dispensado à tia) tem ocasionado *mudanças*, explicitamente condensadas na referência a uma presente condição de *estresse*. Vale atentar para o fato de que esse reconhecimento se fez em meio à menção de manifestação de *nervosismo*, *conflito* e *perda* da cumplicidade do esposo ... Talvez se possa dizer que, no caldeirão no qual se misturam todos esses ingredientes, é que se cria espaço para o recrudescimento de seu sentimento de isolamento social e, portanto, da falta de *apoio* para lidar com tal situação.

Há um ponto que, entendo, não pode ser negligenciado na abordagem dessa relação de cuidado: ela tem se prolongado por 10 anos! Embora a Sra. R. tenha afirmado que o aumento de *paciência* tenha sido um dos pontos positivos recolhidos dessa sua experiência, a referência ao *estresse*, como seu ponto negativo, e na sequência, a significação da *velhice* como *decadência*, me fazem considerar que, talvez, sua paciência esteja sob risco de esgotamento. Note-se que o envelhecimento da Sra. NG. atravessa o da Sra. N., marcando-o com a insígnia negativa de um declínio

inelutável. Aliás, a sua entrada oficial na velhice (60 anos) se realiza num momento de notável fragilização da Sra. NG. Arrisco-me a dizer que a mencionada *perda* de memória da cuidadora pode estar intrinsecamente vinculada com esse fato. Apoio-me em Messy (1999, p. 19), segundo quem:

sem o sabermos, moldamo-nos à imagem de um outro, por quem nutrimos afetos de qualquer natureza [...] assim, a noção de aquisição [ou de perda] pode ser verificada na relação narcísica do eu com o objeto, isto é, na relação com os outros semelhantes.

É exatamente porque o autor entende, depois de Freud, que o ego constitui-se de camadas de imagens investidas, que ele considera que, no espelho, a velhice pode se apresentar sob a forma de uma “imagem repulsiva”. Imagem que pode, inclusive, colocar em xeque o “eu-ideal”²⁸: “o adulto se aflige, ao longo de seu avanço etário, ao antecipar um corpo fragmentado, arreventado, um corpo de morte” (1999, p. 33). A angústia gerada por essa antecipação pode se desdobrar na forma de “apagamento” (perda de memória). O seu grau de comprometimento está intrinsecamente relacionado com a capacidade de reação a essa “ferida narcísica”. É ela que responde pela possibilidade (ou não) de que a imagem de si possa novamente ser investida positivamente. Só assim o envelhecimento tenderá a ser significado levando em conta mais o polo das aquisições do que o das perdas.

Vale colocar ênfase no fato de que a noção de imagem implica necessariamente o outro: muitas vezes evocado pela Sra. R. (na entrevista) como ponto de apoio indispensável para ela. Os seus movimentos na direção de se distrair e/ou se exercitar podem se interpretados assim. Essa senhora, ao contrário do Sr. CS, atrela explicitamente o *autocuidado* com o *ser cuidado pelo outro* para que, desse modo, ela possa sustentar melhor a posição de cuidadora: *acho muito importante ter um tempo pra mim, quero um tempo para ficar com o meu esposo e me distrair.*

O que lhe falta para realizar esse projeto? Novamente, suas palavras precisam ser escutadas, mesmo que se tenha que levar em conta que elas não esgotam o conjunto de coisas necessárias para tal enfrentamento: *gostaria de ter perto de casa um núcleo de convivência*. Caminho que, de um lado, denuncia a falta de referencia ao Núcleo de Apoio ao Cuidador da operadora de seu plano de saúde e, de outro, reclama a presença do Estado como suporte necessário ao cuidado de idosos na sociedade brasileira. Como

²⁸ Numa referência explícita do autor ao “Estádio do Espelho” como formador da função do eu, tal como discutido por Lacan (1966, p. 94), nos “Escritos”, Editora Seuil.

vimos no capítulo 2, a tarefa de cuidar de idosos tem sido sustentada prioritariamente e, na grande maioria das vezes, solitariamente, pelas famílias. Sem dúvida alguma, deve-se reconhecer que esses cuidadores precisam contar com **fontes efetivas** de apoio social para enfrentar os problemas (subjetivos e/ou de outra natureza, tais como os elencados abaixo) com os quais tem que se haver e, então, se sentir mais potentes e seguros para cuidar de seu familiar fragilizado.

A ênfase que dei a parte do enunciado acima tem razão de ser já que, para além de constatar a necessidade, é preciso que se problematize o que seria um serviço **efetivo** de apoio ao cuidador. Sem dúvida alguma, ele está atrelado à tão propagada exigência de “humanização” no campo da Saúde. Em importante trabalho de reflexão Ayres (2004, p. 19) advoga a favor da ideia de que tal noção está associada com:

um conjunto de proposições cujo norte ético e político é o compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum.

O médico sanitarista amplia o horizonte normativo das práticas de saúde quando propõe que se ultrapassem parâmetros genéricos de normalidade morfofuncional (próprio das tecnociências biomédicas) ao propor a inclusão do conceito de felicidade nas discussões e ações que neste campo se realizam. Para ele, falar em “felicidade” exige remissão:

a uma experiência vivida valorada positivamente, experiência esta que, frequentemente, independe de um estado de bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional. É justamente essa referência à relação entre experiência vivida e valor, e entre valores que orientam positivamente a vida com a concepção de saúde, que parece ser o mais essencialmente novo e potente nas recentes propostas de humanização (p. 19).

O autor quer dizer com isso que experiências vividas e seus horizontes de felicidade importam, e muito, para que se possa sustentar uma vida saudável. A introdução dessa categoria “ontológico-existencial”, no plano do pensar e do fazer na área da Saúde, não esconde os efeitos da filosofia de Heidegger (1995) sobre o seu próprio pensamento. Isso não implica o abandono da necessidade de um saber técnico especializado:

no plano operativo das práticas de saúde é possível designar por Cuidado uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial [...] o que é preciso perceber, então, é que o importante para a humanização é justamente a permeabilidade do técnico ao não técnico, o diálogo entre essas dimensões interligadas (AYRES, 2004, p. 22).

É esse diálogo que abre espaço, do ponto de vista de Ayres, para que profissionais que cuidam da saúde de outrem possam efetivamente abordar o entrecruzamento constitutivo do ser humano, no qual está implicada normatividade morfofuncional e psicossocial (tal como sustentado por Canguilhem). Essa ampliação de horizonte não dispensa, portanto, as intervenções que utilizam “tecnologia dura” e/ou “tecnologia leve-dura” sempre associadas à “tecnologia leve” (Merhy, 1988). O médico dá ênfase ao fato de que

as tecnologias leves, isto é, a dimensão em que operam as interações humanas no trabalho em ato na saúde, devem ser permeáveis à mudança, ao novo, à reconstrução [...] devem estar abertas e sensíveis à interferência do não-técnico, à sabedoria prática [...] (AYRES, 2004, p. 26) .

Essa mudança privilegia o diálogo, o falar e o escutar: jogo que coloca em movimento sujeitos, favorecendo um enlace fortalecedor. Não sem razão, Ayres propõe que se entenda:

Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (p. 22).

Penso que nessa medida é que “centros de convivência” possam também (mas não só!) ser invocados, como fez a Sra. N., como espaços de acolhimento e de promoção de saúde. Eles se oferecem, também, como campo fértil para movimentar, ainda nas palavras de Ayres (p. 27), o “compromisso com valores contrafáticos validados como Bem comum”, contribuindo para validar a “inseparabilidade deste plano individual do plano social e coletivo”.

A articulação entre algo de natureza estritamente subjetiva – projeto de felicidade – e seu enraizamento social está na base desta concepção de cuidado que

desdobram três importantes considerações do autor, as quais foram pontuadas ao longo da discussão deste caso:

a idéia mesma de valor só se concebe na perspectiva de um horizonte ético [...] só faz sentido no convívio com um outro, no interesse em compatibilizar finalidades e meios de uma vida que só se pode viver em comum [...] a própria construção das identidades individuais, as quais plasmam os projetos de felicidade em cujas singularidades se deve transitar na perspectiva do Cuidar, se faz, como já apontado acima, na interação com o outro, nas inúmeras relações nas quais qualquer indivíduo está imerso, já antes mesmo de nascer [...] não apenas os horizontes normativos que orientam os conceitos de saúde e doença são construídos socialmente, mas os obstáculos à felicidade que estes horizontes permitem identificar são também fruto da vida em comum, e só coletivamente se consegue efetivamente construir respostas para superá-los (p. 27) (grifos meus).

• RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL

De acordo com o Sra. R., os eventos ocorridos no último ano foram:

- ⇒ Mudança na condição financeira;
- ⇒ Mudança na frequência de brigas com o cônjuge;
- ⇒ Mudança de responsabilidade no trabalho;
- ⇒ Começo ou abandono de estudos;
- ⇒ Mudança de hábitos pessoais;
- ⇒ Mudança de horário de trabalho;
- ⇒ Mudança de atividades recreativas;
- ⇒ Mudança de atividades religiosas;
- ⇒ Mudança de atividades sociais;
- ⇒ Mudança nos hábitos de dormir;
- ⇒ Mudança nos hábitos de alimentação;
- ⇒ Férias.

