

Viúvas idosas: O que muda após a morte do marido doente?

Elderly widows: What changes after the death of a sick husband?

Maria Helena Villas Bôas Concone
Bernadete de Oliveira
Flamínia Manzano Moreira Lodovici
Lívia Monteiro Lúcio
Thuam Silva Rodrigues

RESUMO: A temática deste trabalho incide sobre as estratégias que podem ser previstas, a fim de minimizar os efeitos negativos trazidos a um cuidador familiar principal, e ainda sem orientação, devido aos cuidados que um parente dependente demandará, durante um longo tempo de dedicação exclusiva a ele. Trata-se de um estudo do tipo longitudinal, descritivo, observando-se aspectos qualitativos sustentados pelos empíricos, com uma revisão bibliográfica a respeito da temática, cuja discussão buscou-se encaminhar em abordagem interdisciplinar. No presente caso, objetiva-se interpretar os dados obtidos de idosas viúvas que, após cuidados ao longo do tempo, intensivos e focados no marido acometido por um Acidente Vascular Encefálico (AVE), manifestam elas, além do sofrimento pela perda de alguém tão próximo, comprometimentos no domínio físico, das relações sociais, além daqueles com o meio ambiente. Contar com o Programa Saúde da Família (PSF), bem como de uma rede social (familiares, vizinhos, amigos) pode ser uma via eficiente para o desafio de esposas manterem sua resiliência nos cuidados específicos ao outro e, a um só tempo, de si mesmas. Enfatiza-se a necessidade de novas pesquisas, e que o cuidador em geral necessita, imprescindivelmente, ser bem-orientado quanto aos

cuidados, primeiramente de si próprio, para estar potencialmente apto a bem-cuidar do outro.

Palavras-chave: Cuidador Familiar; Viuvez; Qualidade de Vida; Morte; Acidente Vascular Encefálico.

ABSTRACT: *The theme of this paper concerns the strategies that may be foreseeable in order to minimize the negative effects brought to a familial caretaker without any guidance as to the caring and having to dispend a lot of time to a dependent relative. It is a descriptive, longitudinal study, which observes qualitative aspects supported by empiric evidence, with an extensive review of the literature in this field, which led us to an interdisciplinary approach. In this present stance we intend to interpret the data obtained from elderly widows that, after taking care of their husbands – affected by a Cerebral Vascular Accident – for a long period of time, they display, beyond the suffering from the loss of a loved one, compromises in many levels, such as physical, social and environmental. Being able to count on not only the Family Health Program, but also on a social network composed of relatives, neighbors and friends, may prove to be an efficient way for the wives to keep up their resilience in taking care of another and, at the same time, of themselves. We emphasize the need for new researches on this field, and that the caretaker usually needs, without exception, to be well guided as far as caretaking goes, but always having the concern of caring of himself/herself first so that he/she will be potentially apt to help others.*

Keywords: Family Caregiver; Widowhood; Quality of life; Death; Stroke.

Introdução

*“A morte não é a maior perda da vida.
A maior perda da vida é o que morre dentro
de nós enquanto vivemos...” (Pablo Picasso).*

A epígrafe advinda do universo da arte articula-se ao título deste artigo de modo feliz, a nosso ver, no sentido de encaminhar as reflexões a respeito do desprendimento necessário para poder ressignificar o sentido da vida e morte, em particular dos mais próximos, preparando-se para a inexorável finitude.

Leva-nos a pensar na prioridade do cuidado de si mesmo como requisito à manutenção da resiliência necessária ao cuidado do outro. Ainda mais que grande parte de nossos familiares, para não dizer dos brasileiros em geral, irão chegar a uma velhice bem mais estendida que em épocas anteriores.

No Brasil já se constatou que sua população está envelhecendo rapidamente. (United Nations, 2012). A expectativa média de vida se amplia de tal forma que grande parte dos brasileiros irá chegar a uma velhice raramente vista antes. Dados do censo de 2011 evidenciam que nosso país apresentou mais de 21 milhões de idosos, mas com prevalência do gênero feminino (Brasil, 2011), o que faz ver que as mulheres vivem mais e prever-se que elas podem se situar, em sua maioria, na condição de cuidadoras de seus maridos.

Centros urbanos, como a capital paulistana, embora já apresentem um perfil demográfico semelhante ao de países mais desenvolvidos, ainda não dispõem, entretanto, de uma infraestrutura de serviços e recursos humanos preparados para dar conta das demandas humanas decorrentes das transformações demográficas e epidemiológicas vigentes, caracterizadas por enfermidades complexas e altamente onerosas, próprias de faixas etárias mais avançadas.

Entre os brasileiros, observamos que, a despeito da redução de doenças infectocontagiosas (responsáveis por 40% das mortes registradas em 1950, mas por menos de 10% em 2009), ao mesmo tempo, configura-se, em outra direção, um cenário que evidencia a expressividade das doenças cardiovasculares (em 1950, eram causa de 12% das mortes, com mais de 40%, em 2009, segundo o IBGE, 2010), além de expor os desafios enfrentados pelos serviços de atendimento à saúde (carência de equipamentos, infraestrutura e dinâmica político-administrativa).

Quando se agregam fatores determinantes como a escassez do cumprimento de métodos de prevenção de doenças ao longo do curso de vida e o detrimento da promoção da saúde pública, desenha-se um quadro que, no contexto social e cultural do país, leva ao crescimento de uma ou mais condições crônicas, que tornam as pessoas cada vez mais vulneráveis à afetação por novas morbidades, partilhando a característica de serem sem cura até o presente momento, ainda que sejam objeto de tratamento específico, passíveis, pois, de controle.

Não haverá termo para as condições crônicas; elas constituem o desafio do setor saúde neste século. Para mudar o seu curso, é preciso grande empenho dos tomadores de decisão e líderes em saúde de todos os países do mundo (...). Pequenos passos são tão importantes quanto à mudança de todo o sistema. Aqueles que procedem a mudanças, pequenas ou grandes, estão se beneficiando hoje e criando as bases para o sucesso no futuro (OMS, 2003, p.13).

Essas condições crônicas abarcam uma categoria extremamente vasta de doenças e agravos que aparentemente poderiam não ter nenhuma relação entre si, como a dor, por exemplo, que leva à incapacidade funcional por interferir fortemente nas atividades básicas diárias de um indivíduo (OMS, 2005).

A incapacidade funcional é um conceito particularmente útil para avaliar o impacto das condições crônicas sobre a vida cotidiana dos idosos, por ser, frequentemente, um indicativo de dificuldades para realizar atividades de autocuidado (as ABVDs - Atividades Básicas da Vida Diária, como vestir-se, banhar-se, alimentar-se, exemplificando) e atividades mais complexas, necessárias para viver de forma independente na comunidade (como, por exemplo, as atividades de fazer compras, pagar contas, utilizar transporte).

A perda da capacidade funcional é reconhecida como o principal problema que pode afetar o idoso, isto é, a perda das habilidades físicas (independência) e/ou mentais (autonomia) essenciais para as ABVDs (Brasil, 2006).

Em relação à perda das habilidades funcionais, estas ocorrem em primeiro lugar nas atividades realizadas fora da residência, aquelas que envolvem a locomoção do idoso no entorno de onde ele reside, e posteriormente nas de autocuidado, com pior desempenho na locomoção em idades mais avançadas, o que resulta em uma tendência ao isolamento domiciliar (Lebrão, & Duarte, 2003).

