

Proposta de prevenção do estresse do cuidador familiar do idoso com demência através da musicoterapia

Deisyane Gomes

Resumo:

O presente estudo apresenta uma proposta de intervenção musicoterapêutica para a prevenção da sobrecarga de estresse que o cuidar apresenta na qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com doenças degenerativas. A proposta se desenvolve através de experiências musicais, que implicam em atender as necessidades do cuidador. O presente estudo parte da descrição dos fenômenos, buscando as causas do estresse do cuidador, a origem, as relações, as mudanças e suas consequências para a vida do cuidador familiar.

Palavras-chave: musicoterapia, estresse, cuidador, idoso, demência.

Abstract:

Key words:

Introdução

O número de idosos, no Brasil, está crescendo rapidamente, e à medida que a idade avança, surge a possibilidade do desenvolvimento de doenças degenerativas, podendo o idoso à dependência, por comprometer sua funcionalidade. Nesta condição entra a pessoa do cuidador, que pode ser um membro da família e passa a despende a maior parte do seu tempo atendendo às necessidades do paciente, levando-o a um estresse emocional, psicológico e físico.

Problemas de natureza social, piora da saúde física e sintomas psiquiátricos, principalmente ansiedade e depressão, são as consequências mais comuns decorrentes de cuidar de um idoso com demência. Alterações comportamentais do idoso, mais do que dificuldades nas atividades rotineiras e instrumentais da vida diária, constituem um importante foco de impacto para o cuidador.

Estudos recentes demonstram a necessidade de estratégias de intervenção a serem desenvolvidas com a finalidade de reduzir o impacto sofrido pelo cuidador familiar. Segundo De Paula(2008),é indispensável o aumento nas abordagens sociais e profissionais aos cuidadores de pacientes com demência, pelo fato da má qualidade de vida desses cuidadores, sendo assim, a necessidade de buscar a manutenção e a melhoria em sua totalidade para eles por meio de novas táticas.

Baumgarten e Pelzer (2008) analisaram as possibilidades de intervenção que promovem a saúde dos cuidadores familiares de DA (Doença de Alzheimer), através de observação de 799 membros da uma comunidade virtual. A pesquisa se constituiu de orientações, medidas de promoção de saúde e serviço de ajuda. Compartilhar esses procedimentos e sentimentos é de extrema relevância a esses acompanhantes.

A partir dessas observações intervenção musicoterapêutica como facilitadora na promoção da melhoria do equilíbrio biopsicossocial do cuidador, envolvendo um processo interpessoal para ajudar o cuidador a melhorar, recuperar ou manter sua saúde física, emocional, mental e social.

Segundo Bruscia (2000), quando a música é utilizada como processo, a experiência de criar, re-criar ou ouvir música dá oportunidades ao paciente de descobrir, experienciar e transformar vários aspectos do eu, dos outros, e/ou a relação eu-outro.

O idoso e as consequências das doenças degenerativas

A população idosa cresce cada vez mais e com grande característica de ser heterogênea em virtude da educação recebida, profissão exercida e vida familiar. Envelhecer é um privilégio, contudo corre-se o risco de conviver com doenças degenerativas, que acometem grande parte das pessoas com 75 anos de idade ou mais. A doença de Alzheimer é responsável pela maioria dos casos de demência em idosos.

Bleuler (1985) caracteriza as doenças degenerativas por um empobrecimento e uma simplificação progressiva de todos os processos psíquicos, cognitivos e afetivos. Para o autor, o tesouro de representações e recordações empobrece: “Especialmente empobrecida é a capacidade de organização tanto no pensamento como no sentir” (p.376). Há em consequência disso, uma perturbação básica da capacidade de crítica e julgamento. Bleuler (1985, p.376) relata como esses doentes se apresentam:

Com ou sem sintomas nervosos, o doente fracassa lentamente no decurso de vários anos, ora mais rapidamente, em poucas semanas, no trabalho e no seu comportamento social. Torna-se superficial e negligente, esquece de pagar a conta no restaurante, ou se deixa servir sem ter dinheiro. [...] não cuida de si mesmo [...] compra quatro guarda chuvas de uma só vez sem saber porque, não é mais capaz de se orientar nas ruas. A cozinheira esquece de colocar sal na comida e põe açúcar na sopa.

Segundo Dalgalarro (2008, p.377), as doenças degenerativas definem-se, portanto, pelas perdas das múltiplas habilidades cognitivas e funcionais, sendo mais relevantes os seguintes aspectos clínicos:

- 1- Alteração de memória é o elemento central das doenças degenerativas, concentrando-se principalmente na memória recente, de fixação. Apenas em fases avançadas há perda de memória remota (aquela que armazena os dados mais fundamentais, como os fatos mais antigos e solidificados) e da capacidade de evocação;
- 2- Perda de múltiplas funções cognitivas, além da memória, como: alterações da linguagem (no início dificuldade em encontrar palavras e posteriormente afasias), agnosias (dificuldade ou

incapacidade de reconhecer pessoas conhecidas ou locais de sua cidade), das atividades gestuais no vestir-se, construir objetos, do raciocínio complexo, de habilidades aritméticas, da capacidade de aprendizagem e julgamento, orientação espacial, temporal e lateralidade;

- 3- Alterações das funções executivas: perda da capacidade de planejamento e monitorização de atos complexos, da capacidade para solução de problemas novos, diminuição da fluência verbal, perda da flexibilidade cognitiva, dificuldades com o pensamento abstrato, etc;
- 4- Alterações da personalidade, como a perda de hábitos sociais mais refinados e do controle emocional, com atitudes grosseiras e inadequadas. Verifica-se também progressivo desleixo com higiene pessoal, vestimenta, alimentação e atividades fisiológicas. Há uma tendência à desinibição da personalidade e à deterioração do comportamento social global;
- 5- Podem surgir sintomas psiquiátricos, como ideias paranoides, depressão, ansiedade, alucinações e delírios.