Também neste caso, chamo a atenção para o fato de que uma parte dos eventos assinalados, já havia sido espontaneamente referida na entrevista realizada. Os acréscimos só ajudam a dimensionar o rol de problemas a serem cotidianamente

enfrentados pela Sra. N. O seu enquadramento, tal como está previsto na Escala de Reajustamento Social, nos confronta com o risco de adoecimento que, neste caso, é o que se coloca no quadro abaixo:

Pontuação obtida na Escala	Probabilidade e/ou chance de adoecer
248	51%

• **RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO INVENTÁRIO DE SINTOMA DE STRESS (ISSL)**

Os sintomas assinalados pelo Sra. R. foram:

	Últimas 24 horas	Última semana	Último mês
Sintomas	F1 – Físicos <ul style="list-style-type: none"> Boca Seca Aumento da Sudorese Hiperventilação (respiração ofegante) Hipertensão Arterial, Súbita P1 - Psicológicos <ul style="list-style-type: none"> Aumento súbito da motivação 	F2 - Físicos <ul style="list-style-type: none"> Problemas com a memória Sensação de desgaste físico constante Aparecimento de problemas dermatológicos Hipertensão Arterial Cansaço constante Tontura / Sensação de estar flutuando P2 - Psicológicos <ul style="list-style-type: none"> Irritabilidade excessiva 	F3 – Físicos <ul style="list-style-type: none"> Insônia Hipertensão arterial continuada Tontura frequente P3 - Psicológicos <ul style="list-style-type: none"> Sensação de incompetência em todas as áreas Vontade de fugir de tudo Cansaço excessivo Irritabilidade sem causa aparente Angústia / Ansiedade
Pontuação	4F1+1P1=5	6F2+1P2=7	3F3+5P3=8

Esses resultados indicam que a cuidadora encontra-se, no que se refere ao diagnóstico de estresse, na “Fase de Resistência” (6F2+1P2=7). Chama a atenção, no entanto, que a pontuação atingida no quadrante 3 a coloque muito próxima da “Fase de

Exaustão”. A manifestação de vários sintomas psicológicos articulados com a presença de hipertensão arterial é, de fato, bastante preocupante. Acrescente-se a isso o forte sentimento de “beco sem saída” que tem jogado suas cartas para que ela tenda a significar a sua velhice muito negativamente, antecipando, inclusive perda afetiva, em causa na sua relação conjugal. Se normatividade psicofisiológica é requerida para se atingir equilíbrio e bem-estar, ela não se faz à revelia de normatividade social, como tentei assinalar na discussão antes encaminhada.

3.3.3 Caso 3

A Sra. C., 74 anos de idade, cuida de seu esposo, o Sr. J., de 85 anos. O contato para realização da entrevista foi feito por telefone. A cuidadora, muito simpática, atendeu-me gentilmente, e durante o preenchimento da ficha de identificação, informou-me que: parou de estudar quando ainda fazia o curso primário; sempre foi dona de casa; é cuidadora do esposo há cinco anos; no mês anterior, havia tido uma parada cardíaca/enfarte; tem muitas dores, fibromialgia; está muito cansada. Percebi que a minha visita para a realização da entrevista lhe “fez bem”: parecia contente com a minha presença. Dispôs-se, inclusive, à realização de outras, caso fosse necessário.

Abaixo, na íntegra, a transcrição da entrevista realizada:

Investigador	Sujeito (Sra. C.)	Anotações de Contexto	Categorias emergentes da análise da fala
1- Desde quando, e porque, a senhora se tornou cuidadora do Sr. J.?	<i>Já faz cinco anos (longa pausa). Cuido por falta de grana... (risos) e se tivesse grana, punha um cuidador, ele está com Alzheimer e teve AVC (suspiro).</i>	Fala com tom descendente e negativo.	- Tempo - Dinheiro - Doença
2- Como tem sido a experiência como cuidadora? Tente me dizer aspectos positivos e/ou negativos.	<i>Experiência... às vezes enche o saco... (risos) o ponto positivo é que procuro ter hoje muita paciência, o mais importante é guardar tudo de pontiagudo, inclusive ferramentas, sabe... é raro, mais tem</i>	Inicialmente, um tom de deboche para, em seguida, falar seriamente.	- Irritação - Paciência - Cuidado

	<i>a mudança de comportamento, é... hoje tenho mais paciência... a gente acostuma, as pessoas perguntam se ele está melhor: não. Eu estou melhor, tô entendendo mais o cuidado, eu estou melhor.</i>		
3- Há algum tipo de apoio que a Sra. considera essencial para pessoas que, como você, são cuidadores de idosos?	<i>É mais o ... na hora de ter fisioterapia. Eu levava ele, não consigo levá-lo na fisioterapia, eu levava na fisioterapia mas a doença que ele tem, ele tem um problema de pressão muito baixa, e o coitadinho chegava lá na fisioterapia passando mal com a pressão muito baixa, então ele não conseguia fazer (longa pausa) e o médico falou: “para tudo, eu preciso que um fisioterapeuta vá até em casa, isso é essencial pra ele, preciso também de uma fono”. Às vezes, ele enrola, não consegue falar, se possível em casa, é difícil... (longa pausa).</i>	O tom da sua fala reflete a angústia a que faz referência.	- Atendimento Domiciliar -Doença -Piedade
4- A senhora considera que o fato de ser idosa favorece ou dificulta o cuidado de outro idoso? Por quê?	<i>Antes era pior né, hoje tem quem dá banho nele, as minhas filhas dão banho nele. Que nem banho ele toma! Hoje elas me favorecem, elas dão banho nele, é muito cansativo ele não para em pé, sabe... (longa pausa), um banquinho, na hora de levantar, tem que tomar cuidado, preciso de uma pessoa forte, com uma maior força física.</i>	Postura corporal parece refletir o peso do trabalho referido: ombros caídos.	-Trabalho -Apoio -Cansaço -Cuidado -Força Física
5- Como a Sra cuida de si?	<i>Minha atividade é cuidar dele... (longa pausa), não vou a lugar nenhum ... (longa pausa), não cuido de</i>	Olhar perdido.	-Cuidado - Autocuidado - Isolamento

	<i>mim</i>		
6- Como são as suas relações sociais? A Sra. vê familiares e/ou amigos com frequência? Se sim, ou se não, considera importante fazê-lo? Por quê?	<i>Os amigos vêm em casa ... jogar um baralhinho, onde me distraio, só isso, é onde me distraio.</i>	Fala em tom descendente.	-Distração - Relação com o outro.
	<i>É cansativo ... (longa pausa), agora acho mais leve meu trabalho, no começo eu sofri muito, foi muito difícil, agora eu tô achando mais leve, mais tranquilo, no começo tinha dificuldade para levantar ele, ele é muito pesado, ele só tem 80 kg, carregar é difícil, eu to ... lidando melhor. Hoje ele dorme melhor... Ele já teve pior, ele está tomando um remédio que o neurologista deu e aumentou a dose, hoje ele está estável, o problema dele é a pressão, que ta me deixando preocupada, pressão muito baixa 7 por 5 (numa fala muito pausada) ele foi nesse mês duas vezes no hospital tomar soro, não adiantou nada, agora eu estou fazendo soro caseiro, mas também nem falei pro médico. 55 anos casada... estou casada, se ele não tivesse eu, os filhos tomavam conta, às vezes eu me sinto uma heroína, porque pra levantar um homem de 80 kg não é fácil, no começo eu fiquei maluca, eu não comia, eu estava enfraquecendo, eu falei caramba... eu vou e ele fica, ainda vai</i>	Fala espontânea, ao final da entrevista, como se quisesse “resumir” enfaticamente o que havia acabado de dizer. Nela, notei, uma maior descontração.	- Sofrimento - Apoio - Adaptação - Força Física - Doença - Preocupação - Esgotamento - Lamento - Dor

	<p><i>atrapalhar os filhos, o negócio. É, eu vou me levantar, foi a maior força que eu tive lá de dentro, ele trabalhou tanto, ele foi um homem internacionalmente conhecido, dava palestras e hoje tá desse jeito, ele está muito depressivo, quando ele pensa..., levei ele para fazer o teste neuropsicológico, ele chorava..., como criança, e eu sai pra fora para não chorar, ele é muito querido por todos, pelos amigos, sabe... (longa pausa)</i></p> <p><i>O que me ajudou muito é que me mandaram um livro, como cuidar de um idoso, eu li e acompanhei, foi muito bom pra mim, foi ótimo. Tenho muitas dores e ainda tenho fibromialgia.</i></p>		
--	--	--	--

Embora neste caso, como nos anteriores, a adoção do critério “frequência de ocorrência” seja importante para explorar os sentidos que emanam da fala da Sra. C., ela constitui apenas um primeiro passo interpretativo. Em função da sua atitude espontânea de “dizer mais”, um grande número de categorias pôde ser identificado. Sua distribuição bruta, numa linha que vai do mais para o menos frequente, é a seguinte: (1) *doença, cuidado*; (2) *apoio, força física*; (3) *tempo, dinheiro, irritação, paciência, atendimento domiciliar, piedade, trabalho, cansaço, autocuidado, isolamento, dor, lamento, esgotamento, preocupação, distração, relação com o outro, sofrimento, adaptação*.

Considero, contudo, que para refinar a minha análise seja importante ainda outro passo, que envolve necessariamente reagrupar categorias que parecem aglutinar sentidos próximos. Assim, entendo que: (1) *atendimento domiciliar, relação com outro* podem ser reagrupadas na categoria *apoio*; (2) *irritação, piedade, cansaço, dor, lamento, esgotamento, preocupação* são categorias que condensam e, por isso, parecem estenografar o sentido do uso do termo *sofrimento* pela Sra. C.; (3) *paciência e adaptação* têm também, do meu ponto de vista, proximidade semântica.