Embora a maioria dos idosos costume apresentar uma ou mais doenças crônicas como, por exemplo, hipertensão e/ou diabetes, grande parte deles vive de forma independente em suas próprias casas, sozinhos, ou com parentes; fazem um acompanhamento de saúde de forma regular, tomam seus medicamentos conforme orientados e, por vezes, modificam alguns hábitos anteriores de vida. Considere-se, todavia, o afirmado por Santana da Silva (2015, p. 58):

Por outro lado, também temos que pôr em evidência que o envelhecimento se trata de um sentir-se, ou seja, do ser subjetivo, em que cada pessoa tem sua maneira própria de envelhecer (Dias, 2007a).

A despeito de melhores ou piores maneiras de envelhecer, e a respeito de inevitáveis ou inesperadas condições crônicas, pode-se indagar por que estas ainda permanecem como geradoras de situações que comprometem uma vida independente e ativa dos idosos?

Entre idosos, na verdade, existem aqueles com pior acompanhamento das doenças; por este motivo não chegaram às idades mais avançadas em boas condições de saúde e apresentam sequelas decorrentes de condições crônicas pré-existentes. Sequelas estas (em que são exemplares as de: Acidente Vascular Encefálico, Diabetes Mellitus, Câncer e/ou acidentes diversos, como a queda), que geram limitações funcionais e fazem os idosos necessitar de ajuda para desempenhar suas ABVDs (Silva, Lodovici, Lopes, & Concone, 2015).

Considerando-se a previsão de crescimento de 300% da população idosa nas próximas três décadas, com a prevalência do AVE nos países em desenvolvimento, urge que ao menos o prognóstico epidemiológico – causa mais frequente de óbito (10%) na população adulta e de diagnóstico (10%) das internações em hospitais públicos – seja tratado de modo preventivo e cuidadoso (Brasil, 2011).¹

O Brasil apresenta a quarta taxa de mortalidade por esta doença entre os países da América Latina e Caribe, onde a taxa de incidência do AVE gira em torno de 150 casos por 100.000 habitantes e as taxas de letalidade variam de 10 a 55%. O impacto da doença vai se estendendo, e piorando após o episódio, sendo que a mortalidade nos primeiros 30 dias é de 10%, atingindo 40% no primeiro ano. A maioria dos sobreviventes necessita de reabilitação para prevenir as consequências das sequelas neurológicas, sendo que aproximadamente 70% deles não retornam ao trabalho; 30% têm alteração na locomoção e necessitam de auxílio para caminhar (Brasil, 2011); e pelo menos dois terços permanecem com algum grau de deficiência na fala, na deglutição, na visão e no tato (Smeltzer, & Bare, 1994).

¹ Usada principalmente nos campos da estatística e da epidemiologia, a noção técnica de Prevalência pode referir-se a: número total de casos existentes numa determinada população e num determinado momento temporal; proporção de casos existentes numa determinada população e num determinado momento temporal. Recuperado em 02 setembro, 2015, de: Wikipédia, a enciclopédia livre. pt.wikipedia.org/wiki/Prevalência.

Concone, M.H.V.B., Oliveira, B.de, Lodovici, F.M.M., Lúcio, L.M., & Rodrigues, T.S. (2015, julho-setembro). Viúvas idosas: O que muda após a morte do marido doente? *Revista Kairós Gerontologia*, 18(3), pp. 265-293. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

Trata-se, portanto, de uma doença altamente incapacitante, que leva os acometidos às limitações permanentes de aspectos físicos, mentais e, até mesmo, sociais, e requerem assistência social e médica, bem como cuidado integral no âmbito familiar.

“Família” é termo originário do latim *famulus* (=escravo, servente), implicando, de alguma forma, a dependência nata entre seus membros. O envelhecimento reproduz a imagem de um período de mudanças, que requer adaptações do próprio indivíduo que envelhece e de seu grupo familiar que igualmente envelhece. Os vínculos estabelecidos ao longo deste período facilitarão ou não a passagem de ambos pela etapa da velhice avançada, que pode ser caracterizada como uma fase de dependência.

A realização das atividades de autocuidado e de convívio social do idoso (nesse contexto de dependência) estará diretamente relacionada com a função exercida por ele no grupo. Os vínculos resultantes desta interação podem ser instáveis ou estáveis, eficazes ou ineficazes de acordo com a estabilidade familiar diante das demandas de cuidados mútuos e respostas ao longo do tempo. O Estatuto do Idoso – Lei n.º 10.741 de 1º de outubro de 2003 – versa no Art. 3º:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (*OBS.: entenda-se como direito à saúde, o direito também a ser cuidado*). Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende: Inciso V – priorização do atendimento do idoso por sua família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuem ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência (Brasil, 2003, pp.12-13).

Estudos que contextualizam as relações familiares sob a ótica dos idosos e de seus cuidadores, mostram que, diante das demandas de cuidados requeridos por um idoso dependente, a família pode responder com certa estabilidade emocional, de forma a conseguir gerenciá-las a partir de recursos próprios (conhecidos ou potenciais), e resolver o problema instalado de forma adequada. Isso significa sem que se desestruture o equilíbrio na dinâmica funcional da família, quando seus membros são capazes de harmonizar suas próprias funções em relação aos outros, de forma integrada, madura e afetiva.

Mas também é no contexto do cuidado, especialmente no cuidar contínuo, prolongado e integral do idoso dependente que os familiares se dão conta do quanto são superficiais e instáveis seus vínculos afetivos, e, ainda, o quanto experimentam um grau elevado de agressividade e hostilidade entre si próprios (mesmo que não abertamente colocados). Por isso, raramente, nestas últimas famílias, os membros são capazes de acolher a demanda de cuidados do idoso dependente, entendendo-a como uma questão grupal e atendendo-a de forma adequada.

Com frequência identificam o problema do idoso como responsabilidade única dele mesmo – como se ele próprio o tivesse desencadeado. Visto como um “estorvo”, o idoso é separado do seu meio (por institucionalização ou isolamento do grupo) que o considera gerador de problemas; ou os membros da família se afastam para não se envolverem, uma vez que acreditam que a doença não lhes diz respeito diretamente (Duarte, 2001).

A dependência, no seu sentido real, antes que um atributo individual, é, sim, dever de um indivíduo em relação a outros. Quando o idoso evolui com dificuldades no desempenho das ABVDs, é quando vai precisar de outra pessoa para auxiliá-lo, na função de “cuidador familiar”.

A atividade de cuidar de um familiar idoso dependente se circunscreve basicamente ao espaço doméstico, onde parte significativa da vida transcorre, no qual há, por vezes, conhecimento e memórias de fatos e de relações importantes. O cuidar como atividade envolve um conjunto de ações, que tende a monopolizar quem as executa; nesse sentido, o cuidador rende-se às tarefas que o dominam e, de maneira intensiva, seu dia a dia é preenchido pela rotina de administrar remédios ao idoso dependente, assegurar-lhe também a dieta alimentar, efetuar a higiene pessoal, pentear o cabelo, escovar os dentes, cortar as unhas, dar banho, fazer a toalete, vestir, despir, locomover de um lugar para o outro (quarto, sala, quarto, banheiro), subir escada, sentar, levantar, deitar (mudar o decúbito) e realizar exercícios motores complementares à reabilitação (Karsch, 1998).

