

Idosos cuidando de idosos: a espiritualidade como alívio das tensões

Elderly caring for the elderly: spirituality as tensions relief

Ancianos que cuidan a los ancianos: la espiritualidad como alivio de las tensiones

Monalisa Claudia Maria da Silva¹, Alexander Moreira-Almeida¹, Edna Aparecida Barbosa de Castro¹

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora-MG, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva MCM, Moreira-Almeida A, Castro EAB. Elderly caring for the elderly: spirituality as tensions relief. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(5):2461-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0370>

Submissão: 15-05-2017

Aprovação: 01-02-2018

RESUMO

Objetivo: Investigar as formas de enfrentamento utilizadas para alívio de tensões por cuidadores idosos de familiares idosos e conhecer o tipo de apoio que recebem do serviço de Atenção Primária à Saúde no domicílio. **Método:** Estudo qualitativo, com aporte teórico-metodológico da *Grounded Theory*, realizado com 10 cuidadores idosos entrevistados, entre agosto de 2014 e janeiro de 2015.

Resultados: Os participantes utilizam-se prioritariamente do *coping* religioso para enfrentar situações adversas que surjam em suas vidas; atribuem ao sagrado a força para continuar a envelhecer e cuidar de outro idoso no domicílio. A religiosidade foi a principal estratégia de enfrentamento utilizada pelos participantes, porém, pouco reconhecida pelo serviço de saúde. **Considerações finais:** Recomenda-se que o serviço de Atenção Primária à Saúde proporcione maior apoio a esses cuidadores e que esteja atento à dimensão espiritual como elemento auxiliar no processo de assistência integral e inclusiva à saúde desses cuidadores idosos.

Descritores: Envelhecimento; Cuidadores; Idoso; Espiritualidade; Assistência Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To investigate the forms of coping used to relieve tensions by elderly caregivers of elderly relatives and to know the type of support they receive from the Primary Health Care service at home. **Method:** A qualitative study with a theoretical-methodological contribution of Grounded Theory, carried out with 10 elderly caregivers interviewed between August 2014 and January 2015. **Results:** Participants use primarily religious coping to deal with adverse situations that arise in their lives; they attribute to the sacred the strength to continue to age and care for another elderly person at home. Religiousness was the main coping strategy used by the participants, but little recognized by the health service. **Final considerations:** It is recommended that the Primary Health Care service provide greater support to these caregivers and be attentive to the spiritual dimension as an auxiliary element in the process of comprehensive and inclusive health care of these elderly caregivers.

Descriptors: Aging; Caregivers; Elderly; Spirituality; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Investigar las formas de enfrentamiento utilizadas para alivio de tensiones por cuidadores ancianos de familiares ancianos y conocer el tipo de apoyo que reciben del servicio de Atención Primaria a la Salud en el domicilio. **Método:** Estudio cualitativo, con aporte teórico-metodológico de la *Grounded Theory*, realizado con 10 cuidadores ancianos entrevistados, entre agosto de 2014 y enero de 2015. **Resultados:** Los participantes se utilizan prioritariamente del *coping* religioso para enfrentar situaciones adversas que surgen en sus vidas; atribuyen al sagrado la fuerza para continuar envejeciendo y cuidar de otro anciano en el domicilio. La religiosidad fue la principal estrategia de enfrentamiento utilizada por los participantes, pero poco reconocida por el servicio de salud. **Consideraciones finales:** Se recomienda que el servicio de Atención Primaria a la Salud proporcione mayor apoyo a esos cuidadores y que esté atento a la dimensión espiritual como elemento auxiliar en el proceso de asistencia integral e inclusiva a la salud de esos cuidadores ancianos.

Descriptores: Envejecimiento; Cuidadores; Ancianos; Espiritualidad; Asistencia Primaria a la Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE

Monalisa Claudia Maria da Silva

E-mail: monalisacms13@gmail.com

INTRODUÇÃO

A última metade do século XX assistiu a uma transição demográfica mundial, compreendida como revolução da longevidade⁽¹⁾. Embora o momento e o ritmo de transição sejam diferentes entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, o arcabouço de mudança é tipicamente semelhante⁽²⁾. O processo de envelhecimento tem evoluído rapidamente nos países em desenvolvimento que têm experimentado um rápido processo de transição epidemiológica⁽³⁾. No Brasil, as projeções populacionais tendem à redução de jovens e à progressão do envelhecimento na população nas próximas décadas⁽⁴⁾.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a proposta de reorganização da assistência à saúde, com ênfase na prática do cuidado integral continuado à saúde do idoso, por estar próxima à comunidade e permitir uma atuação em sintonia com a realidade experimentada pelo idoso no contexto familiar⁽⁵⁾. A rede de atenção à saúde não tem contemplado as necessidades dos idosos e seus cuidadores. A visita domiciliar (VD) voltada para este público, por exemplo, nem sempre é realizada satisfatoriamente devido à equipe multiprofissional incompleta e sem especialização, além de déficits de infraestrutura da UBS⁽⁶⁾.