Nesse rearranjo interpretativo, chega-se, então, a outro quadro distributivo qual seja: (1) *sofrimento* (que condensa 7 ocorrências); (2) *apoio* (condensação de 4 ocorrências); (3) *doença, cuidado* (3 ocorrências); (4) *força física* (2 ocorrências); (5) *tempo, dinheiro, trabalho, autocuidado, isolamento, distração* (1 ocorrência). *Sofrimento* constitui, portanto, o eixo em torno do qual se articula o dizer da Sra. C. Diante de tal constatação, considero oportuno trazer à luz uma reflexão encaminhada pelo psicanalista Clavreul (1978, p. 152), segundo quem, o sentido de sofrimento:

inclui a dor, mas designa mais geralmente o estado de tensão interna que deve terminar por uma resolução [...]. “Sofrimento”, então, no sentido em que se diz que uma carta, uma encomenda, está em “suspensão”, isto é, à espera [...]. Seria abusivo pensar que todo estado de tensão espera apenas uma resolução e, sobretudo, resolução médica.

As palavras da Sra. C. parecem confirmar o que diz Clavreul. É certo que ela refere dor propriamente física – fibromialgia – decorrente do *cuidado* com o Sr. J. Nessa perspectiva, ela resulta do necessário, intenso e reiterado uso de *força física* requerida para tal. Mas, neste mesmo discurso, há uma ultrapassagem desse sentido. A longa experiência de cuidado dispensado ao marido tem colocado a Sra. C. numa condição na qual está explícita uma espera de resolução, traduzida logo no início da entrevista pela declaração de que “*cuido por falta de grana... (risos) e se tivesse grana, punha um cuidador*”. Saída/resolução que, contudo, lhe causa desconforto. Desconforto que ganha relevo no riso debochado que segue esse enunciado. Parece mais tranquila (mas nem tanto!) a referência feita à sua substituição pelas filhas no cuidado do esposo: “*hoje elas me favorecem, elas dão banho nele*”. Não posso, porém, ler tal consideração sem levar em conta outra, qual seja: “*55 anos casada... estou casada, se ele não tivesse eu, os filhos tomavam conta [...] ainda vai atrapalhar os filhos, o negócio*”.

No capítulo 2 desta dissertação, tivemos a oportunidade de problematizar a noção de dever moral e/ou sentimento de culpa como fatores intervenientes no cuidado de idosos. Lembro a discussão encaminhada por Barbosa *et al* (2012), que colocou ênfase mais especificamente no modo como, nas antigas gerações, se toma ao pé da letra o compromisso eterno do casamento firmado no “até que a morte nos separe, na saúde ou na doença...”. Neste momento da vida, arrisco-me a dizer que a Sra. C. sofre para sustentá-lo integralmente e ... sofre - ainda mais - porque lhe sobrevém a ideia (desejo?) de ceder lugar ao outro no cuidado do Sr. J. Sem dúvida alguma, tal condição

conflituosa (que responde pela manifestação de *irritação, piedade, cansaço, lamento, esgotamento e preocupação*) traz à cena a outra dimensão de sofrimento, a de que “sofremos do que não se pode dizer [...]” (CLAVREUL, 1978, p. 38). Suspeito que o fato de ter que suportar esse interdito pode, inclusive, junto com a rotina de *trabalho* objetivo suscitado pelo cuidar, estar na raiz da afirmação: “*eu me sinto uma heroína*”.

Não sem razão, ao tocar a questão da velhice, não é a questão do tempo cronológico que vem propriamente à tona no dizer da Sra. C. Há um “antes” e um “agora” que são lidos pela oposição +/- trabalho; +/- peso. Portanto, parece ser possível pensar que para essa cuidadora idosa importa menos a idade e mais o compartilhar com o outro (as filhas, os amigos que chegam para *distrá-la*, os profissionais que fazem o *atendimento domiciliar*, etc.) os desafios/dificuldades implicados no cuidar de outro idoso. *Apoio* que atenua o *isolamento*, mas ainda não se reverte em tempo para o *autocuidado*. Talvez porque lhe falte, na perspectiva de um “futuro” próximo, um projeto de felicidade para usufruir da sua própria velhice. Um projeto que tivesse o poder de atualizar o “*vou me levantar*” e, assim, dar vazão à “*maior força que eu tive [tenho] lá de dentro*”. Essa reconhecida “força interna” pode ressignificar “tudo à sua volta, inclusive, e especialmente, o cuidado de si” (AYRES, 2004, p. 21).

Para tal, *paciência* não pode se confundir com o sentido de resignação. Digo isso porque levo em conta as seguintes palavras de Mannoni (1996, *apud* LAJONQUIÈRE, 2000, p. 11): “aquilo do qual as crianças precisam não é de resignação, mas de paixão. Elas sonham com um mundo onde os atores possam falar em nome próprio escapando da obrigação de parecerem conformes”. Não tenho dúvida alguma de que a velhice também combina com paixão, com desejo de falar “em nome próprio”, mesmo que isso não seja “conforme” o que se espera. Há que se ter sempre espaço para esse tipo de subversão para que um projeto de felicidade possa ser gestado. *Adaptação* não pode, portanto, confundir-se com resignação/conformismo. Aliás, é a própria Sra. C. quem nos dá essa direção de interpretação, quando deixa escapar “*experiência... às vezes enche o saco... (risos) [...] É, eu vou me levantar*”.

• RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL

De acordo com o Sra. C., os eventos ocorridos no último ano foram:

- ⇒ Morte de alguém da família;
- ⇒ Doença de alguém da família;
- ⇒ Mudança na condição financeira;
- ⇒ Morte de amigo íntimo;
- ⇒ Mudança de hábitos pessoais;
- ⇒ Compra a crédito de valor médio;
- ⇒ Mudança nos hábitos de dormir;
- ⇒ Mudança na frequência de reuniões familiares;
- ⇒ Férias.

O enquadramento dos sintomas assinalados, tal como está previsto na Escala de Reajustamento Social, se traduz no seguinte risco de adoecimento:

Pontuação obtida na Escala	Probabilidade e/ou chance de adoecer
248	51%

Não posso deixar de assinalar que no último mês antes da realização da entrevista, a Sra. C. sofreu um enfarte. Penso que talvez seja oportuno questionar a sensibilidade da referida Escala para prever um acontecimento tão grave como o ocorrido ... Nessa perspectiva vale notar, por exemplo, que nos três casos já analisados, com seus diferentes componentes (tempo decorrido entre o início do cuidado e a realização da entrevista, número de eventos assinalados, idade do cuidador, rede de apoio disponível, etc) repetiu-se a mesma probabilidade de adoecimento ... Coincidência? Ou, de fato, é preciso considerar com mais cuidado/detalhe, como vimos na discussão encaminhada no capítulo 1, que a singularidade reativa (normatividade) talvez seja a principal variável interveniente? Na reflexão daquele capítulo, inclusive, se chamou a atenção para o fato de que não são as situações “em si” que desencadeiam o estresse e sim a reação que se tem a ela. Este caso parece ilustrar bem tal hipótese. A tal ponto, arrisco-me a dizer, que me faz indagar se é necessário ou pertinente o uso da Escala referida.

• RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO INVENTÁRIO DE SINTOMA DE STRESS (ISSL)

Os sintomas assinalados pelo Sra. C. foram:

	Últimas 24 horas	Última semana	Último mês
Sintomas	F1 – Físicos	F2 – Físicos	F3 – Físicos
	<ul style="list-style-type: none"> Boca seca Tensão Muscular Aperto da Mandíbula / Ranger dos dentes Insônia (dificuldade para dormir) Taquicardia Hipertensão Arterial, súbita <p>P1 - Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade súbita de iniciar novos projetos 	<ul style="list-style-type: none"> Mal-estar generalizado sem causa específica Formigamento das Extremidades Sensação de desgaste físico constante Hipertensão Arterial Cansaço constante Tontura/Sensação de estar flutuando <p>P2 - Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Pensar constantemente em um só assunto Irritabilidade Excessiva 	<ul style="list-style-type: none"> Insônia Tiques Hipertensão arterial continuada Tontura frequente Enfarte <p>P3 - Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Impossibilidade de trabalhar Sensação de incompetência em todas as áreas Vontade de fugir de tudo Apatia, depressão ou raiva prolongada Cansaço excessivo Irritabilidade sem causa aparente Angústia / Ansiedade Perda do senso de humor
Pontuação	6F1+1P1=7	6F2+2P2=8	5F3+8P3=13

No que se refere ao estresse, a análise do resultado obtido no ISSL nos leva a identificar que a cuidadora se encontra na “Fase de Exaustão” (5F3+8P3=13). Vale atentar para o fato de que, no quadro 3, se levarmos em conta os quadrantes anteriores, registra-se a ocorrência do enfarto associado a um aumento notável de sintomas psicológicos (8). Esse dado, a meu ver, corrobora a discussão relativa à dor/sofrimento, realizada anteriormente.