No dia a dia do “cuidar de si” e do “cuidar do outro”, observa-se, lamentavelmente, a violência contra o idoso nas mais variadas formas. Note-se que a integralidade de cuidados que um idoso dependente requer pode ser extenuante para o cuidador familiar. Por vezes, essas pessoas que cuidam são mulheres que estão até mais doentes do que o idoso dependente de seus cuidados.

Na sua identificação como “esposas cuidadoras”, elas não deixam de apresentar uma queixa unânime: “*Não encontro ninguém para me substituir nos cuidados*”. O marido idoso, há anos dependente de cuidados, chega à idade avançada acamado, e ela, com o corpo fragilizado, já não tem mais a força de outrora para movimentar na cama outra pessoa com o dobro do seu peso e volume, e realizar as mudanças de decúbito e a higiene diária necessárias. Além disso, ambos acabam, via de regra, sendo esquecidos pelos familiares (quando os têm), além de ignorados pelo poder público.

Diante deste triste cenário, indaga-se se a maior vítima seria o idoso doente que tem sua saúde negligenciada, ou a cuidadora idosa que sofre sobrecarga física, emocional e financeira. Frequentemente as vítimas são as cuidadoras. Karsch (1998; 2003) observou que estas tornam-se heroínas anônimas do cotidiano, ao cuidarem do seu familiar dependente, muitas vezes, esquecendo-se de si mesmas, prejudicando sua própria qualidade de vida – em decorrência do ente que cuidam.

É de se notar que os cuidados envolvem também uma perspectiva de gênero. Cuidar é conjugado no feminino, pois convoca, para seu exercício, contingentes de mulheres que precisam ser dotadas de qualidades vistas como “naturais”, intrínsecas à sua natureza feminina, e reveladoras de suas atribuições como reprodutoras (Lopes, Meyer, & Waldow, 1996).

Quando a vida traz como legado para a esposa cuidar do seu marido doente, é comum ela se dedicar às tarefas de cuidar, acompanhando e protegendo o idoso, dedicando-se exclusivamente a ele. E quando o marido doente morre? Os relatos da perda do familiar idoso pela morte exibem cenas dramáticas de desrespeito à dignidade humana em instituições de saúde. Por vezes, verificou-se que a esposa buscou socorro, ao perceber que a situação exigia atendimento médico de emergência e, justamente em razão da morosidade do serviço de saúde, o ente querido não resistiu.

Note-se que, para grande parte destas mulheres, a velhice tornou-se sinônimo de solidão. Além disso, a imagem de viúva emergiu para a esposa cuidadora em uma realidade perversa e polarizada; de um lado permeada pela ausência explícita de cuidados consigo mesma, e do outro, pelo impacto das perdas causadas pelo envelhecimento na idade avançada – na qual se encontra.

Parece que, ao não ter mais o marido doente para cuidar, ela (a cuidadora familiar) percebe com maior expressividade o próprio desgaste físico, emocional e pessoal, bem como o esgotamento financeiro no qual se encontra; se depara, enfim, com a precariedade da fase da velhice que já vinha vivendo, desde quando o marido ficou dependente, mas lhe passava despercebida.

Neste início de século, contudo, a perspectiva para muitas mulheres não é que, na velhice, a viuvez represente um momento de independência e realização?

Este estudo traz o impacto desta perda na qualidade de vida de cinco cuidadoras. A qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Nesta definição, da Organização Mundial de Saúde (OMS), fica implícito que o conceito de qualidade de vida é *subjetivo, multidimensional* e que inclui elementos de avaliação tanto *positivos* como *negativos* (WHO, 1995a). Trata-se de um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente (Fleck, *et al.*, 2000).

Nesse sentido, o estudo justifica-se ao se apoiar no contexto demográfico atual que evidencia que, na maioria das localidades, ao se feminizar o envelhecimento provoca implicações em termos de políticas públicas, como, por exemplo, o despreparo das cidades para proporcionar serviços que garantam o bem-estar desejado e o acesso aos direitos, desde o atendimento no local onde residem, por profissionais capacitados no campo da saúde do idoso, até todas as ações e serviços de distintos órgãos da rede pública e privada (Oliveira, 2014).

Note-se que o conceito de bem-estar implica um processo multidimensional que combina e envolve múltiplas áreas do saber e do fazer: a fisiológica, a social, a mental, a econômica e a pessoal. A constatação de que não havia nenhum instrumento que avaliasse o bem-estar (ou qualidade de vida, dentro de uma perspectiva transcultural) motivou a OMS a desenvolver um instrumento com estas características. O Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL*-100) está atualmente disponível em 20 idiomas diferentes (WHO, 1995b; WHO, 1998).

A necessidade de instrumentos de rápida aplicação determinou que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (Fleck, *et al.*, 2000). Ou seja, um questionário simplificado para avaliar a qualidade de vida, composto por 26 questões, sendo 2 gerais sobre qualidade de vida e 24 divididas em 4 domínios: físico, psicológico, o das relações sociais e meio ambiente (Quadro 1) (Penteado, & Pereira, 2007).

Quadro 1 - Domínios e facetas do WHOQOL-bref.
Domínio 1 - Domínio físico
1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho
Domínio 2 - Domínio psicológico
4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Autoestima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 3 - Relações sociais
13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual
Domínio 4 - Meio ambiente
16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em oportunidades de recreação/ lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

Os domínios contemplam a subjetividade dos sujeitos como eixo primordial no levantamento dos dados; nós os selecionamos, principalmente por saber que eles permitiriam a auto-avaliação, a partir de percepções subjetivas (Fleck, *et al.*, 2000).

Tecnicamente, para cada aspecto da qualidade de vida expresso no questionário, o sujeito pode escolher sua resposta por meio de escores que variam de um a cinco, sendo a condição pior no escore um, e a melhor, no cinco. Os resultados dos domínios apresentam valores entre zero e cem, sendo piores os mais próximos de zero, e melhores, os mais próximos de cem. Dessa forma, um sujeito que apresente valor igual a 50 para determinado domínio pode ser considerado mediano para esse domínio (Penteado, & Pereira, 2007).

Destacamos que este trabalho é um desdobramento aprofundado advindo do das investigações realizadas anteriormente, pelo grupo de pesquisa “Epidemiologia do Cuidador” da PUC-SP. Em 2001, o grupo iniciou a primeira fase do estudo denominado “Envelhecimento com Dependência II”; entrevistando-se (no domicílio) o cuidador familiar de pessoas idosas acometidas por AVE na cidade de São Paulo (Salimene, 2004).

De 2006 a 2007, o grupo realizou a segunda entrevista (com os mesmos sujeitos da primeira fase), marcando a segunda fase denominada “Qualidade de vida de cuidadoras familiares após a morte do idoso dependente”, seguindo as orientações metodológicas de Mazeto (2010). Em 2008, o estudo foi finalizado após a realização da terceira entrevista, análise e publicação dos dados coletados (Lopes, *et al.*, 2009).

Nesse sentido, à época, o estudo realizado tinha como objetivo mostrar a qualidade de vida de cuidadoras familiares cujo parente idoso dependente havia falecido. O presente estudo faz um recorte daquela pesquisa de campo, agora com enfoque nos dados coletados junto apenas a cuidadoras esposas, para verificar medidas de qualidade de vida das viúvas; estudo que se justifica por sua particular importância na avaliação de saúde da mulher (esposa) idosa (viúva), tanto dentro de uma perspectiva individual quanto social.