Decorrente do processo de envelhecimento dá-se a probabilidade de desenvolver doenças e/ou invalidez crônica. Há idosos que, além de estarem sujeitos a essa realidade, assumem, de modo informal, os cuidados de outro familiar idoso no domicílio. Ao tornar-se cuidador, convive com uma ameaça ao seu autocuidado, bem-estar, sobrecarga física, emocional e isolamento social⁽⁷⁾. O papel do cuidador vem sendo bastante explorado pelas pesquisas na área da gerontologia e da Saúde Coletiva, todavia, existe uma dificuldade no reconhecimento e uma maneira de apoiar as necessidades advindas das atividades exercidas pelos cuidadores, principalmente a partir de sua perspectiva⁽⁸⁻⁹⁾.

As necessidades do cuidador idoso de um familiar idoso, especialmente os dependentes, traduzem-se em cargas elevadas de atividades e estresse que refletem em sua saúde física, psíquica e emocional, trazendo implicações para ambos⁽¹⁰⁾. Estudo que avaliou fatores associados ao estresse percebido por cuidadores idosos revelou valores significativamente elevados em relação à dor e dificuldade para dormir auto-relatadas e autoavaliação ruim em relação à saúde⁽¹¹⁾.

Existe uma considerável literatura acerca dos cuidadores em geral⁽¹²⁾, porém, existe uma lacuna quanto aos estudos sobre o cuidador familiar idoso. Não se identificam ações sistemáticas com avaliação e cuidados à saúde daqueles que assistem o doente, como "o cuidador" familiar⁽¹³⁾. Com isso, o trabalho que exercem é de baixa visibilidade e o apoio necessário para exercer tal função é escasso. Entende-se que, para a oferta de uma assistência que inclua o cuidador e seu familiar, é necessário que os profissionais conheçam o contexto da vida, cultura e sistema de crenças no qual eles estão inseridos⁽¹⁴⁾.

Ainda que o processo de redemocratização dos direitos da pessoa idosa tenha avançado com a Constituição Federal de 1988, constata-se maior vulnerabilidade da pessoa idosa conforme a progressão da idade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define bases para um envelhecimento saudável, pautado na inclusão social do idoso, destacando a equidade e a integralidade no acesso aos cuidados de saúde, e o

desenvolvimento continuado de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças⁽¹⁵⁾.

Nesse sentido, torna-se relevante conhecer o dia a dia do cuidador idoso de pessoas idosas e as estratégias de enfrentamento para alívio de tensões dessa significativa parcela da população que possui pouca visibilidade, mas que tem papel importante na saúde pública: cuidar de idosos no domicílio, sendo idoso. Com o intuito de auxiliar a preencher esta lacuna, é fundamental que sejam desenvolvidos estudos nesta área para que se possa ouvir a voz desses idosos cuidadores de idosos: o que pensam, quais são seus desafios, recursos e necessidades.

OBJETIVO

Investigar as formas de enfrentamento para alívio de tensões utilizadas por cuidadores idosos de familiares idosos e conhecer o tipo de apoio que recebem do serviço de Atenção Primária à saúde no domicílio.

MÉTODO

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

Tipo de estudo e referencial teórico-metodológico

Pesquisa de natureza qualitativa, realizada com o aporte da *Grounded Theory*, que no Brasil obteve a tradução de Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Nesta pesquisa, adotou-se a orientação de Anselm Straus e Juliet Corbin, para quem a coleta de dados pelo próprio pesquisador em cenário de ocorrência; a análise e a eventual teoria mantem uma relação próxima entre si, permitindo, mediante procedimentos de codificação, construir em vez de testar uma teoria⁽¹⁶⁾.

Optou-se por este método, pois ele permite a teorização substantiva sobre o fenômeno do cuidado domiciliar ao idoso por um familiar também idoso, com o mérito de contribuir para os profissionais que precisam de conhecimentos para lidar com esta situação problemática e emergente no atual contexto de cuidado à saúde dos idosos. Nesta abordagem, o objetivo primário é a descoberta das variáveis e não o seu controle tendo uma de suas características a fundamentação dos conceitos em dados. Busca-se equilibrar ciência e criatividade dos pesquisadores, a qual é essencial, "para nomear categorias, fazer perguntas estimulantes, fazer comparações e extrair um esquema inovador, integrado e realista, das massas de dados brutos desorganizados, podendo gerar pressupostos ou hipóteses"⁽¹⁶⁾.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo e participantes

A pesquisa foi realizada na Zona Norte de um município de Minas Gerais, cuja população estimada para o ano de 2014 foi de 550.710⁽¹⁷⁾, sendo que 13,7% apresentavam idade igual ou superior a 60 anos⁽¹⁸⁾. A Zona Norte possuía, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽¹⁹⁾, 85.615 habitantes distribuídos em uma extensa área urbana, localizando-se distante do centro da cidade, onde se encontram as principais instituições de cuidados e de atenção à saúde da pessoa idosa.

Participaram do estudo dez idosos cuidadores de outra pessoa idosa da família, residentes na área de abrangência da Unidade Básica (UBS).

Os critérios de inclusão foram: ter idade \geq 60 anos; ser o responsável principal pelos cuidados de um familiar idoso no domicílio; morar com ele e residir em área de abrangência de UBS da Zona Norte do município estudado. Nenhum depoimento foi excluído, pois o conteúdo de todos foi suficiente para atender aos objetivos da pesquisa.