Outro ponto chamou igualmente minha atenção: o fato de que a Sra. C., nas últimas 24 horas, sentiu vontade súbita de iniciar novos projetos: impulso vital importante que, coincidentemente, se apresentou na véspera da entrevista agendada. Talvez se deva considerar que para desdobrá-lo, essa cuidadora necessite ver reconhecido esse movimento; o que, contudo, não basta. Ela precisará, para além do apoio que já tem, contar com sua própria força e trilhar outros caminhos para realizá-lo.

Para ajuda-la, faz-se necessário um autêntico interesse em escutá-la (e que, talvez, tivesse sido antecipado por ela, em função do agendamento da entrevista comigo). Escuta que possa movimentar seu ensejo de projetar um futuro não conformado com seu sofrimento, e porque não dizer, com sua atual (in)felicidade. Escuta que abra espaço para elaborar o que determina, de fato, sua *vontade de fugir de tudo, dormir e não voltar a acordar*. Note-se que, também neste caso, a “tecnologia leve” comparece como instrumento para, quem sabe, viabilizar uma espécie de (re)solução para a tensão experiencial que atravessa o cuidado do idoso frágil.

3.3.4 Caso 4

A Sra. Ma., 65 anos, aposentada, é cuidadora de sua mãe, Sra. DC., 104 anos. Ao preencher o formulário de identificação, a cuidadora assinalou que realiza esse cuidado há mais de 20 anos, em sua própria casa, onde mora com o esposo e um casal de filhos. Enfatizou, ainda, que não tem dificuldades financeiras para arcar com esse cuidado.

Trago, abaixo, a transcrição da entrevista realizada:

Investigador	Sujeito (Sra. Ma.)	Anotações de Contexto	Categorias emergentes da análise da fala
1- Desde quando, e porque, a senhora se tornou cuidadora da Sra. DC?	<i>Mais de 20 anos, minha filha mais nova está com 20 anos, ela morava assim, tinha a casinha dela e depois ficou indo pro Rio de Janeiro, passava três meses por lá na casa de filhos e depois ela retornou e a casinha dela já estava alugada e aí fui buscar ela pra morar comigo.</i>	Postura rígida.	-Tempo -Família
2- Como tem sido a experiência como cuidadora? Tente me dizer aspectos positivos e/ou negativos.	<i>Ah, no caso dela é tranquilo, apesar da idade dela, ela é lúcida, não dá trabalho nenhum, o trabalho é ficar olhando o que ela está fazendo, seu mingauzinho, ela toma banho sozinha, ela me</i>	Solta todo o ar preso nos pulmões e relaxa, sua fisionomia agora é de preocupação.	-Trabalho -Longevidade -Atenção -Preocupação

	<i>ajuda a varrer o quintal, lava a louça sozinha, o negativo é preciso ter atenção, larga torneira aberta, ai tenho que falar que a torneira aberta, fico preocupada.</i>		
3- Há algum tipo de apoio que a Sra. considera essencial para pessoas que, como você, são cuidadores de idosos?	<i>No caso, eu cobro das minhas irmãs, que de vez em quando eu tenho que sair, eu tenho que ir ao médico, ai eu falo vem buscar ela, converso com ela e falo que é necessário ter o meu tempo, cobro as irmãs para ficar com a mãe para sair.</i>	Ar de cansaço.	-Apoio informal - Autocuidado
4- A senhora considera que o fato de ser idoso favorece ou dificulta o cuidado de outro idoso? Por quê?	<i>É uma experiência, porque a gente tem que pensar no dia de amanhã.</i>	Franze a testa e aparenta preocupação.	- Experiência
5- Como a Sra. cuida de si?	<i>Saio, vou pra igreja, quando ela não está aqui, aproveito e saio um pouco com meu marido. Passeio em Shopping, apesar de que eu vou pra igreja aqui do lado e ela fica bem aqui sozinha, eu só falo: fica ai sentadinha quietinha assistindo TV, ai ela acha ruim e diz que não vai botar fogo na casa não, ai eu dou alimentação dela e falo fica quietinha ai, ela fica.</i>	O tom da fala se torna impositivo.	- Lazer - Religiosidade -Trabalho -Cuidado
6- Como são as suas relações sociais? A Sra. vê familiares e/ou amigos com frequência? Se sim, ou se não, considera importante fazê-lo? Por quê?	<i>Amigos, vou na igreja e as irmãs visitam aqui, tenho vizinhos, tenho uma amiga que vou na casa dela e ela vem aqui. Os vizinhos quando necessário, eles visitam. Ela, ta bem, sua pressão é controlada, levo ela no posto de saúde aqui perto, no Ama que tem aqui perto, a pressão</i>	Suspira, reformulando a entonação impositiva.	-Apoio Informal -Dor - Apoio Formal

	<i>dela é emocional, é, quando ela tá nervosa aumenta, ela anda bem de ônibus, mas levo ela aqui porque é mais perto, vai a pé devagarinho, porque é perto. Ela sente dores nas mãos e eu também sinto. O mesmo médico que ela passa eu passo.</i>		
	<i>Quando eu quero sair, eu falo pra minhas irmãs, olha... fica um pouco com ela. (pausa grande). Meus filhos tem carro, mas todos trabalham e aí eu falo: mãe, quer ir na Santa Casa e nós vamos, quando ela fala que está com pressão alta pegamos o ônibus e vamos até o hospital. Ela come de tudo, menos margarina e refrigerante. Tem que ser assim tudo com bastante caldo. Ela reclama de dor nos joelhos, nas mãos e nos pés. Sempre que eu levo ela no posto os médicos falam vem cá, eu esperava uma cadeirante. Ela sempre foi tranquila, teve 15 filhos estão oito vivos, ela só me estressa quando quer assistir o Datena, só tem notícia ruim lá. Eu perdi 4 quilos porque estava fazendo uma dieta que tudo me fazia mal.</i>	Fala espontânea, e mais descontraída, ao final da entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio informal - Alimentação - Dor - Estresse

Nesse quarto caso, como nos três primeiros, as categorias foram identificadas segundo o critério semântico e a fala da cuidadora reagrupada de acordo com o critério frequência de ocorrência. Dois blocos temáticos emergiram desse primeiro movimento

de interpretação. No primeiro, mais recorrente, estão as categorias *apoio formal e informal*. No segundo, *dor* é a categoria que ganha destaque e, no último: *tempo, família, trabalho, longevidade, atenção, preocupação, autocuidado, experiência, lazer, religiosidade, cuidado, alimentação e estresse*. Levando em conta o fio argumentativo do dizer da Sra. Ma., entendo que *família* é uma categoria que pode ser reagrupada no âmbito de *apoio informal*. Isso porque, se essa cuidadora enfatiza, de um lado, que precisa “cobrar” das irmãs que a ajudem no cuidado da Sra. DC., de outro, ela não refere “falta” de apoio das mesmas.

Há que se considerar ainda a constituição de uma rede que se amplia da família (esposo, filhos, irmãs), para a comunidade (amigos, vizinhos, “igreja”) e, também, para o Estado (assistência médica no Sistema Único de Saúde²⁹). Essa rede parece funcionar com ponto de ancoragem para que a Sra. Ma. sustente sua potência para dar conta do cuidado com a mãe nesses longos anos em que tomou para si tal responsabilidade: “*fui buscar ela pra morar comigo*”. É certo que a filha tem contado com a potência da própria mãe que, aos 104 anos, “*é lúcida, não dá trabalho nenhum, o trabalho é ficar olhando o que ela está fazendo, seu mingauzinho, ela toma banho sozinha, ela me ajuda a varrer o quintal, lava a louça sozinha ... Ela come de tudo, menos margarina e refrigerante*”. Vale enfatizar que a referência ao ser cuidado não se faz pela via da fragilidade, mas da atividade, muito embora fatos de doença sejam mencionados (*dor, trabalho, cuidado, atenção, preocupação*). Talvez se possa dizer, então, que há, neste caso, uma transferência de potencia mútua como característica fundamental da relação de cuidado, de cuidado mútuo ...

Quando o *tempo* dispensado ao cuidado pesa, a Sra. Ma. parece não hesitar em acessar a rede de apoio antes referida para sair desse circuito porque, afinal, “*é necessário ter o meu tempo*”. Interessante pensar que, ao se colocar assim, a cuidadora convoca o outro que, ao que tudo indica, comparece e dá suporte para que o *autocuidado* se constitua também como realidade para ela. Na sua fala, a referência ao cuidado é sempre pela via do “*é tranquilo*”. Não posso deixar de assinalar, contudo, que esse dizer não coincide com sua “*linguagem corporal*”. Registre no quadro acima sua postura: em alguns momentos, rígida (tensa) e aparentando cansaço. Se é verdade que “o corpo fala”, é preciso questionar, mas não duvidar, de sua referida “*tranquilidade*” em relação ao cuidado com a mãe. Digo isso porque a tensão ou o cansaço podem ter outros

²⁹ Referido no seu dizer pela invocação da Assistência Médica Ambulatorial (AMA), serviço vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, e da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

determinantes (não abordados, seja por ela, seja por mim) e até mesmo porque, quando emerge do seu dizer o termo *estresse*, ele é esvaziado do sentido de “pressão”, se aproximando mais de “chateação/decepção”: *“ela só me estressa quando quer assistir o Datena, só tem notícia ruim lá”*.