Procedimentos metodológicos

O presente estudo caracteriza-se como longitudinal, descritivo, interdisciplinar, qualitativo e quantitativo.

Para compor a casuística, as pessoas puderam ser assim situadas: (1) localizadas (via ligação telefônica) todas as cuidadoras de idosos dependentes entrevistadas na primeira fase, em 2001; (2) identificadas aquelas cujo idoso dependente havia falecido; (3) excluídas aquelas cuidadoras: (a) em que o idoso estivesse vivo; ou (b) que não estivessem mais cuidando do idoso quando este faleceu; ou (c) que o idoso dependente não fosse seu cônjuge.

Das 50 cuidadoras entrevistadas na primeira fase (2001), foram localizadas 48 para a segunda fase (2006); destas, 35 relataram que o idoso doente estava vivo.

Das 13 que afirmaram que o idoso havia falecido, cinco recusaram-se a responder ao questionário, por falta de tempo para atender os pesquisadores, ou por não estarem dispostas a falar sobre o assunto; uma foi excluída, pois já não estava mais cuidando do idoso quando de seu falecimento.

Em suma, 7 cuidadoras foram entrevistadas (na segunda e na terceira e última fase do estudo), sendo duas filhas e cinco esposas; mas, para a realização do presente artigo, duas cuidadoras foram excluídas por serem filhas dos idosos falecidos.² Portanto, este artigo é um recorte de um longo trabalho de investigação e que selecionou como sujeitos cinco viúvas, para trazer a luz aspectos da qualidade de vida por elas percebidos.

O suporte metodológico, do grupo de pesquisa “Epidemiologia do Cuidador” foi o Diário de Campo que acompanha os instrumentos de pesquisa utilizados, questionário semiestruturado (para o perfil sociodemográfico) e WHOQOL-bref (para qualidade de vida). As anotações do Diário de Campo são procedimentos complementares, porque dão vida aos números, permitindo o aprofundamento sobre o tema estudado. A partir do momento em que o estudo conjuga o método quantitativo com o qualitativo, entende-se que mais do que entrevistar os sujeitos, é preciso registrar, de forma dissertativa, as observações sobre o ambiente domiciliar, as expressões não verbais, as emoções e sentimentos, enfim, o silêncio observável a cada questão feita pelo entrevistador à cuidadora familiar.³

Por outro lado, ao valorizar os dados quantitativos, que guardam sua expressiva aplicabilidade pelos métodos estatísticos e comparativos dos quais se utilizam, enriquecem-se as informações advindas dos diários, narradas pelos próprios sujeitos que se quer conhecer.

² As informações analisadas serão aquelas coletadas no trabalho de campo realizado de 2006 a 2007 (na segunda entrevista – quando o marido idoso e doente ainda estava vivo) e em 2008 (na terceira entrevista – após o falecimento do marido). Para tanto, logo após o parecer favorável do Comitê de Ética da PUC-SP, os pesquisadores receberam um treinamento específico. Neste aprenderam que, nas entrevistas no domicílio, enquanto um pesquisador aplica um dos questionários, o outro se detinha no Diário de Campo, registrando acontecimentos significativos à pesquisa, como as dificuldades de aplicação do questionário, as reações das entrevistadas, seus silêncios, fatores positivos ou negativos intervenientes etc. Sendo assim, as entrevistas foram realizadas por dois pesquisadores, os quais compareceram juntos aos domicílios das cuidadoras.

³ Os cuidados éticos com os procedimentos de investigação foram observados, por tratar-se de pesquisa na área da saúde com seres humanos, obtendo-se o acordo da cuidadora familiar solicitando-se inicialmente a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas duraram em média uma hora e meia.

A análise da qualidade de vida foi verificada em dois momentos: na primeira entrevista (de outubro de 2006 a abril de 2007), quando a cuidadora já estava viúva há no mínimo seis meses; na segunda entrevista (2008), realizada seis meses após a primeira entrevista. Os dados coletados foram comparativamente analisados; verificou-se a qualidade de vida percebida na primeira entrevista com a percebida na segunda e se ocorreu, ou não, com o passar do tempo, alguma mudança na percepção das viúvas.

Os relatos das mudanças percebidas após se tornarem viúvas (anotações do Diário de Campo durante a entrevista com o WHOQOL-bref) foram descritivamente analisados, com o objetivo de mostrar o dia a dia das cuidadoras, após a morte do marido idoso dependente.

Os escores padronizados dos domínios do questionário WHOQOL-bref, comparando-se os resultados da primeira e da segunda entrevista, foram obtidos a partir dos cálculos da média e do desvio-padrão. As variáveis qualitativas (gênero, grau de escolaridade, estado civil, parentesco) foram analisadas por meio da distribuição de frequências, envolvendo as frequências absolutas.⁴

Também foi realizado um levantamento de trabalhos científicos para a revisão bibliográfica, a fim de dar base teórica à discussão tanto dos dados qualitativos quanto dos quantitativos. Assim amparados, reunimos os sujeitos da nossa pesquisa, cujas características que os identificam apresentamos a seguir.

Resultados e discussão

Características psicossociodemográficas

As principais características demográficas observadas na amostra foram que a faixa etária variou na primeira entrevista de 55 a 82 anos; e entre 57 e 84, na segunda; o estado civil das cinco cuidadoras manteve-se o mesmo – viúva; quanto à escolaridade, havia três analfabetas na primeira entrevista e na segunda, apenas uma.

⁴ Utilizou-se o Programa *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS for Windows – 11.0) por ser um programa específico para tratamento de dados estatísticos.

Concone, M.H.V.B., Oliveira, B.de, Lodovici, F.M.M., Lúcio, L.M., & Rodrigues, T.S. (2015, julho-setembro). Viúvas idosas: O que muda após a morte do marido doente? *Revista Kairós Gerontologia*, 18(3), pp. 265-293. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

A cuidadora (a mais velha) que morava com o marido, permaneceu morando sozinha; entre as demais que na primeira entrevista moravam com até seis pessoas, uma passou a conviver com sete e outra com cinco; duas passaram a morar só. Quanto à profissão, quatro continuaram sendo do lar e uma como copeira (tanto na primeira entrevista como na segunda).

Após a morte do marido cuidado, ocorreu uma mudança na situação econômica das viúvas; todas passam a receber o benefício de pensão por morte do marido; uma já aposentada continuou trabalhando como copeira, mas, as outras quatro consideraram a renda suficiente para as necessidades diárias. A pensão por viuvez é um componente econômico de peso para a autonomia dessas mulheres – mais de 90% das viúvas idosas recebem algum benefício da Seguridade Social (Debert, 1999; Camarano, 2003).

Percepção da Qualidade de Vida

A tabela 1 mostra os cálculos da média e do desvio-padrão para os escores padronizados dos domínios do questionário WHOQOL-bref e, comparando-se os resultados obtidos na primeira e na segunda entrevista, evidencia-se que todas as viúvas estavam satisfeitas com as relações sociais, com melhora média de 61,8 na primeira entrevista para 78,7 na segunda. E que o meio ambiente foi o domínio que apresentou escore médio mais baixo na primeira entrevista (58,7), diminuindo mais ainda na segunda (56,5).