O grupo amostral constituiu-se por conveniência, mediante indicação do enfermeiro, agente comunitário de saúde (ACS) da ESF ou de comerciantes dos bairros pesquisados, por solicitação da pesquisadora em visita aos referidos bairros. O tamanho e a composição final da amostra foram determinados pela saturação dos códigos durante o processo de análise de dados⁽¹⁶⁾.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2014 e janeiro de 2015, por meio de entrevista semiestruturada, durante a VD, previamente agendadas a partir do contato com o informante do bairro/UBS.

Para nortear a entrevista, foram utilizadas questões sobre como é envelhecer e se tornar cuidador, qual o apoio institucionalizado recebido ao cuidar do outro e como buscar alívio para as tensões cotidianas.

Cada depoimento levou em média 55 minutos, gravado com gravador digital, transcrito e analisado antes da entrevista seguinte. Durante a entrevista não havia outras pessoas na sala (reservada), a não ser o informante e a pesquisadora, com intuito de deixá-los livre para se expressarem.

Todos os cuidadores contatados aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para assegurar o anonimato, os informantes foram identificados com nomes bíblicos.

Análise dos dados

Para a edição textual dos dados empíricos, utilizou-se um *software*, o programa OpenLogos®, versão 1.0.2. A análise dos dados ocorreu concomitante com a coleta dos dados e em três fases distintas que se complementam na integração dos dados: codificação aberta, axial e seletiva. Na codificação aberta, os dados foram analisados linha por linha e comparados por similaridades e diferenças, gerando uma codificação dos dados. Na codificação axial, para cada código da fase anterior era desenvolvido um conceito relacionado, de forma a identificá-lo transversalmente aos dados coletados, estabelecendo-se uma analogia preliminar entre categorias e subcategorias. Na codificação seletiva, ocorre a integração e refinamento das categorias para que os resultados da pesquisa possibilitem chegar a categoria central do estudo e por meio da consistência dos dados, validar a teoria⁽¹⁶⁾.

A partir das categorias identificadas e das relações teóricas estabelecidas entre si, permitiu-se o desenvolvimento de um processo analítico e explicativo das ações e das interações que compuseram o processo de cuidar de um idoso por um cuidador familiar idoso, o que foi representado pelas categorias: “Cuidador idoso que cuida diariamente de um idoso no domicílio e a equipe de saúde” e “A dimensão espiritual influenciando a vida e o processo de cuidar do cuidador familiar idoso”.

RESULTADOS

A idade dos cuidadores familiares pesquisados variou entre 60 e 90 anos. Três cuidadores não viviam com o companheiro; oito eram mulheres, distribuídas nas condições de esposas e filhas; dois eram responsáveis pelo cuidado de outro familiar dependente, além do idoso. A renda dos mesmos tem por fonte a aposentadoria ou pensão, e duas cuidadoras não possuem nenhum tipo de renda pessoal, ficando dependentes de filhos ou do familiar de quem cuidam. Ressalta-se que todos os cuidadores apresentavam pelo menos uma doença crônica não transmissível (Quadro 1).

Quadro 1 – Apresentação dos cuidadores

Nome	Idade	Gên.*	Relação conjugal**	Grau de Parentesco do ser-cuidado	Núcleo Familiar	Filiação religiosa
Adameire	90	F	C	Marido (93) e filha (67)	Esposo e duas filhas	Espírita não-praticante
Isabel	60	F	V	Mãe (97)	Mãe	Católica não-praticante
Dina	61	F	D	Mãe (86)	Mãe	Católica não-praticante
Lia	60	F	D	mãe (94) e irmão (57)	Mãe, irmão e filha	Católica não-praticante
Joshua	70	F	C	Pai (93)	Esposo e pai	Católica
Gedeão	61	M	C	Esposa (74)	Esposa	Evangélico
Talita	79	F	C	Esposo (81)	Esposa e filha	Católica
Ruth	66	F	C	Esposo (86)	Esposo e enteado	Evangélica
Samuel	79	M	C	Esposa (74)	Esposa	Católico
Eunice	73	F	C	Esposa	Esposo	Evangélica não praticante

Nota - Gênero* - F = Feminino / M = Masculino; **Estado civil - D = Divorciado / C = Casado / V = Viúva.

Categoria 1: O cuidador idoso que cuida diariamente de um idoso no domicílio e a equipe de saúde

Segundo os participantes, a assistência ofertada não lhes tem suprido as necessidades de cuidados e, em alguns casos, eles não têm uma ESF como referência. Assim, sem o devido suporte, o cuidado fica a cargo exclusivo do cuidador idoso e com ações esporádicas da equipe de saúde. Os cuidadores, quando indagados sobre por quem são atendidos, não citaram a ESF como referência. Entretanto, relataram que recebem visitas do ACS:

Vai fazer dois anos e meio que estamos morando aqui, a não ser a ACS, nunca veio ninguém, nem médico, nem enfermeiro. [...] depois que mudei pra cá, nunca fizeram acompanhamento, nem para ela e nem para mim, que tinha que fazer, não fazem não. (Gedeão)