Um último ponto merece ser comentado aqui: quando na questão 4, a sua própria velhice é referida, a Sra. Ma. reage com estranhamento: franze a testa e desconversa, não se aprofunda, embora faça referência ao acúmulo de experiência necessária para lidar com tal condição. Mas, isso tudo, num futuro (distante?). Diferente dos outros três casos, ela não discorre sobre a sua própria condição de velha. Uma questão que não desdobrei como entrevistador e que, agora, na análise, entendo que merecia ter sido problematizada. Nesse “só depois”, o que me parece mais pertinente dizer é que talvez a longevidade da mãe e o tanto de atividade (normatividade biopsicossocial) que sua velhice ainda comporta contribuam para tirar o peso que representações negativas dessa fase da vida pudessem ter para a Sra. Ma. Será?

Vejamos se os resultados da aplicação da Escala de Reajustamento Social, bem como do ISSL podem corroborar (ou não) a interpretação que ofereci para os dados coletados na entrevista.

• RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL

De acordo com o Sra. Ma., os eventos ocorridos no último ano foram :

- ⇒ Morte de alguém da família;
- ⇒ Morte de um amigo íntimo;
- ⇒ Mudança de hábitos pessoais;
- ⇒ Mudança de hábitos de dormir;
- ⇒ Férias.

No quadro abaixo, o score obtido relacionado e a previsão de adoecimento são, respectivamente:

Pontuação obtida na Escala	Probabilidade e/ou chance de adoecer
151	51%

Do mesmo modo como os outros três sujeitos desta investigação, a Sra. Ma. apresenta pouco mais de 50% de chance de adoecer. É certo que esse índice interroga o insistente “*é tranquilo*” que se apresenta na sua fala para referir a relação de cuidado. Lembro que ele é exatamente o mesmo índice do caso anterior que, como vimos, implicava um enfarte recente. Vejamos, agora, as conclusões a que se pode chegar com a aplicação do ISSL.

• **RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO INVENTÁRIO DE SINTOMA DE STRESS (ISSL)**

Os sintomas assinalados pelo Sra. Ma. foram:

	Últimas 24 horas	Última semana	Último mês
Sintomas	F1 – Físicos	F2 – Físicos	F3 – Físicos
	<ul style="list-style-type: none"> Mãos e pés frios Boca seca Nó no Estômago Tensão muscular Insônia Pressão alta 	<ul style="list-style-type: none"> Problemas com a memória Hipertensão Arterial <p>P2 Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Sensibilidade Emotiva Irritabilidade excessiva 	<ul style="list-style-type: none"> Insônia Hipertensão arterial continuada Mudança extrema de apetite Úlcera <p>P3 Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Apatia, depressão ou raiva prolongada Angústia / Ansiedade Perda de senso de humor
Pontuação	6F2=6	2F2+2P2=4	4F3+3P3=7

De acordo com esses dados, a pontuação no ISSL sugere que a cuidadora está na Fase de Resistência (2F2+2P2=4). Vale, contudo, chamar a atenção para o fato de que o espectro de pontuação para ser incluído nesta fase vai de 4 a 9. Como ela se situa no patamar mais baixo (4), os dados do ISSL tendem mais à confirmação do “*é tranquilo*”,

presente na fala da Sra. Ma. Pelo menos é isso que se conclui quando se leva em conta o tempo transcorrido na última semana antes da realização da entrevista.

O que se obteve no quadrante 2 daria margem para se questionar que, nessa fase, os sintomas característicos sejam, na sua grande maioria, de natureza física (MARQUES & ABREU, 2008): nesse caso, eles constituem 50% da manifestação sintomática. Contudo, chamo a atenção para o fato de que, nas últimas 24 horas, os sintomas assinalados são exclusivamente físicos, sem sintomas psicológicos. Como no quadrante 3 há, também, um maior número de sintomas físicos do que psicológicos, talvez se possa concluir que essa cuidadora pode contar com uma normatividade psicossocial favorável (mas nem sempre suficiente, já que sua “pressão” arterial é elevada³⁰) à manutenção de seu equilíbrio orgânico. Não sem razão, ela se destaca entre os entrevistados desse estudo como a única que requer e organiza o tempo a favor do autocuidado. O que se vê nos três quadrantes fala mesmo a favor da hipótese de que a utilização de energia adaptativa de reserva (normatividade biopsicossocial) favorece as tentativas de reequilibração. Isso justifica o movimento oscilatório captado no ISSL acima.

Para finalizar a discussão deste capítulo, dou ainda um último passo metodológico: encaminho o cruzamento dos dados obtidos nas análises dos casos aqui discutidos. Meu objetivo é claro: procuro colocar em relevo o que se mostra recorrente, sem deixar de levar em conta a singularidade inscrita em cada um deles para que, assim, os resultados da minha investigação e a(s) proposição(ões) que forem encaminhadas possa(m) ser replicada(s) e validada(s).

Para tal, vejamos o seguinte quadro (no qual se expõe alguns dos achados antes abordados):

Cuidador/Ser Cuidado	Idade	Tempo de Cuidado	Categorias prevalentes na Entrevista	Número de Eventos/Probabilidade de Adoecimento (Escala de Reajustamento Social)	Sintomas Físicos + Psicológicos/Fase do Estresse (ISSL)	Referência à velhice
Sr. CS. Sra. N.	68 anos 67 anos	6 meses	Trabalho Dedicação Afeto Tempo Dor Incapacidade Funcional	8/51%	4F2+4P2=8 Fase de Resistência	Fragilidade X Potência

³⁰ Sintoma que se repete nos três quadrantes.

Sra. R. Sra. NG.	60 anos 92 anos	10 anos	Tempo Solidão	12/51%	6F2+1P2=7 Fase de Resistência	Decadência Declínio
Sra. C. Sr. J.	74 anos 85 anos	5 anos	Sufrimento	9/51%	5F3+8P3= 13 Fase de Exaustão	- Cronos + Kairós
Sra. Ma. Sra. DC.	65 anos 104 anos	20 anos	Apoio	5/51%	2F2+2P2= 4 Fase de Resistência	Acúmulo de Experiência

O primeiro ponto que chama minha a atenção é que o maior número de categorias prevalentes para dizer da experiência de cuidar de um idoso se apresente exatamente na relação de cuidado que se desenrola há menos tempo. Talvez porque seja mesmo necessário um tempo maior para elaborar/significar o impacto de uma demanda recente e perturbadora. Demanda que implica mudanças: de rotina, de expectativa, de projetos de vida (individuais e compartilhados). Embora a tarefa de significar/ressignificar os fatos que se inscrevem numa existência (entre eles, a demanda para cuidar de outro alguém) não tenha fim, entendo que os primeiros movimentos/reações de um sujeito que toma para si (por motivos variados) a responsabilidade de cuidar de um idoso fragilizado pela doença (como é o caso da Sra. N.) sejam mais difíceis de nomear.

Embora a categoria “tempo” (em suas duas acepções, cronos e kairós) apareça explicitamente nomeada e tenha o estatuto de recorrente nos dois primeiro casos, ela também joga o seu papel na sustentação das categorias nomeadas nos dois últimos. Afinal, como vimos na discussão do item anterior, “sofrimento” é algo que refere o cruzamento cronos x kairós. Se é, como diz Clavreul, algo que se instaura como resultado de uma “espera de resolução”, torna-se evidente que nele está em causa a sucessividade temporal (por isso, “espera”) motivada pela necessidade de uma “resolução” (um “problema” que se inscreve e tem permanência numa(s) história(s)).

Não é outro o modo como vejo a referência à necessidade de “apoio”, categoria recorrente no 3º caso estudado. Note-se que falta/presença de apoio social (formal e/ou informal) é algo que se articula (explícita ou implicitamente, em todos os casos estudados) com a questão da falta e/ou possibilidade de tempo para cuidar de si. Vale, contudo, lembrar que, no caso 4, ficou evidente que a presença/ausência de uma rede de apoio, por si, não é suficiente para a conquista desse tempo. Ela é evidentemente necessária, mas não suficiente já que o ser que cuida precisa se posicionar no sentido de não ficar à espera de uma resolução que venha exclusivamente de fora. Vimos que, além de usar a rede disponível de apoio (família, comunidade, Estado, operadora de saúde), a

Sra. Ma. reclama tempo para si (cronos) para realizar seus projetos (kairós), colocando o outro na posição de responder a essa sua demanda.

Não quero dizer com isso que na nossa sociedade as redes de apoio social ao cuidador sejam efetivas (em número de serviços e qualidade dos mesmos), mas fundamentalmente que para serem, elas dependem de que os sujeitos se posicionem como sujeitos de direito e não só de deveres: essa é a lição que nos ensina a Sra. Ma. Note-se também que esse é o conflito que quase paralisa a Sra. C.: ter um projeto de felicidade e sentir-se culpada por isso (kairós). Não sem razão, ela se apresenta, entre os casos estudados, como aquela em que a exacerbação do sofrimento (“a espera de resolução”) responde pela “exaustão”, no que se refere ao nível de estresse resultante do cuidar de outrem. Essa singularidade reativa não pode ser marginalizada, portanto. Cabe destacar que, nesse estudo, a Escala de Reajustamento Social mostrou-se pouco sensível para mensurá-la.