Tabela 1 – Comparação dos domínios de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref), percebidos na primeira entrevista (viúva há no mínimo seis meses) com os percebidos na segunda entrevista (6 meses após a primeira entrevista), São Paulo (n=5)

Domínio da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)	Entrevistas				P
	Primeira		Segunda		
	Média	DP	Média	DP	
Físico	67,1	18,3	66,8	26,1	0,487
Psicológico	63,8	19,5	61,8	29,1	0,386
Relações Sociais	61,8	23,6	78,7	10,5	0,015*
Meio Ambiente	58,7	17,0	56,5	27,4	0,346

*Teste *One-Sample Kolmogorov-Smirnov*; $\leq 0,05$

No Teste *One-Sample Kolmogorov-Smirnov* realizado, foi observada diferença significativa ($p=0,015$) apenas quanto às relações sociais.

O que mudou com a viuvez?

Estudos que analisam as consequências de cuidar de um idoso dependente por AVE revelam que esse cuidado gera sobrecarga física no cuidador familiar. O desgaste gerado por esta sobrecarga foi revelado pelas idosas, evidenciando a persistência dos problemas físicos gerados mesmo após a morte do idoso dependente:

“Depois que deixei de ser cuidadora minha saúde ficou a mesma coisa, com pouca melhora porque agora me cuido mais.”

“Tenho muita dificuldade para conseguir recuperar minha saúde que não anda muito bem, porque acho que ser cuidadora desgasta e é muito cansativo.”

“Faço de tudo, estando ou não com dor, mas quando estou, tomo remédio.”

Nos recortes das anotações dos diários de campo, encontramos relatos de alterações no domínio físico, no que se diz respeito à dor e desconforto, mobilidade, atividades de vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamento, além da redução na capacidade de trabalho:

“Minhas pernas me incomodam bastante, as dores que sinto não me deixam andar bem, por causa da fratura que tive... Trato-me com remédios.”

A saúde da cuidadora vai se deteriorando com a exposição continuada à sobrecarga física e emocional relativa ao ato de cuidar; nesse sentido, vale ressaltar que a família, principal agente de produção de cuidados e proteção aos integrantes, também precisa ser cuidada (Euzébio, & Rabinovich, 2006). O trabalho de cuidar abrange várias dimensões. Uma primeira delas é a física. Temos em mente, por exemplo, o esforço corporal para se mobilizar, se deslocar. Esforço que outrora servia para segurar, sustentar a pessoa que estava sendo cuidada.

“Não faço as coisas que quero, fico dentro de casa o tempo todo, sinto muita tristeza, estou desanimada.”

“Estou carente, a minha opinião não tem valor, eu me sinto inútil.”

Nesse momento, podemos refletir a respeito dos conceitos de autonomia e independência. A autonomia significa o exercício do autogoverno, autorregulação, livre-escolha, privacidade, liberdade individual e independência moral. Refere-se à liberdade de *experienciar* não apenas a doença, mas, também e principalmente, *experienciar* todos os eventos da vida, harmonizando os próprios sentimentos e necessidades. A independência é a capacidade funcional, isto é, a capacidade de realizar as atividades básicas do nosso dia a dia (alimentar-se, fazer a higiene pessoal, ir ao toalete, tomar banho, vestir-se, se locomover etc.) e atividades instrumentais da vida diária (fazer compras, pagar as contas, usar meio de transporte, preparar uma refeição, cozinhar, cuidar da própria saúde, manter sua própria segurança) a ponto de sobreviver sem ajuda para o autocuidado e o manejo instrumental da vida.

No domínio psicológico foram relatados, por exemplo, sentimentos positivos e negativos, pois vivenciar a morte do outro remete a nossa finitude. Das cinco viúvas, três nos mostram que, além de ver a morte do ente querido, também têm que lidar com o luto na solidão do dia após dia. A morte é um acontecimento universal por excelência; a única coisa da qual estamos verdadeiramente certos, ainda que ignoremos o dia e a hora, o porquê e o como é que se deve morrer (Thomas, 1998):

“ Sinto saudades de antes e depois da doença do meu marido, sinto falta da companhia dele, dos momentos de carinho, e de dar atenção para ele. Não sei por que estou sempre nervosa, perdi a iniciativa, a vontade de sair e o ânimo, algo falta na minha vida, só tenho vontade de chorar.”

Este domínio comporta, também, uma dimensão cognitiva, pois, ao tratar de um enfermo, principalmente de um ente querido, com o qual se conviveu durante anos com a intimidade e a cumplicidade de uma relação conjugal, sendo intrínseco o reconhecimento do significado de cada olhar, de cada gesto...

Mas é preciso, por exemplo, também estar atento ao cuidado corporal e conhecer a medicação que será administrada e observar seus horários... Para compreender o cuidado com o outro em toda a sua complexidade, outras dimensões, além da corporal, precisam ser contempladas:

“Minha vida tem sentido para tudo, não sinto depressão porque tenho muita fé em Deus... O sentimento que eu tenho, é que ele (marido) tinha que se preocupar mais com ele mesmo. Sinto falta do espaço dele, do andar, das conversas, de quando a gente passeava.” (esposa)

“Sinto falta do meu companheiro, penso muito nele, sempre vejo sua imagem.” (esposa)

As cuidadoras trazem nessas narrativas a discussão sobre a depressão, que é uma doença psíquica que, além de afetar o emocional de um indivíduo torna-o incapaz de sentir prazer. É uma das doenças que causa maior índice de incapacidade na população em geral. Essa enfermidade envolve um grupo de situações que vão desde reações diante de uma perda ou experiências negativas na vida de uma pessoa, até uma patologia grave com importantes disfunções somáticas e emocionais. Disfunções que podem ser traduzidas num conjunto de sintomas como: tristeza, sentimentos de culpa, pessimismo e inutilidade. Nos quadros de depressão encontram-se também alterações fisiológicas como: perda de apetite, alterações no sono e disfunções sexuais (Blay, & Marinho, 2006).

As emoções perpassam todas as esferas de nossas vidas, e tanto podem reforçar quanto instabilizar, a cada momento, laços e vínculos interpessoais; tal mobilização é interna e certamente refletirá em uma reação exterior. No dia a dia, a atividade de cuidar transforma-se em uma forma de expressar amor, gratidão e companheirismo, com a esposa cuidadora dedicando-se exclusivamente ao cuidado com o cônjuge, esquecendo-se de si mesma. As dimensões do cuidado deveriam estar presentes também no cotidiano da viúva, agora voltada para cuidar de si. Contudo, o que observamos é que, embora seja a falta de autocuidado mais facilmente identificada e reconhecida por elas, ainda assim, as viúvas parecem encontrar forças suficientes para transferir a função de cuidadora para si próprias e tornarem-se autocuidadoras, e também (ainda!) cuidar de outros familiares.

“Atualmente estou me tratando.”

“Aproveito bastante minha vida, voltei a fazer caminhada, me ando naturalmente, isso é bom, andar.”

“Minha vida é nem ruim e nem boa, graças a Deus melhorei bastante, então me considero satisfeita. Aproveito minha vida muito pouco, e ela só tem sentido porque tenho meu neto.”

Dessa forma, faz-se ver, nos dizeres dessas viúvas, que a invenção cultural do sagrado se realiza como processo de simbolização e encantamento contínuo do mundo, seja na forma da imanência do sobrenatural no natural, seja na transcendência do sobrenatural. E o sagrado dá significação ao espaço, ao tempo e aos seres que neles nascem, vivem e morrem (Chauí, 1998).