Nesta pesquisa, identificou-se a importância da prática da escuta ativa junto ao idoso. Os participantes informaram sentirem-se “valorizados e aliviados”, mediante escuta qualificada. Quando essa prática ocorreu, durante as entrevistas com a pesquisadora, todos os cuidadores expuseram isso por meio das falas, como nos exemplos a seguir:

Gostaria muito de agradecer por ter vindo, por me escutar, nossa! Nunca ninguém parou para me ouvir, [...], se quiser voltar, vai ser sempre muito bem-vinda. (Dina)

É a primeira vez que alguém me escuta. E como faz bem. Graças a Deus, quando a gente conversa com uma pessoa, a gente se renova [...] sempre é bom conversar, pessoas que escutam a gente, ajuda a resolver os problemas. (Gedeão)

De acordo com os relatos obtidos, o cuidador idoso, em processo de envelhecimento, acometido de doenças crônicas e tendo o papel de cuidar integralmente, por vezes sozinhas no domicílio, acaba sendo privado de atividades fora do domicílio, devido à dificuldade de deslocamento e à falta de um acompanhante para substituí-lo no cuidado prestado ao familiar idoso, o que restringe o seu espaço e sua rede social:

Deus me dá força, porque vivo numa cadeia sem muro [...]. Ele, apesar de estar assim, não fica parado, e não posso deixar ele sozinho [...] não consigo ir ao médico, pois é muito difícil de marcar, então acabo comprando o remédio por conta mesmo. (Ruth)

Categoria 2: A dimensão espiritual influenciando a vida e o processo de cuidar do cuidador familiar idoso

Os relatos do presente estudo demonstraram que os idosos praticam frequentemente a religiosidade intrínseca, que fornece mecanismos de adaptação e força para enfrentamento em tempos de crise:

Eu não tomo uma gota d'água de manhã, enquanto eu não agradeço a Deus, agradeço pela minha vida, a vida dos meus filhos, do meu marido. [...] acredito que Deus é que dá força, todo mundo, tudo que a gente passa é pela vontade dele, se deixar de compreender ou desejar a presença dele junto de nós, a gente não tem vida, a nossa vida é a luz divina é a força de Deus. (Adameire)

A minha força vem de Deus, o dia que não faço minhas orações, está me faltando alguma coisa, é a fé que tenho em Deus, independente de família e de tudo, o que move é a fé que tenho em Deus. Está sempre em minha vida, sempre a critério dele. (Samuel)

Segundo os participantes, as fragilidades advindas do processo de envelhecimento, identificadas no dia a dia, podem ser aliviadas quando se acredita em Deus. A oração foi a principal prática religiosa que surgiu a partir das experiências de todos eles:

Uma oração ajuda muito, porque a gente fica mais perto, ali conversando com Deus, né? E a gente faz as preces da gente. (Joshua)

Só Deus mesmo, tem que ter muita fé, pedir muito a ele proteção. É o que eu faço todo dia de manhã. (Lia)

Por outro lado, além da oração, todos os participantes relataram a importância da prática religiosa frequente em cultos e outros compromissos religiosos, como suporte no enfrentamento dos infortúnios que surgem durante a vida:

Vou à igreja todos os domingos, quando não vou no sábado, vou no domingo. (Isabel)

Eu vejo a Missa do Padre Marcelo na televisão e vou na igreja toda semana, porque a Missa do Padre Marcelo só vale para quem não tem condições de ir na Igreja. (Samuel)

Quando experimentaram recuperação na saúde, considerada impossível, um dos participantes creditou o acontecimento à oração e à fé:

Bom, comecei a cuidar dele quando ele teve AVC, [...] ficou internado por muitos meses e foi praticamente desenganado. O médico, quando viu ele andar de novo, disse que era um milagre, mas a oração tem poder [...], e, graças a Deus, cuido até hoje. (Ruth)

A partir dos dados anteriormente descritos, percebe-se que os participantes buscam auxílio em uma força transcendente para perseverar em seu caminho, envelhecendo e cuidando de pessoas também idosas, no domicílio. Em suas falas, notou-se a presença do *coping* religioso espiritual no enfrentamento das adversidades da vida. O Quadro 2 mostra as estratégias de *coping* positivo utilizadas pelos cuidadores participantes deste estudo, no seu dia a dia. Os tipos de estratégias de *coping* basearam-se na Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE)⁽²⁰⁻²¹⁾.

Quadro 2 – Estratégias de *coping* comumente utilizadas pelos cuidadores participantes do estudo

Fatores	Estratégia utilizada	Participantes que utilizam
Ações em busca de auxílio espiritual	Assistir a cultos ou sessões religiosas/ espirituais	Adameire, Isabel, Dina, Lia, Joshua, Gedeão, Talita, Ruth
Ajudar ao outro	Orar/rezar pelo bem-estar de outros	Todos
Posição positiva frente a Deus	Procurar o amor e a proteção de Deus	Todos
	Acreditar que Deus está sempre junto a eles	Todos
	Procurar em Deus força, apoio e orientação	Todos

Continua

Quadro 2 (cont.)