A aplicação do ISSL nos colocou diante da constatação de que, em todos os casos, o estresse se configurou como um fator interveniente na relação de cuidado discutida. Tendo em vista os resultados apresentados no capítulo 3, e levando em conta a discussão encaminhada no capítulo 1, pode-se dizer que a reação dos cuidadores às demandas - contínua e intensamente produzidas - se desdobrou em risco ao seu equilíbrio biopsicossocial: três dos quatro casos encontravam-se na “Fase de Resistência”. Dito de outro modo: três dos quatro cuidadores estavam utilizando energia adaptativa de reserva para tentar reequilibrar-se. O outro caso trouxe à cena uma relação de cuidado na qual o idoso cuidador já se encontrava na “Fase de Exaustão”, ou seja, com dificuldade para resistir aos estímulos estressores gerados no contexto de cuidado.

Em meio a tal constatação, pude identificar os desdobramentos biopsicossociais do estresse produzidos em cada relação de cuidado (um dos objetivos específicos deste trabalho)³¹. Cabe colocar em relevo aqui o fato de que “insônia” e “angústia/ansiedade” foram, respectivamente, os únicos sintomas - físico e psicológico - assinalados em todos os casos. Do ponto de vista social, a referência à necessidade de apoio, articulada à possibilidade/impossibilidade de autocuidado, atravessou os dizeres de todos os cuidadores entrevistados. Isso significa que, de fato, cuidar/ser cuidado são duas faces da mesma moeda. Dito de outro modo: o cuidador necessita de ser cuidado para manter-se potente nessa posição. Para tal, precisa contar com uma rede de apoio, tal como

³¹ Ver o elenco de sintomas físicos e psicológicos em cada um dos quadros que resumem a aplicação do ISSL em cada caso específico.

discutido anteriormente. Se tal afirmação se aplica a qualquer relação de cuidado, independentemente da idade, ela parece ganhar um matiz diferente quando se torna fonte de estresse para um idoso cuidador. Talvez porque com o avanço da idade, o projetar-se num futuro é algo cuja suspensão (por efeito da demanda de cuidar de outro) pode se configurar como um grande conflito. Conflito em que ganha relevo o tempo, na sua dimensão cronos.

Nessa perspectiva, gostaria de, finalmente, atentar para o modo como a velhice é referida nos discursos desses idosos cuidadores de idosos. Se levarmos em conta o quadro acima, concluímos que pares de opostos (fragilidade x potência, cronos x kairós) se oferecem como base de sustentação dos discursos dos entrevistados em dois dos casos estudados. A dinâmica que evocam tem relação com o modo singular encontrado para lidar com perdas e aquisições (fragilidade/potência) articuladas com a experiência de cuidar que a eles se impõe na velhice (cronos). Isso porque a própria relação de cuidado traz consigo certo modo de habitar o tempo (kairós) que oscila entre mais potente e mais fragilizado para lidar com as suas demandas próprias. Vale dizer que isso não comparece, nesses casos, como uma questão específica da velhice, mas do viver a vida com as contingências que ela impõe em qualquer idade. Potência que pode ser traduzida como estresse positivo e fragilidade como resultado de estresse negativo. Como vimos ao longo desta dissertação, ambos se colocam na linha da vida. A diferença está em que há normatividade biopsicossocial que precisa ser acionada para que o equilíbrio se (re)estabeleça.

Nos outros dois casos, a velhice é nomeada ou significada tendendo mais para uma imagem negativa ou positiva. O que justifica tal tendência é, no caso 2, uma antecipação, no espelho, de uma decadência inelutável e, por isso, insuportável. No caso 4, o próprio ser cuidado, a Sra. DC. se apresenta como potente na relação de cuidado que entretém com a filha, a Sra. Ma. É bom lembrar que o cuidado, neste caso, não é motivado pela presença de doença (embora ela não esteja ausente), mas de algo imposto pela velhice, um declínio natural não entendido necessariamente como negativo (por ambas). Isso faz diferença, do meu ponto de vista, para entender o valor que a Sra. Ma. dá ao “acúmulo de experiência” vinculado à condição do ser velho. Quando o processo de doença é crônico e envolve risco de morte, os desafios que se impõem ao cuidado podem contribuir para que se pense a velhice como um tempo marcado por dificuldades e negatividades. Retiro de tais considerações a necessidade de se abordar a velhice, como nos ensinou Mercadante (capítulo 2), sempre no plural e em contextos (sociais)

específicos. Nessa medida, talvez seja mesmo necessário assumir que o raciocínio disjuntivo é exigido como fundamento (teórico e prático) no campo da Gerontologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da reflexão encaminhada nos capítulos desta dissertação, alguns conceitos foram se apresentando como de fundamental importância para abordar a especificidade da relação de cuidado em que estão envolvidos dois idosos (o cuidador e o ser cuidado). Do meu ponto de vista, o conceito de *normatividade*, tal como forjado por Canguilhem (1966), dá movimento e amplia o alcance teórico-metodológico do conceito de *adaptação* implicado na Síndrome proposta por Selye (1959), ao problematizar o conceito de *estresse*. Se “ser normativo”, do ponto de vista biopsicossocial, é ser capaz de resistir à destruição, deve-se considerar que é no entrecruzamento dinâmico dessas dimensões que está a raiz do “adaptar-se”. Portanto, adaptação é algo que se processa num contínuo, não é uma condição estática. Nessa perspectiva, *equilíbrio/desequilíbrio* são polos intercambiáveis porque assim se impõe a dinâmica da vida, tanto do ponto de vista biológico, como psicológico e social.

O primeiro desdobramento dessa linha reflexiva é a exigência de se considerar que, tanto para o ser cuidado, quanto para o cuidador *fragilidade* e *potência* se apresentam como intrinsecamente articulados, o que abre caminho para se considerar que *saúde/doença* estejam relacionados com o privilégio e/ou permanência de um polo sobre o outro. Não sem razão *estresse* é conceito que condensa um duplo sentido (MARQUES & ABREU, 2008; SELYE, 1936; LAZARUS, 1993; LIPP, 1996, 2010; McEWEN & LASLEY, 2003, entre outros): reação benéfica, necessária à vida saudável, mas também repelida por ela (quando engendra e/ou se torna um fato de doença).

Se tais considerações são válidas independentemente da idade cronológica, levou-se em conta nesta dissertação, que o ser cuidado e o cuidador são habitantes da *velhice*. Trata-se, então, de concluir se tal condição impõe, como cheguei a afirmar anteriormente, alguma especificidade à relação de cuidado em que ambos estão envolvidos. A resposta não é nada simples, se entendemos que *velhice* é termo que refere algo que excede o marcador cronológico responsável pela identidade de um grupo social. Mercadante (1997) não nos deixa esquecer que se o grupo resulta de um laço baseado em “semelhanças” (entre as quais a mesma idade), os seres aí reunidos não são idênticos. Ao contrário, são únicos, singulares! Na *velhice*, há *velhices*, diz a autora. O

plural vem para marcar a não coincidência entre modos de habitar o tempo na velhice. É aqui que os dois conceitos de tempo – *cronos* e *kairós* – se apresentam como fundamentais para aproximar/distinguir *velhices*.

Além dos conceitos indicados anteriormente, considere importante a discussão de Messy que, depois de Beauvoir (1970), dá destaque ao fato de que “o velho é o outro, em quem não nos reconhecemos. A imagem da velhice parece uma imagem ‘fora’, no espelho, imagem que nos apanha quando é antecipada e produz uma impressão de inquietante estranheza” (MESSY, 1992, p. 14). Entendo que a colocação desses autores toca numa questão especificamente articulada ao viver a vida na velhice: ter que se haver com uma imagem de si que, refletida no espelho do outro, produz evitação, reclamando um trabalho de ressignificação. Isso porque nessa imagem especular se apresenta para nós um descompasso: “assistimos impotentes ao envelhecer de nossa imagem, sem, contudo, sentir realmente, os efeitos do envelhecimento” (p. 15). O envelhecer, afirma o autor, “sublinha nossa temporalidade” (p. 17) e, conseqüentemente, nossa finitude.

Finitude ... questão inelutável que embora possa se apresentar como tal em qualquer ponto da linha da vida, se trama de um modo mais ameaçador quando a imagem no espelho nos diz que “não estamos fora das ameaças do tempo” (p. 16). Arrisco-me a dizer que o cuidado motivado pela fragilização da velhice se oferece como campo fértil para esse embate subjetivo (tanto do lado do cuidador, quanto do ser cuidado). A discussão encaminhada nos casos 2 e 4 são exemplares, nesse sentido, porque nos mostram mais claramente esse mecanismo em ação e diferentes modos de normatividade individual. Não é sem razão, portanto, que a velhice possa ser antecipada mais como perda, para alguns, e ganho, para outros. Os níveis de estresse identificados em cada caso refletem, em parte, o trabalho de ressignificação motivado pela antecipação suspensiva do eu ideal propiciado pela imagem especular já referida.

No terceiro capítulo trouxe ainda a luz o conceito de *sofrimento*, dando ênfase à possibilidade de toma-lo na acepção de “algo que espera resolução” (CLAVREUL, 1978). Na relação de cuidado discutida nesta dissertação, sofrimento resulta, então, de se esperar que demandas - tanto objetivas, quanto subjetivas – de trabalho possam ser atendidas e ultrapassadas. Se não pela superação da prevalência da condição de fragilidade e/ou doença do ser cuidado (o que está em relevo no caso 1), pela disponibilidade de outros (família, comunidade, profissionais cuidadores, serviços privados e/ou públicos de apoio ao cuidador) em compartilhar o cuidado demandado (observado em todos os casos estudados).