Na velhice, diante do tempo e da morte, a espiritualidade e a religiosidade tornam-se ferramentas de apoio e suporte na superação das perdas no convívio familiar. É inegável o papel desempenhado pela fé no enfrentamento das exigências da velhice (Oliveira, & Alves, 2014), conforme a afirmação:

“Eu tenho amigos, graças a Deus.”

A velhice é uma fase que, muitas vezes, nos faz refletir sobre as limitações de nossa existência e, por vezes, de pensar no futuro (Rezende, Lodovici, & Concone, 2012). As reminiscências e o apoio familiar também são recursos fundamentais para se sentir satisfeito nesta fase da vida:

“Choro quando toca o Hino Nacional de Portugal, pois sinto saudades de lá.”

“Agora quando eu quero sair, não posso, pois tenho minhas obrigações, cuidado de minha neta. Minha vida tem sentido para tudo, não sinto depressão porque tenho muita fé em Deus e minha casa é cheia de crianças, fico muito feliz assim.”

As viúvas, outrora esposas cuidadoras, trazem a discussão o conteúdo geracional, contemplando questões que se remetem fortemente ao simbolismo intergeracional como: solidariedade, amizade, união, esperança:

As gerações são mais que coortes demográficas. Envolvem segmentos sociais que comportam relações familiares, relações entre amigos e colegas de trabalhos, entre vizinhos, entre grupos de esportes, arte, cultura e de agremiações científicas, implicam estilos de vida, modos de ser, saber e fazer, valores, ideias, padrões de comportamento, graus de absorção científicas e tecnológicas, comporta memória, ciência, lendas, tabus, mitos, totens, referências religiosos e civis (Magalhães, 2000, p. 37).

Observamos que não é somente como cuidadoras que elas falam, mas também como avós, como moradoras de uma cidade, como mulheres, como indivíduos de uma determinada camada social e de um determinado estado civil. Nesse sentido, no domínio das relações sociais, identificamos a alienação social, percebida quando relatam atitudes que oscilam entre aceitar passivamente tudo o que existe, por ser tido como natural, divino ou racional, ou se rebelar individualmente, julgando que, por sua própria vontade e inteligência, podem mais do que a realidade que as condiciona. Nos dois casos, a sociedade em que vivem é o outro, algo externo, separado e com poder total ou nenhum poder sobre seus componentes (Chauí, 1998).

“Se tivesse oportunidade, faria dança.”

“Participo de atividades na igreja.”

O domínio das relações sociais também é constituído pela faceta atividade sexual. Estudos a respeito da viuvez feminina na velhice mostram que estas mulheres, na sua juventude e vida adulta, foram contidas, dadas as relações de gênero prevaletentes (Plaud, & Sommier, 2011); não sem razão, a maioria não se casa novamente (Debert, 1999; Camarano, 2003).

A despeito de conviver com um cônjuge, portador de uma deficiência física (decorrente da sequela de AVC), ou tendo ficado viúva, a esposa cuidadora não deve mesmo prescindir de sua sexualidade, conforme Plaud, C., & Sommier, B. (2011, PDF on line, s/p.):

(...) ne plus avoir de mari engendrerait une disparition des relations sexuelles pour les veuves de plus de 60 ans. Qu'en est-il réellement? Le veuvage au féminin rime-t-il avec "a-sexualité"?⁵

Embora possa conviver durante um longo período com um marido que, dependendo do grau de limitação presente, sente-se à margem da sociedade e mesmo apartado do grupo familiar, por ser entendido como doente, dependente, sem vontade própria, sem autonomia, ou seja, uma pessoa à margem de qualquer processo de inserção social e familiar, a esposa cuidadora deve evitar reduzir-se à mesma situação, e ser ajudada nesse sentido.

Nesse processo de exclusão, torna-se instável a sexualidade desse indivíduo idoso e dependente; quantas vezes, uma pessoa idosa com ou sem incapacidades físicas e/ou emocionais, é concebida como assexuada! Todavia, este tratamento discriminatório não elimina, sem sombras de dúvidas, as emoções e necessidades dessa pessoa, pois elas estão presentes nesse sujeito. Trata-se de um processo que, na verdade, não deixa de provocar repressão, conflito, baixa-estima e desajustamentos no plano individual, conjugal, e familiar. Este indivíduo acaba introjetando o que lhe é negado socialmente, por serem considerados negativos sentimentos que lhe são seus. Este preconceito passa até mesmo pela negação do direito à informação ou a não manifestar as mesmas necessidades sexuais de qualquer ser humano:

“Não acho falta do sexo, meus amigos são ótimos.”

Sendo assim, é preciso reconhecer a sexualidade não somente como algo relacionado com a região genital, ou com os atos sexuais, mas como um conjunto de pulsões, desejos e sensações; relacionado com o campo da afetividade e realizada na relação com o outro e com nós próprios. A sexualidade é um dos aspectos mais importantes do ser individual e da convivência social (Zavala, 2013). Ela tem início com a própria vida e está intimamente ligada ao desenvolvimento biológico, psicológico e social do homem e, por isso, condiciona todas as formas de vida social, conforme Salimene (2003):

⁵ (...) não ter marido deveria engendrar o desaparecimento da sexualidade (ou o afastamento das relações sexuais) para as viúvas com mais de 60 anos. O que ocorre realmente? A viuvez feminina faz rima com "a-sexualidade"? (de nossa tradução).

A vida não tem sentido sem a vontade, mas não há vontade sem necessidade e, portanto, não há desejo sem necessidade. À medida que a necessidade drena completamente o desejo, o significado da vida se esvai. Eliminar a necessidade é matar o desejo e assim qualquer ânimo para viver (Salimene, 2003, p. 55).

Segundo a OMS (2005), a melhora da qualidade de vida está diretamente relacionada às mudanças no meio ambiente, ou seja, da oferta de serviços ao apoio comunitário, e a acessibilidade ao transporte e prédios públicos. O lado positivo do aspecto meio ambiente foi descrito nas seguintes narrativas:

“O programa saúde da família sempre vem me procurar para ver se preciso de algo.”

“Atualmente estou satisfeita com meu trabalho, com o transporte. Voltei a fazer artesanato.”

Das anotações do diário de campo, pôde-se observar que, na primeira entrevista, uma das esposas cuidadoras morava em um terreno cedido pela prefeitura, em uma comunidade. Na segunda entrevista, ela havia mudado para outro bairro, onde comprou sua casa e destacou que está cuidando melhor da saúde e que participa de atividades, como caminhada. Também informou que tem acesso à Estratégia Saúde da Família (ESF), que recebe em casa assistência à saúde. A ESF começou no Brasil em 1994, desenvolvendo no nível de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde: ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade; prevenindo e reduzindo a carga de deficiências em excesso, doenças crônicas e mortalidade prematura (Kilsztajn, 2001).

Outro aspecto, o negativo, também focado no local onde residem. Tais aspectos dizem respeito à poluição, ruído, trânsito e clima; além da escassez de meios para produzir recursos financeiros com o próprio trabalho e de sentir que há segurança física:

“Estou insatisfeita com o local onde moro, pois, o ambiente que vivo é muito barulhento e poluído. Gostaria de ter uma casa melhor, mais dinheiro, poder arrumar minhas coisas... Reformar a casa... Satisfazer minhas necessidades.”