Fatores	Estratégia utilizada	Participantes que utilizam
Posição positiva frente a Deus	Rogar a Deus para que tudo fique bem	Todos
	Sentir que Deus está agindo em favor dele	Todos
	Estabelecer uma ligação maior com Deus	Todos
Ações em busca de auxílio institucional	Ouvir e/ou cantar músicas religiosas	Adameire, Isabel, Dina, Lia, Joshua, Gedeão, Talita, Ruth, Eunice
	Realizar atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, oração do terço, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)	Todos
	Participar de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais	Isabel, Joshua, Gedeão,
	Ir a um templo religioso, buscar a casa de Deus	Isabel, Joshua, Gedeão, Ruth, Samuel
	Manter um local de oração em casa	Todos
Busca pessoal de conhecimento espiritual	Procurar auxílio nos livros sagrados (Bíblia e outros) / leitura de livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com as adversidades	Todos
	Assistir aos programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade	Todos

DISCUSSÃO

A falta de apoio por parte dos profissionais da ESF e a ausência de escuta qualificada foram mencionadas pelos participantes, levando-os assumir sozinhos os cuidados do familiar idoso. Nesse sentido, o apoio institucionalizado de uma equipe multiprofissional faz-se relevante.

O cotidiano de idosos que cuidam de um familiar idoso precisa ser reconhecido pelos profissionais que atuam na APS, definida atualmente como porta preferencial do sistema de saúde, pois tem papel essencial na Atenção à Saúde, no suporte a estes cuidadores e aos familiares idosos de quem cuidam. Contudo, o que se apreendeu com a análise dos dados foi um déficit no atendimento às necessidades de saúde do binômio cuidador-idoso e idoso-cuidado, apontado por quem busca atendimento nos serviços da rede, pelas UBS e pela equipe da ESF através de consultas e, principalmente, na VD. A implantação da rede de atenção à saúde do idoso ainda tem se mostrado lenta e fragmentada; as ESFs incompletas com dificuldade em selecionar famílias/idosos que realmente necessitam de cuidado no domicílio⁽⁶⁾.

A literatura científica mostra que a tarefa de cuidar de idosos dependentes, no domicílio, pode gerar efeitos adversos ao cuidador, suscitando impactos negativos e sobrecarga no âmbito físico, emocional, social e financeiro. Surge, assim, a necessidade de se desenvolver programas destinados a prevenir esses efeitos e a trabalhar na busca da qualidade de vida do cuidador. Torna-se relevante pesquisar e implementar as práticas com melhores evidências de custo-efetividade, como: em que situações deve-se fazer a VD, como deve ser feito o treinamento do cuidador e em quais tarefas deve ser treinado^(10,22).

O profissional de saúde poderá avaliar a rede de suporte do idoso e manter o acompanhamento domiciliar para a supervisão do cuidado, além de oferecer suporte apropriado. A importância da

família é assegurada, mas deve-se garantir que esta não assumirá o cuidado sozinha, mas auxiliada pela APS e por uma rede de relações sociais, servindo de apoio em momentos de necessidade e de crise⁽⁷⁾. Destaca-se, desse modo, a importância da escuta terapêutica, do processo dialógico e da adaptação da linguagem durante a assistência aos idosos. A assistência pautada no relacionamento interpessoal com vistas ao cuidado integral do ser humano favorecerá o atendimento das necessidades de saúde dessa população, por meio de atos de fala, escuta, vínculo e negociação⁽⁵⁾.

Para que a ESF desenvolva um processo de construção de novas práticas, faz-se imprescindível que os profissionais envolvidos articulem uma dimensão integrada, interdisciplinar, uma relação de conhecimentos e articulação entre saberes e o cuidado comum a todos para o desenvolvimento do trabalho em equipe⁽⁷⁾.

Os participantes utilizam-se prioritariamente do *coping* religioso espiritual, definido como o uso de crenças e comportamentos religiosos que visam facilitar a resolução de problemas, prevenir ou aliviar as implicações emocionais negativas vivenciadas em uma circunstância emocionalmente crítica⁽²³⁾. Os entrevistados frequentemente referiram que, com o apoio dos familiares, o processo de cuidar do outro torna-se mais leve; porém, sem o atendimento das suas necessidades espirituais, haveria um enfraquecimento, relativo ao seu empoderamento. Relatam descobrir em Deus a força para o enfrentamento da vida e o cuidar do outro, assim como para a própria consciência do envelhecer. Foi unânime entre os participantes do estudo a importância da religiosidade e espiritualidade em suas vidas.

A interface entre espiritualidade e saúde é uma área de pesquisa relativamente nova, porém, em franco desenvolvimento. Pesquisas sobre a R/E (Religiosidade/Espiritualidade) evidenciam grande influência dessa dimensão na saúde física e mental dos indivíduos⁽²⁴⁾. Embora o impacto da R/E seja frequentemente positivo sobre a saúde e a capacidade de enfrentamento de adversidades, também pode ser negativo, caso esteja associado aos indicadores de pior saúde⁽²⁵⁾.