Este último ponto ganhou destaque na análise dos dados porque apareceu sempre articulado, nos dizeres dos entrevistados, com a possibilidade/obstáculo de auto cuidar-se. Conclui-se, então, que se a relação com o outro pode se oferecer como fonte de sofrimento, pode também se constituir como ponto de apoio para potencializar bem estar e qualidade de vida. Decorre daí o meu reconhecimento de que seja preciso cada vez mais, incluir nos serviços de apoio ao cuidador “tecnologia leve”(MERHY, 1998; AYRES, 2004) no conjunto de atividades realizadas para tal. Um psicólogo com formação em Gerontologia Social pode, do meu ponto de vista, contribuir para viabilizá-la, tornando-se um agente multiplicador dessa linha de pensamento, seja entre membros de uma equipe multidisciplinar, seja no âmbito da formulação e implementação de políticas públicas voltadas para as demandas do segmento populacional idoso. Nela, o foco está voltado para o compromisso de dar vez e voz aos sujeitos que habitam a velhice.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Vivian. C.P. **“Stress e Qualidade de vida em grupos de idosos: análise e comparação”**. Dissertação de Mestrado Campinas – SP – PUCCAMP, 2007.
- AMORIN, Ana C.C.; ARAUJO, Maria R.N.; **Legislação Básica/Saúde da Família**, Montes Claros, Unimontes, 2004, p.14-15.
- AYRES, José R.C.M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade***, v. 13, n. 3, p. 16–29, 2004.
- BANDEIRA, L; MELO, H.P; PINHEIRO, L.S. **"Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE"**, 2008. in Observatório Brasil da Igualdade de Gênero, julho, 2010, p. 107- 119.
- BARBOSA, Ana L.; OLIVEIRA, Ana L.; FIGUEIREDO, Daniela; artigo: **Rede informal de apoio à pessoa idosa depende: Motivações e fatores de stress em cuidadores primários e secundários**, in: Revista temática Kairós Gerontologia, 15(1), ISSN 2176-901X, São Paulo (SP), Brasil, Fevereiro 2012: p.11-19.
- BARDIN, Laurence – **Análise de conteúdo** – tradução: Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro, São Paulo, Edições 70, 2011.
- BEAUVOIR, Simone de. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970/1990. 4^a. edição - p.15.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra** – Petrópolis – Rio de Janeiro – Vozes, 2003.
- BRANDÃO, Vera A.T. e MERCADANTE, Elisabeth F. – **Envelhecimento ou Longevidade** – São Paulo, SP, 2009.

CAMARANO, Ana. A.; EL GHAOURI, Solange. C. **Idosos brasileiros: que dependência é essa?** In: CAMARANO, Ana. A. (Org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ipea, 1999.

CANGUILHEM, Georges – **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro; Forense Universitária, 2002.

CANGUILHEM, Georges – **O conhecimento da vida**; tradução de Vera Lucia Avellar Ribeiro, Rio de Janeiro, RJ, Universitária, 2012.

CANNON, Walter B. **La sagesse du corps**, Paris, Éditions de la Nouvelle, 1946.

CLAVREUL, Jean. **A ordem médica - poder e impotência do discurso médico**, São Paulo: Brasiliense, 1978.

CURCIO, Marcela. A. - **Estudo do Estresse e qualidade de vida de uma amostra de pacientes oncológicos**. Dissertação de Mestrado não publicada. Campinas, PUC, 1999.

DAVIS, Martha, ESHELMAN, Elizabeth R., MCKAY, Matthew – **Manual do relaxamento e redução do stress** – São Paulo, Summus, 1996.

CZERESNIA, Dina F. C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003

DESLANDES, SUELY F.; AYRES, JOSÉ ROBERTO C. M. – **Humanização e cuidado em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.510-510, jul/set, 2005.

DOMINGUEZ-GUEDEA, Miriam T.; DAMACENA, Fernando A.; CARBAJAL, Maria M.M. – **Necessidade de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos**, Psicologia & Sociedade; 21(2): 242-249, 2009.

EY, Johanna – **Ey's memoirs, Nachdruck nur mit meiner Genehmigung**: Fran Ey, Tyred Manuscript, Berlim, 1936.

- FELGAR, Julieta A.S. - **Uma expressão de linguagem numérica**. In. Karsch – **Envelhecimento com dependência: Revelando cuidadores**. São Paulo, Educ, 1998.
- FEUERWERKER, Laura C., MERHY, Emerson E. – **A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas**, Revista Panam Salud Publica. 2008; 24(3):180-8.
- FONSECA, Suzana C. da – **Desafios teórico-metodológicos que se impõem à investigação do processo de envelhecimento e da velhice** – In Atas da 28º Reunião da Sociedade Brasileira de Antropologia. 2012.
- FLORES, Giselda. C., BORGES, Zulmira. N., BUDÔ, Maria. L.D., SILVA, Fernanda M. – **A dádiva do cuidado: Estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso**, CiencCuid Saúde, jul/set, 10(3):533-540, 2011.
- FONTANA, David – **Estresse: Faça dele um aliado e exercite a autodefesa** – 1 edição, São Paulo, Summus, 1996.
- FREUD, Sigmund – **O mal-estar na cultura**; tradução de Renato Zwick; Porto Alegre, RS: LP&M, 2012.
- HALBWACHS, Maurice – **A memória coletiva**, São Paulo, Vértice, 1990.
- HARMAN, Denham -**Aging: overview**. ANN. N. Y. Acad. Sci, 928, 1-21, 2002.
- HEIDEGGER, Martin – **O ser e o tempo** – Tradução Fausto Castilho, São Paulo, SP, Vozes, 1995.
- HOLMES, David. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.
- HOLMES, Thomas H., RAHE, Richard H. – **The social readjustment rating scale**, Jornal of Psychosomatic Research, volume II, Issue 2, August 1967, pg. 213-218.

Horiguchi, Adriana S. Alzheimer: **Stress e qualidade de vida de cuidadores informais** – Dissertação de Mestrado Campinas, SP, PUCCAMP, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Dados sobre População do Brasil**, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Dados sobre População do Brasil**, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), 2011. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/default.shtm>.

KARSCH, Ursula M. **Idosos dependentes: famílias e cuidadores**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): p.861-866, 2003.

KARSCH, Ursula M. (org.) **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores** - São Paulo: Educ, 1998.

KRAMER, Betty J. e LAMBERT, Joshua D. (1999) **Caregiving as a life course transition among older husbands: a prospective study**. The Gerontologist, 39 (6), PP.658-667.

LAZARUS, Richard. S. - “**Why We Should Think of Stress as a Sugset of Emotion**”, in Goldberg and S. Bredmitz (Eds), *Handbook of Stress, Theoritical and Clinical Aspects* (pp. 21-39). New York: FreePres, 1993.

LAWAL, Natássia D.E.O. - **O Estresse Em Cuidadores Familiares De Idosos Com Doença De Alzheimer**, www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/viewfile, 2006.

LIPP, Marilda. E. N. **Inventário de Sintomas de Stress (ISSL)**. Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, Marilda. E. N. Organizadora – **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress**- 3 edição, Casa do Psicólogo, São Paulo, SP, 2010.

LIPP, Marilda. E. N. (Org.) – **Pesquisas sobre estresse no Brasil** – Campinas, SP; Papyrus, 1996.

MALAGRIS, L. E. N. - **Influência da diátese personológica**. In M. E. N. Lipp (Ed.), **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas**- São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2003.

LAWTON, M. P.; MOSS, M.; HOFFMAN, C.; PERKINSON, M.; **Two trnsitions in daughters caregiving carees**, The Gerontology: Psychological Sciences, 2000, 40 (4), p.p. 437-448.

MANNONI, M. **A Criança, sua “doença” e os outros**, São Paulo, Via Lettera, 1996.

MARGIS, R., PICON, P., COSNER, A.F., & SILVEIRA, R.O. - **Relação entre estressores, estresse e ansiedade**. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(Supl. 1), 65-74, 2003.

MARQUES, V.; ABREU, J. A .A. - **Estresse ocupacional, conceitos fundamentais para o seu gerenciamento**. *Psico*, v. 39, p. 275-281, 2008. LIPP, M. Stress: conceitos básicos. In: LIPP, Marilda. (Org.) **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**, 2003.

MCEWEN, Bruce. S.; LASLEY, Elizabeth N. **O Fim do estresse como conhecemos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.

MERCADANTE, Elisabeth. F. - **A Construção da Identidade e da Subjetividade do Idoso**. Tese de Doutorado. PUC/SP. Mimeo, 1997.

MERCADANTE, Elisabeth F. – **Velhice: uma questão complexa** in: CORTE, Beltrina., MERCADANTE, Elisabeth. F., ARCURI, Irene. G. (Organizadoras) – **Velhice Envelhecimento Complex (idade)**, São Paulo, Vetor, 2005.