Observamos que o seu dia a dia das idosas baseia-se em dedicar-se exclusivamente para a família; tal comportamento gera solidão, e, por vezes, rompimento de laços pessoais e interação familiar conflituosa, estas que são consideradas as maiores causas da piora na qualidade de vida (Elias, 2001). O que pode tornar a idosa menos sociável, com sentimentos menos calorosos, sem se extinguir sua necessidade dos outros, com o gradual esfriamento de suas relações com as pessoas e acaba perdendo o que lhe dava sentido e segurança (Elias, 2001).

“Perdi quatro filhos: dois atropelados, uma de bala perdida e uma assassinada na porta de casa. Sou uma pessoa pouco informada, mas tenho que me aceitar do jeito que sou. Se eu pudesse, ia viajar ou fazer atividades como jardinagem, música ou ir ao cinema. Uma vez fui a um e foi muito lindo, sabe, foi um dia de princesa.”

As perdas relacionadas à violência urbana (ou do local onde a idosa vive) pode gerar um risco maior de isolamento social e saúde precária, pois, nesse caso em particular, o não acesso a recursos que atendam a suas necessidades, que vão desde materiais (incluindo recursos financeiros, moradia, transporte e serviços de saúde) até as necessidades emocionais, explicita a inexistência de uma rede de cuidados (que ligue o idoso e a família a serviços que garantam qualidade de vida) e escassez de informações (Caldas, 2000; Harvis, & Rabins, 1989).

Considerações finais

Até o presente momento, pouco ou quase nada se tem feito em relação à cuidadora idosa e viúva, no sentido de mitigar um possível avanço de problemas físicos, sociais, psicológicos e do local onde vive. Estes problemas que, por vezes, persistem, continuam a prejudicar a qualidade de vida já tão desgastada, pelo cuidado intenso e prolongado de um idoso dependente e pela sua perda.

As famílias que possuem pacientes acometidos por AVE sofrem alteração na sua dinâmica familiar e, em função disso, precisam se dedicar aos cuidados do doente.

Os cuidados ao longo do tempo trazem consequências físicas, psicológicas, sociais e comprometem a estrutura familiar da cuidadora. Essa pessoa passa por grande desgaste físico e psicológico como foi mostrado no estudo.

O domínio físico está relacionado com a saúde da cuidadora, que se deteriorou com a exposição continuada à sobrecarga relativa ao ato de cuidar.

O domínio psicológico abrange sentimentos positivos e negativos, relacionados ao ato de cuidar, que implica, muitas vezes, anular-se deixando de lado sua vida particular para assumir praticamente a vida desse familiar e sentimentos referente à perda do idoso dependente.

Não restam dúvidas de que a medicina avançou muito e consegue controlar a maioria das doenças das pessoas idosas com medicamentos (remédios), alimentação adequada e exercícios, contribuindo para que seja possível viver muitos anos com essas doenças sem qualquer problema maior.

Com certeza, morreremos com essas doenças, o que não precisamos, no entanto, é morrer por causa delas ou, o que ainda é pior, ficarmos dependentes em consequência delas e necessitarmos da ajuda de outras pessoas para fazer as coisas que gostamos todos os dias.

Os problemas só acontecerão se acreditarmos, erroneamente, que nos “curamos” dessas doenças e, assim, abandonarmos o tratamento que fazíamos. Se eu tenho que tomar o “remédio” da pressão todos os dias, assim tem que ser. A minha pressão ficará controlada justamente porque estou fazendo o tratamento correto.

O envelhecimento é um processo biopsicossocial e, embora muita ênfase seja dada aos aspectos biofuncionais no planejamento assistencial, a compreensão da dinâmica psicossocial da pessoa idosa é fundamental na compreensão da evolução de seu processo de vida.

Os aspectos psicossociais envolvem os aspectos psicológicos e os sociais normalmente muito relacionados nesse grupo etário. Muitas são as respostas emocionais apresentadas pelos idosos, como resultado do processo de envelhecimento normal, às doenças que podem estar presentes nessa fase da vida, às mudanças de papel ou *status* social, mudanças econômicas e modificações na sua rede de suporte social.

Enfatizando a necessidade de novas pesquisas, concluímos que um cuidador necessita, urgentemente, ser cuidado. O Programa Saúde da Família (PSF) pode ser uma estratégia eficiente para fazer em face esse desafio que é cuidar e ser cuidado.

O benefício da seguridade social é um fator importante para garantir a provisão de cuidados para os idosos, sejam familiares ou institucionais. Isso requer que a proteção garantida pelo benefício monetário seja assegurada e ampliada.

Referências

- Blay, S.L., & Marinho, V. (2006). Depressão na terceira idade. São Paulo (SP): *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 18(7), 150-155.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. *Implantando a linha de cuidado do acidente vascular cerebral (AVC) na rede de atenção às urgências*. Brasília (DF): MS, Secretaria de Atenção Especializada, Departamento de Atenção Especializada. Consulta Pública n.º 07, de 03 de novembro de 2011. Recuperado em 1 setembro, 2011, de: <http://www.saude.gov.br/sas>.
- Brasil. (2011). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010: questionário da amostra*. Recuperado em 10 março, 2015, de: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>.
- _____. (2006). *Portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília. Recuperado em 1 setembro, 2011, de: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>.
- _____. (2003). *Estatuto do Idoso*. Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. Publicada no Diário Oficial da União em 03 de outubro de 2003. Brasília (DF).
- Caldas, C.P. (2000). O sentido do ser cuidando de uma pessoa idosa que vivencia um processo demencial. Tese de doutorado, Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Camarano, A.A. (2003, set.-dez.). Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? São Paulo (SP): *Estudos avançados*, 17(49).
- Chauí, M. (1998). *Convite à filosofia*. (10ª ed.). São Paulo (SP): Ática.
- Debert, G.G. (1999). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo (SP): Edusp/Fapesp.
- Duarte, Y.A.O. (2001). *Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares*. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo.
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro (RJ): Zahar.
- Euzébio, C.J.V., & Rabinovich, E.P. (2006). Compreendendo o cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular Encefálico. *Temas em Psicologia*, 14(1), 63-79.

Ferreira, S.M.D. (2013, set.). Cuidados Paliativos: o necessário para o idoso com acidente vascular encefálico. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(5), 293-308. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18649/13837>. Recuperado em 19 março, 2015. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18649/13837>.

Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*, 34(2), 178-183.

Goldman, S.N. (2006). As dimensões sociopolíticas do envelhecimento. In: Py, L., Sá, J.L.M., Pacheco, J.L., Goldman, S.N. *Tempo de Envelhecer*. (2^a ed.). São Paulo (SP): Setembro.

Harvis, K.A., & Rabins, P.V. (1989). Dementia. Helping family caregivers cope. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27(5), 07-12.

IBGE. (2010). *Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados*. Recuperado em 01 janeiro, 2015, de: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf

Karsch, U.M.S. (Org.). (1998). *Envelhecimento com dependência: Revelando cuidadores*. São Paulo (SP): EDUC.

Karsch, U.M.S. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Rio de Janeiro (RJ): *Caderno de Saúde Pública*, 19(3), 861-866.

Kilsztajn, S. (2001). Programa de Saúde da Família. *Rev Assoc Med Bras*, 47(4), 285-286.