A espiritualidade tem como significado, a busca pelo sentido da vida⁽²⁶⁾, e sempre foi um cenário contraditório à racionalidade científica. Com o reconhecimento pela OMS sobre a importância da espiritualidade para a qualidade de vida, passou a ser considerada um domínio importante de avaliação e promoção de saúde em todas as fases e idades. E na fase de envelhecimento, a espiritualidade advém da habilidade de suportar percalços, dificuldades e perdas intrínsecas a esta fase, onde há uma diversidade da vivência espiritual, tendo em comum o reconhecimento de sua relevância para se envelhecer com qualidade de vida⁽²⁷⁾.

Em um estudo para investigar a experiência espiritual-familiar e sua influência na saúde entre casais idosos, os participantes relataram que a espiritualidade familiar melhora a comunicação e fortalece as relações familiares, corrobora para a saúde da família, melhora o bem-estar emocional, o desenvolvimento de novos comportamentos saudáveis, além de proporcionar experiências de cura⁽²⁸⁾.

Há evidências^(26,29), de que a R/E são fatores usualmente integrados positivamente ao bem-estar psicológico, satisfação em viver, felicidade, melhora da saúde física e mental, além de estar correlacionada à diminuição da morbidade e mortalidade. Nas últimas décadas, revisões de literatura têm sido publicadas sobre a relação entre a R/E e processos fisiológicos, incluindo a diminuição de cortisol⁽³⁰⁾ e aumento de fatores imunológicos⁽³¹⁾. Esses achados também já foram replicados em idosos brasileiros⁽³²⁻³³⁾. Em consonância com o resultado do presente estudo, no qual os participantes acreditam que buscar a ajuda de Deus poderá auxiliá-los para lidar melhor com as dificuldades e tensões, foi identificado que a oração pode afetar a sua vida ao longo dos anos⁽³⁴⁾. Em outro estudo, os cuidadores referiram que uma forma de cuidado é a fé, quando 98% deles alegaram possuir uma crença religiosa. Para eles, a fé é um modo de cuidar de si que promove forças e esperança para prosseguirem no cuidado do familiar idoso dependente, além das demais tarefas diárias⁽³⁵⁾.

Em uma revisão de literatura, foram examinados os efeitos da R/E sobre a saúde, tais como o funcionamento cognitivo, estratégias de sobrevivência e qualidade de vida em pessoas idosas com demência. Os resultados destacam possíveis benefícios da R/E para a saúde, a partir de diferentes aspectos, entre eles, o uso da espiritualidade ou da fé na vida cotidiana, permitindo que as pessoas desenvolvam estratégias de enfrentamento e aceitação de sua doença, mantenham seus relacionamentos, a esperança e encontrem significado em suas vidas, melhorando, assim, sua qualidade de vida⁽³⁶⁾.

O profissional de saúde, ao ressignificar sua prática, segundo o ideário de cuidado proposto para a ESF, pode acessar a dimensão espiritual como suporte às diferentes terapêuticas, fortalecendo a perspectiva do cuidado integral, com qualidade e resolubilidade. Quando o profissional se volta para os valores, crenças e espiritualidade da pessoa cuidada, por meio do acolhimento com escuta qualificada, viabiliza a compreensão, a esperança, o alívio da dor e do sofrimento do usuário.

Para que o profissional de saúde possa acessar a dimensão espiritual do usuário, é fundamental ter um elo de confiança, além de identificar o momento certo para abordar o assunto, devendo se fazer uso do bom senso. Essa abordagem poderá acontecer durante a anamnese, de forma bastante natural e, apesar de não existir “uma receita” para a abordagem espiritual, considera-se uma ótima

oportunidade o momento quando o próprio paciente traz a questão à tona, demonstrando a importância que ela exerce em sua vida⁽³⁷⁾.

Contudo, muitos profissionais de saúde ainda encontram dificuldades para tratar do assunto acerca da R/E de seus pacientes⁽³⁸⁾. Por isso, várias publicações têm abordado sobre como integrar de modo ético, responsável, com base em evidências científicas, a R/E no cuidado clínico^(36,39). Com intuito de facilitar a abordagem da espiritualidade para profissionais de saúde, foram desenvolvidos instrumentos para obtenção da história espiritual do paciente. Quando a falta de tempo é um problema, é importante ressaltar que alguns instrumentos podem ser aplicados em poucos minutos, como é o caso do Questionário FICA^(36,40). Caso o idoso relate não ser religioso, o profissional de saúde deverá direcionar suas perguntas para questões sobre o que promove um significado e propósito à sua vida e como ele entende sua doença e os problemas que vem enfrentando, a fim de investigar quais crenças podem impactar o seu tratamento e prognóstico⁽³⁷⁾.