- MERHY, Emerson E. – **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** In. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo, Xamã, 1998. P. 103-120.
- MESSY, Jack – **A pessoa não existe – Uma abordagem psicanalítica da velhice,** São Paulo, Aleph, 1992/1999.
- MORIN, Edgar. **O método 6: ética.** Porto Alegre: Sulina, 2005.
- NACARATO, Andreia E.C.B. - **Stress no Idoso: Defeitos Diferenciais da Ocupação Profissional** – Dissertação de Mestrado não publicada, Campinas, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 1995.
- NERI, Anita. L. (org.) – **Cuidar de Idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais,** Campinas, SP, Alínea, 2002.
- NERI, Anita. L. (org.) – **Maturidade e Velhice: Trajetórias Individuais e Socioculturais,** Campinas, Papirus, 2001.
- NERI, Anita. L. – **Palavras-chave em Gerontologia,** Campinas, SP, Alínea, 2001.
- Nery, Maria P. **Vínculo e afetividade.** São Paulo, SP, Ágora, 2003.
- OIT, Organização internacional do trabalho – **Relatório- Trabalho e família: rumo a novas formas de conciliação com corresponsabilidade social,** 2009.
http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/gender/pub/desafio_trabalho_familia_a_260.pdf
- OMS. **Les réseaux intervilles pour la santé.** Geneve, (Discussion Techniques, 5.) o Regional Office for Europe, Twenty steps for developing a healthy cities project, 1992.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) - **Manual básico de assistência à saúde do idoso** na CGABEG (Casa Gerontológica da Aeronáutica – Brig. Eduardo Gomes), 2004.

Pamerlee, Pamelee A.; Katz, Irvin R.; Lawton, M. Powell (1989). **Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation.** Journal of Gerontology, v. 44, p. 22-29.

PERRACINI, Mônica R. e NERI, Anita L. – **Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência**, in: NERI, Anita. L. (org.) – **Cuidar de Idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**, Campinas, SP, Alínea, 2002.

PETER-DAVIS, Nancy – **Children-in-law in caregiving families**, The Gerontologist, 39(1), p.p 66-75.

RYLE, John A. **The meaning of normal.** In: **Concepts of medicina, a collection of essays on aspects of medicina**, Oxford-Londres-Nova Iorque-Paris, Pergamon Press, 1961.

ROUDINESCO, Elizabeth – **A Família em Desordem**, Rio de Janeiro, Zahar, 2003.

ROSSI, Ana. M – **Pega Leva !** – Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios, 1996.

SALGADO, Marcelo. A. **Velhice, uma nova questão social.** São Paulo: Sesc, 1980. In: Gerontologia social: **documento Mineo gráficos pelo centro brasileiro de cooperação intercâmbio de serviços sociais.** Rio de Janeiro: CBCISS, 1997.

SARTI, Cynthia A. **A Família como ordem simbólica**, São Paulo, USP, 2004.

SOMMERHALDER, Cinara – **As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador** in: NERI, Anita. L. (org.) – **Cuidar de Idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**, Campinas, SP, Alínea, 2002.

SELYE, Hans. – **Stress a tensão da vida**, São Paulo, Ibrasa, 1936/1959.

SOUZA, Heloiza M. – **Programa Saúde da Família – Entrevista**, Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, V. 53, n. especial, dez. 2000, 7 p.

YUASO, Denise R. (2002) **Cuidar de Cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio**. In A. L. NERI (org.) **Cuidar de Idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**, Campinas, Alínea, 2002.

YIN, Robert. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos** – Trad. Daniel Grassi, Bookman Companhia, Porto Alegre, RS, 2001.

ANEXOS

ANEXO – A1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Charles Catri Pinheiro, Psicólogo, convido o Sr (a) a participar de um estudo para investigar a relação e o perfil dos familiares idosos que exercem a função de cuidadores de outros idosos. O foco da discussão gira em torno dos efeitos estressantes – positivos e/ou negativos - produzidos na relação de cuidado. Pretende-se investigar também quais seriam os apoios sociais mais importantes para que ela se mantenha e possa produzir resultados satisfatórios para ambos, o ser cuidado e o cuidador. A coleta de dados será feita através da realização de uma entrevista previamente agendada (com datas e horários que lhe forem mais convenientes). A entrevista será gravada, mas os dados que o identificam serão mantidos sob sigilo.

Utilizarei, ainda, duas escalas para identificação de estresse (Escala de Reajustamento Social e o Inventário de Sintomas de Stress), que me auxiliarão na reflexão que pretendo encaminhar.

O Sr (a) terá acesso, a qualquer momento aos dados obtidos nesse estudo, para que possa consultá-los e, se decidir, até desistir de sua participação.

Eu, Charles Catri Pinheiro, pesquisador responsável pelo estudo, garanto ao Sr (a), o direito a qualquer pergunta ou esclarecimento mais específicos.

Eu,

Portador (a) do RG....., fui informado (a) dos objetivos acima de maneira clara e detalhada. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e sei que novos esclarecimentos poderão ser feitos. Além disso, novas informações obtidas durante o estudo serão fornecidas a minha pessoa e terei liberdade de retirar o meu consentimento da participação da pesquisa.

Declaro que recebi cópia do presente consentimento.

O pesquisador certificou-me que as informações por mim fornecidas são confidenciais.

São Paulo, de de 20 .

Assinatura do Participante da pesquisa.....

Assinatura do Pesquisador responsável.....

ANEXO – A2

Termo de Consentimento Livre Esclarecido à Instituição

1. Dados de Identificação da Instituição participante do Trabalho

Nome: Prevent Senior Private Operadora de Saúde Ltda.

Endereço: Av. José Maria Whitaker 230 – Planalto Paulista

Cidade: São Paulo

Estado: São Paulo

II – Dados sobre o Trabalho / Profissional

Título do Projeto: Idosos cuidadores de idosos: Estresse e suas Implicações

Profissional: Charles Catri Pinheiro

Registro no Conselho Regional de Psicologia: 06/64667

Endereço: Av. Deputado Castro de Carvalho 135 – apto 144

Bairro: Centro

Cidade: Poá / SP

Telefone: (11) 99540 6636

III – Termo

Este projeto estará sendo realizado por: Charles Catri Pinheiro, Psicólogo CRP: 06/64667. O objetivo deste trabalho é investigar a relação entre estresse e o cuidado de idosos, quando o cuidador é, também, um outro idoso. Pretende-se explorar a importância das redes de apoio sociais, tanto para o cuidador, quanto para o ser cuidado. A coleta de dados será feita através da realização de uma entrevista previamente agendada, que será gravada e transcrita. Esclareço que os dados que identificam os sujeitos da pesquisa serão mantidos sob sigilo.

Utilizarei, ainda, duas escalas para identificação de estresse (Escala de Reajustamento Social e o Inventário de Sintomas de Stress), que me auxiliarão na reflexão que pretendo encaminhar.

Todas as informações obtidas estarão à disposição da Instituição caso queira comparar com outros trabalhos, estarei sempre à disposição para prestar algum tipo de informação sobre a pesquisa.

ANEXO B

Formulário de Identificação dos Participantes

Nome:.....

Sexo:.....

Idade:

Grau de instrução:

Estado Civil:

Possui filhos?

Com quem mora?

Exerce uma Profissão?

Quantos anos tem o familiar ao qual você dispensa cuidados?.....

Possui alguma atividade remunerada extra?

.....

.....

Você tem dificuldades financeiras?

.....

.....

ANEXO C

Entrevista Semi Aberta

- Desde quando e por que o(a) Sr(a) se tornou cuidador(a) do Sr(a) ... ?
.....
.....
.....
- Como tem sido a sua experiência como cuidador? Tente me dizer sobre aspectos positivos e/ou negativos.
.....
.....
.....
- Há algum tipo de apoio que o(a) Sr(a) considera essencial para pessoas que, como você, são cuidadores de idosos?
.....
.....
.....
.....
- O(a) Sr(a) considera que o fato de ser idoso(a) favorece ou dificulta o cuidado de um outro idoso? Por que?
.....
.....
.....
.....

- Como o(a) Sr(a) cuida de si?

.....

.....

.....

- Como são as suas relações sociais? O(a) Sr(a)vê familiares e/ou amigos com frequência? Se sim, ou se não, considera importante fazê-lo? Por que?

.....

.....

ANEXO D

Escala de Reajustamento Social de Holmes e Rahe

Assinale os eventos que ocorreram no último ano.

1- Morte do cônjuge	100
2- Divórcio	73
3- Separação do casal	65
4- Prisão	63
5- Morte de alguém da família	63
6- Acidentes ou doenças	53
7- Casamento	50
8- Perda de emprego	47
9- Reconciliação com o cônjuge	45
10- Aposentadoria	45
11- Doença de alguém da família	43
12- Gravidez	40
13- Dificuldades sexuais	39
14- Nascimento de criança na família	39
15- Mudança no trabalho	39
16- Mudança na condição financeira	38
17- Morte de um amigo íntimo	37
18- Mudança na linha de trabalho	36
19- Mudança na frequência de brigas com o cônjuge	35
20- Compra de casa de valor alto	31

21- Término de pagamento de empréstimo	30
22- Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23- Saída de filho (a) de casa	29
24- Dificuldade com a polícia	29
25- Reconhecimento de feito profissional de realce	28
26- Cônjuge começou ou parou de trabalhar	26
27- Começo ou abandono de estudos	26
28- Acréscimo ou diminuição de pessoas morando na casa	25
29- Mudança de hábitos pessoais	24
30- Dificuldade com o chefe	23
31- Mudança de horário de trabalho	20
32- Mudança de residência	20
33- Mudança de escola	19
34- Mudança de atividades recreativas	19
35- Mudança de atividades religiosas	18
36- Mudanças de atividades sociais	17
37- Compra a crédito de valor médio	16
38- Mudança nos hábitos de dormir	15
39- Mudança na frequência de reuniões familiares	15
40- Mudança nos hábitos de alimentação	13
41- Férias	12
42- Natal	12
43- Recebimento de multas ao cometer pequenas infrações	11