Lebrão, M.L., & Duarte, Y.A.O. (Orgs.). (2003). *O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília (DF): OPAS/MS.

Lopes, M.J.M., Meyer, D.E., & Waldow, V.R. (Orgs.). (1996). *Gênero e Saúde*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas.

Magalhães, D.N. (2000). *Anel mágico: o repasse entre as gerações*. Rio de Janeiro (RJ): Razão social.

Marques, S., Rodrigues, R.A.P., & Kusumota, L. (2006). O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. *Ref Latino-Am. Enfermagem*, 14(3), 113-120.

Mazeto, I.V. (2010). *Cuidadoras familiares de idosos dependentes por Acidente Vascular Encefálico: o cuidado e as perdas*. Dissertação de mestrado em Gerontologia, PUC-SP.

Oliveira, B. de. (2014). Quem Cuidará de Nós em 2030. Tese de doutorado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Oliveira, R.M.de, & Alves, V.P. (2014, setembro). A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA). *Revista Kairós Gerontologia*, 17(3), 305-327. ISSN 1516-2567. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/23208/16770>.

OMS. Organização Mundial de Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*/World Health Organization. Suzana Gontijo, Trad. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde.

_____. (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Organização Mundial da Saúde, Brasília (DF).

Penteado, R.Z., & Pereira, I.M.T.B. (2007). Qualidade de vida e saúde vocal de professores. *Revista Saúde Pública*, 41(2), 36-43.

Rezende, E.G., Lodovici, F.M.M., & Concone, M.H.V.B. (2012). A infinitude na religião: quando uma vida só não basta. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(Número Especial 12, "Finitude/Morte e Velhice"), 48-65. São Paulo (SP): FACHS/PEPGG/PUC-SP. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17037/12643>.

Rodrigues, T.S., *et al.* (2008). Qualidade de vida de cuidadoras familiares após a morte do idoso dependente por Acidente Vascular Encefálico. Trabalho de Conclusão de Curso, Pós-Graduação em Gerontologia, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

Lopes, K.F., Lúcio, L.M., Silva, L.B.da, Alves, M., Andrade, S.R.de, Rodrigues, T.S., Oliveira, B.de, Karch, Ú. (2009, jan.). Qualidade de vida de cuidadoras familiares após a morte do idoso dependente por acidente vascular encefálico. *Anais da XI Semana de Gerontologia, "Velhice e Longevidade: Desafios Atuais e Futuros*, 323-324. São Paulo (SP): *Revista Kairós Gerontologia*, 12(1), 323-324. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2792/1827>.

Plaud, C., & Sommier, B. (2011). Veuves joyeuses ou honteuses? Sexualité ou a-sexualité après 60 ans suite à la perte du conjoint. *Genre, sexualité & Société*, 6. Recuperado em 01 janeiro, 2015, de: URL: <http://gss.revues.org/2174>. (DOI: 10.4000/gss.2174).

Ruffino, N.A. (1992). Qualidade de Vida: compromisso histórico da epidemiologia. *Saúde em debate*, 35, 63-67.

Salimene, A.C.de M. (2003). Sexualidade no envelhecimento com dependência. *Rev Serviço Social e Sociedade*, 75(24), 171.

Salimene, A.C.de M. (2004). *Homens portadores de hemiplegia por Acidente Vascular Cerebral e Sexualidade. Um estudo qualitativo socioeconômico e sociocultural*. Tese de doutorado em Serviço Social, PUC-SP.

Santana da Silva, L.W., Squarcini, C.F.R., Santos Júnior, E.B.dos, Miranda da Silva, N., Santos, A., Pereira, S.de F.S., & Souza, F.G. (2015, jan.-mar.). Perfil de pessoas idosas com hipertensão arterial em um programa de atividade física com a família. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(1), pp.57-75. ISSN 1516-2567. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/23478/16852>. Acesso em 12 maio, 2015.

Silva, A.C.dos S., Lodovici, F.M.M., Lopes, R.G.da C., & Concone, M.H.V.B. (2015, janeiro-março). Idosos acometidos por Acidente Vascular Encefálico: uma visão gerontogeriatrica a partir de levantamento bibliográfico de trabalhos publicados na Revista Kairós Gerontologia. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(1), 151-162. ISSN 1516-2567. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/25515/18180>.

Concone, M.H.V.B., Oliveira, B.de, Lodovici, F.M.M., Lúcio, L.M., & Rodrigues, T.S. (2015, julho-setembro). Viúvas idosas: O que muda após a morte do marido doente? *Revista Kairós Gerontologia*, 18(3), pp. 265-293. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

Smeltzer, C.S., & Bare, G.B. (1994). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 1. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.

United Nations. (2012). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects: the 2012 revision, key findings and advance tables*. Nova York: United Nations. Recuperado em 12 maio, 2011, de:

<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAAahUKEwiXpMLGrNjHAhXJoYAKHR4PCCE&url=http%3A%2F%2Fwww.fn.no%2Fcontent%2Fdownload%2F18853%2F160781%2Ffile%2FWorld%2520Population%2520Prospect%25202012%2520revision.pdf&usq=AFQjCNEO5SGqeLmbu5niWTFehvo9hQn3Rw&bvm=bv.101800829,d.eXY>.

Zavala, V.M.de O. (2013, fevereiro). Widowhood, loneliness and sexuality in old age: mechanisms of coping and overcoming. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 16(Número Especial 15, "Eroticism/Sexuality and Old Age"), 105-138. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17556/13062>.

WHO. World Health Organization. (1995a). Facet definitions and questions. Geneva (Suíça): WHO.

WHO. World Health Organization. (1995b). The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (Whoqol): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41, 1403-1409.

WHO. World Health Organization. (1998). The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (Whoqol): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46, 1569-1585.

Recebido em 01/07/2015

Aceito em 30/09/2015

Maria Helena Villas Bôas Concone – Docente/Pesquisadora dos Programas de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais/FCS/PUC-SP e Gerontologia/FACHS/PUC-SP.

E-mail: mhconcone@yahoo.com.br

Bernadete de Oliveira – Mestre em Gerontologia e Doutora em Ciências Sociais (PUCSP/FAPESP). Docente em Cursos de Formação de Cuidadores de Idosos; Cursos, *lato sensu*, de Gerontologia (COGEAE/PUC-SP) e de Psicogerontologia (UNIP-Vergueiro); Cursos de Gerenciamento de Cuidados ao Idoso (EMS-Cidade de São Paulo).

E-mail: bbell_o@yahoo.com.br

Fláminia Manzano Moreira Lodovici - Docente/Pesquisadora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia/FACHS/PUC-SP. Filiada ao Departamento de Linguística/FAFICLA/PUC-SP.

E-mail: flalodo@terra.com.br

Lívia Monteiro Lúcio – Mestre em Gerontologia, PUC-SP. Pós-Graduada em Gerontologia, pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Israelita Albert Einstein. Curso de Atualização em Promoção de Saúde pela USP-SP. Atualmente é enfermeira da Associação Saúde da Família, Programa Acompanhante de Idosos.

E-mail: liviamonteirilucio@ig.com.br

Thuam Silva Rodrigues – Fisioterapeuta. Mestre em Gerontologia/PUC-SP. Pós-Graduado em Gerontologia, pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Israelita Albert Einstein.

E-mail: thuam@bol.com.br