Limitações do estudo

Destaca-se o fato de ser uma amostra de conveniência, e tal limitação se deveu ao fato de não haver um registro do total de cuidadores familiares idosos existentes nas áreas de ESF. Assim, o estudo se baseou nas indicações, o que pode levar a viés, principalmente devido ao fato de que não houve nenhum participante que apresentou formas de *coping* negativo ou descuido ao familiar. O estudo foi feito entre cuidadores familiares de idosos de baixa renda em uma cidade média do Sudeste brasileiro. É preciso ter cuidado na extrapolação destes achados para outros contextos.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde e políticas públicas

Os resultados deste estudo trazem como contribuições para a prática profissional evidências que despertam o profissional para integrar a dimensão espiritual à prática clínica, tendo em vista a importância desta prática durante o processo de envelhecimento. Para a formação, o estudo reforça a relevância de que o tema da espiritualidade seja transversal aos currículos de graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde. Os achados reforçam a necessidade de políticas públicas para a atenção ao cuidador familiar de idosos, sobretudo, do idoso que cuida de outro idoso no domicílio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo explicita as situações de estresse que os cuidadores idosos de um familiar idoso passam; o pouco apoio recebido do serviço de APS; e que a R/E é a principal estratégia de *coping* empregada para o enfrentamento para alívio de tensões no dia a dia. Diante da realidade vivenciada pelos cuidadores idosos em seus domicílios, o serviço de APS/ESF possui papel essencial na assistência, funcionando como suporte aos cuidadores familiares idosos e aos familiares idosos de quem cuidam.

Espera-se que a dimensão espiritual seja considerada como elemento auxiliar no processo de assistência à saúde. Nesta fase da vida, a espiritualidade encontrar-se acentuada, pois o idoso se mostra introspectivo, pensativo e avaliativo de toda a sua vida. Faz-se necessário fomentar novas pesquisas, com a finalidade de reconhecer as necessidades dessa população e desenvolver estratégias de apoio.

REFERÊNCIAS

1. Butler R. The longevity revolution: the benefits and challenges of living a long life. US: PublicAffairs; 2010.
2. Lee R. Population Aging and the Changing Economic Life Cycle: A Global Perspective. In: Challenges of Aging[Internet]. London: Palgrave Macmillan UK; 2015[cited 2017 Apr 25]. p. 31–46. Available from: http://link.springer.com/10.1057/9781137283177_3
3. United Nations Population Division. Department of Economic and Social Affairs. Population Ageing and Development: 2012[Internet]. New York: UN; 2012[cited 2017 Apr 25]. Available from: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ageing/population-ageing-development-2012.shtml>
4. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Sinopse do senso demográfico. Projeção da pop. Brasil por sexo e idade 2000-2060; Projeção da população das UF por sexo e idade 2000-2030.[Internet]. Rio de Janeiro; 2013[cited 2017 Apr 25]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/
5. Oliveira MAC, Pereira IC.[Primary health care essential attributes and the family health strategy]. Rev Bras Enferm[Internet]. 2013[cited 2017 Apr 18];66(Spec):158–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24092323> Portuguese
6. Santos CTB, Andrade LOM, Silva MJ, Sousa MF. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. Physis Rev Saúde Colet[Internet]. 2016[cited 2017 Apr 25];26(1):45–62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00045.pdf>
7. Couto A, Castro EAB, Caldas CP. Experiences to be a family caregiver of dependent elderly in the home environment. Northeast Netw Nurs J[Internet]. 2016[cited 2017 May 1];17(1):76–85. Available from: <http://200.129.29.202/index.php/rene/article/view/2608>
8. Oliveira M, Boaretto M, Vieira L. A percepção do cuidador familiar de idosos dependentes sobre o papel do profissional da saúde em sua atividade. Ciênc Biol Saúde[Internet]. 2015[cited 2017 Apr 25];35(2):81-90. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminario/article/view/19157>
9. Pereira LSM, Soares SM.[Factors influencing the quality of life of family caregivers of the elderly with dementia]. Ciênc Saude Colet[Internet]. 2015[cited 2017 Apr 25];20(12):3839–51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3839.pdf> Portuguese
10. Schuck LM, Antoni C. Resiliência e vulnerabilidade no cuidado com o idoso dependente: um estudo de caso. Temas Psicol[Internet]. 2014[cited 2017 May 1];22(4):941–51. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n4/v22n04a20.pdf>
11. Luchesi BM, Souza ÉN, Gratão ACM, Gomes GAO, Inouye K, Alexandre TS, et al. The evaluation of perceived stress and associated factors in elderly caregivers. Arch Gerontol Geriatr[Internet]. 2016[cited 2017 Sep 2];67:7–13. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167494316301182>
12. Lavela SL, Ather N. Psychological health in older adult spousal caregivers of older adults. Piette J, (Ed.). Chronic Illn[Internet]. 2010[cited 2017 Apr 25];6(1):67–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20308352>
13. Vieira L, Nobre JRS, Tavares KO, Bastos CCBC. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. Rev Bras Geriatr Gerontol[Internet]. 2012[cited 2017 Apr 25];15(2):255–64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgv/v15n2/08.pdf>
14. Silva KM, Santos SMA, Souza AIJ. Reflexões sobre a necessidade do cuidado humanizado ao idoso e ao familiar cuidador. Saúde Transform Soc[Internet]. 2015[cited 2017 Apr 25];5(3):20–4. Available from: <http://stat.ijie.incubadora.ufsc.br/index.php/saudetransformacao/article/view/2423>
15. Andrade LM, Sena ELS, Pinheiro GML, Meira EC, Lira LSSP.[Public policies for the elderly in Brazil: an integrative review]. Ciênc Saude Colet[Internet]. 2013[cited 2017 May 9];18(12):3543–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24263871> Portuguese
16. Corbin J, Strauss A. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Rocha LO, (Trad.). Porto Alegre: Artmed; 2008.
17. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. Censo: informações das cidades[Internet]. Juiz de Fora; 2014[cited 2017 Apr 25]. Available from: <http://cod.ibge.gov.br/7PF>
18. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Ministério do Planejamento. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade – Juiz de Fora.[Internet]. Brasília; 2010[cited 2017 Apr 25]. Available from: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/populacao-por-sexo-e-grupo-de-idade-2010.html>
19. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Dir. Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. Sinopse do senso demográfico. Distribuição da população por município, bairros – Juiz de Fora.[Internet]. Brasília; 2010[cited 2017 Apr 25]. Available from: <http://cod.ibge.gov.br/7PF>
20. Panzini RG, Bandeira DR. Spiritual-Religious Coping Scale (Srcope Scale): Elaboration and Construct Validation. Psicol em Estud[Internet]. 2005[cited 2017 Apr 25];10:507–16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a18.pdf>
21. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. J

- Clin Psychol[Internet]. 2000[cited 2017 May 1];56(4):519–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10775045>
22. Dionne-Odom JN, Lyons KD, Akyar I, Bakitas MA. Coaching family caregivers to become better problem solvers when caring for persons with advanced cancer. *J Soc Work End Life Palliat Care*[Internet]. 2016[cited 2017 Apr 25];12(1–2):63–81. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15524256.2016.1156607>
 23. Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis*[Internet]. 1998[cited 2017 Apr 25];186(9):513–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9741556>
 24. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*[Internet]. 2012[cited 2017 May 9];2012:1–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23762764>
 25. Moreira-Almeida A, Lucchetti G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Cienc Cult*[Internet]. 2016[cited 2017 May 9];68(1):54–7. Available from: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v68n1/v68n1a16.pdf>
 26. Koenig H, King D, Carson VB. *Handbook of religion and health*. USA: Oxford University Press; 2012. 1186 p.
 27. Chaves LJ, Gil CA. Older people's concepts of spirituality, related to aging and quality of life. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2015[cited 2017 May 9];20(12):3641–52. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/en_1413-8123-csc-20-12-3641.pdf
 28. Kim S-S, Kim-Godwin YS, Koenig HG. Family spirituality and family health among Korean-American elderly couples. *J Relig Health*[Internet]. 2016[cited 2017 Apr 25];55(2):729–46. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-015-0107-5>
 29. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr*[Internet]. 2006[cited 2017 Apr 25];28(3):242–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16924349>
 30. Lutgendorf SK, Russell D, Ullrich P, Harris TB, Wallace R. Religious Participation, Interleukin-6, and Mortality in Older Adults. *Heal Psychol*[Internet]. 2004[cited 2017 Apr 25];23(5):465–75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15367066>
 31. Sephton SE, Koopman C, Schaal M, Thoresen C, Spiegel D. Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study. *Breast J*[Internet]. 2001[cited 2017 Apr 25];7(5):345–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11906445>
 32. Abdala GA, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos B. Religiousness and health-related quality of life of older adults. *Rev Saúde Pública*[Internet]. 2015[cited 2017 Apr 18];49:1–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26274870>
 33. Lucchetti G, Lucchetti AG, Badan-Neto AM, Peres PT, Peres MFP, Moreira-Almeida A, et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *J Rehabil Med*[Internet]. 2011[cited 2017 Apr 25];43(4):316–22. Available from: <http://www.medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.2340/16501977-0784>
 34. Agli O, Bailly N, Ferrand C. Spirituality and religion in older adults with dementia: a systematic review. *Int Psychogeriatrics*[Internet]. 2015[cited 2017 Apr 18];27(5):715–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25155440>
 35. Seima MD, Lenardt MH, Caldas CP.[Care relationship between the family caregiver and the elderly with Alzheimer]. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2014[cited 2017 Apr 25];67(2):233–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24861066> Portuguese
 36. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr*[Internet]. 2014[cited 2017 Apr 25];36(2):176–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24839090>
 37. Koenig H. Espiritualidade no cuidado com o paciente: por quê, como, quando e o quê. São Paulo: FE[Internet]. 2005[cited 2017 Apr 25]. Available from: <http://www.academia.edu/download/31331669/A-espiritualidade-no-cuidado-com-o-paciente.pdf>
 38. Menegatti-Chequini MC, Gonçalves JPB, Leão FC, Peres MFP, Vallada H. A preliminary survey on the religious profile of Brazilian psychiatrists and their approach to patients' religiosity in clinical practice. *BJPsych Open*[Internet]. 2016[cited 2017 Apr 25];2(6):346–52. Available from: <http://bjpo.rcpsych.org/lookup/doi/10.1192/bjpo.bp.116.002816>
 39. Tostes JSR, Pinto AR, Moreira-Almeida A. Religiosidade/Espiritualidade na prática clínica: o que o psiquiatra pode fazer? *Debates Psiquiatr* [Internet]. 2013[cited 2017 Apr 25];3(2):20–6. Available from: <http://www.abp.org.br/portal/religiosidadeespiritualidade-na-pratica-clinica-o-que-o-psiquiatra-pode-fazer/>
 40. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med*[Internet]. 2000[cited 2017 Apr 25];3(1):129–37. Available from: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jpm.2000.3.129>
-