Garner (1997) diz que as demências implicam, portanto, uma progressiva e, com o tempo, profunda desorganização da vida mental e social do idoso. Há uma dolorosa perda da vida psíquica, sentida, sobretudo por pessoas mais próximas ao paciente.

A dependência

Segundo Carvalho Filho (2005) o idoso perde progressivamente sua capacidade funcional, ocorrendo a necessidade de adaptações ou dependências a uma nova situação, seja física, emocional ou econômico social. Podendo ser classificada em três tipos:

- 1- Dependência estruturada: é aquela em que a pessoa perde seu valor social. O homem vale pelo seu valor social; nesse caso o trabalho é colocado em nossa cultura como o mais alto potencial para sua sobrevivência. Quando o homem perde o trabalho, seja pela aposentadoria compulsória ou por doença, há uma mudança social em sua vida. Os recursos designados ao cidadão, advindos do sistema previdenciário, estão aquém dos anteriormente

recebidos oriundos do trabalho. Esta é uma das situações que levam o idoso a depender financeiramente da família;

- 2- Dependência física: pode tornar o indivíduo incapaz para realização das atividades da vida diária tais como: vestir-se, banhar-se, alimentar-se, preparar refeições, entre outras. A manutenção da independência do ser humano é um dos princípios fundamentais na vida do idoso. Quando esta não é mais possível o cuidador familiar deve intervir para atender às necessidades incluindo o ensino para o autocuidado;
- 3- Dependência comportamental: os idosos dependentes permanecem mais tempo no domicílio e seu relacionamento é mais restrito, ocorrendo quase que exclusivamente no âmbito familiar. Isto se dá pela necessidade de cuidado e também pela falta de recursos das famílias para proporcionarem aos idosos dependentes sua participação em atividades sociais. Outro agravante é que em nossa sociedade não existe infraestrutura arquitetônica para os dependentes participarem de atividades sociais. Assim, com a falta de recursos financeiros e físico-ambientais, a dependência física do idoso irá interferir na maioria de suas atividades.

O cuidador familiar

As alterações fisiológicas e biológicas no idoso exigem participação e ajuda dos familiares. Através da proximidade e dos vínculos emocionais, o sistema emocional da família é profundamente abalado, passam a se impor privações e modificações no estilo de vida para incluir as novas necessidades de seu membro doente.

Os cuidadores são em sua maioria membros da família que adotam o papel de cuidar do idoso. Estudos comprovam que grande parte do cuidador familiar é do gênero feminino, sendo esposas ou filhas, com a faixa etária entre 43 e 65 anos e residem com o idoso.

O cuidado prestado pelo cuidador familiar é marcado pelo despreparo psicológico e emocional que pode gerar, em várias ocasiões, conflito, insatisfação, insegurança e sensação de desespero. Assim, o cuidar pode causar desgaste físico e emocional, pois muita energia vital é cedida para que o cuidador passe a alimentar, educar e cultivar o crescimento do outro.

Diversos são os desafios que se apresentam no cotidiano do

cuidar, tais como a dificuldade de lidar com os quadros de agitação e de agressividade do ser cuidado, com a deambulação constante e especialmente noturna, provocada pelas alterações nos hábitos de sono e repouso, com os esquecimentos, a repetitividade, a teimosia e as solicitações constantes, com a falta de etiqueta à mesa e no trato social e, às vezes, apresentando comportamentos bizarros, como, por exemplo, despir-se sem preocupação da escolha do local (Carvalho Filho, 2005). O mais difícil no processo de cuidar está nesse convívio diário com os distúrbios de comportamento apresentado pelos idosos.

As principais dificuldades encontradas ao lidar com o idoso referem-se ao enfrentamento da teimosia de sua resistência em seguir as orientações, ficando o cuidador frequentemente abalado emocional, psíquica e fisicamente. A maneira negativa como o idoso trata o cuidador pode revelar a não aceitação da relação de dependência (Nakatani, 2005).

O cuidador familiar expõe-se a uma série de fatores estressantes como o peso das tarefas e as doenças advindas das exigências do trabalho e das características do idoso. Além disso, faltam-lhe informações, apoio físico, psicológico e financeiro para enfrentar a rotina, conforme as queixas dos cuidadores.

Para Scazufca(2001), as dificuldades das pessoas cuidadas em executar atividades da vida diária podem causar problemas na casa e estresse nos familiares e, por isso, têm sido apontadas como geradores do sentimento de sobrecarga nos cuidadores familiares. Para cuidar de um adulto dependente, é necessário ter condições físicas, espaço adequado e equipamentos que ajudam nas tarefas pesadas, como a locomoção e que permitam ao cuidador recuperar-se rapidamente, por exemplo, de uma noite mal dormida.

. Ocorre uma desestruturação na vida do cuidador. Nesse sentido, o cuidar de um idoso dependente exige muito mais que tempo, carinho, disponibilidade, abnegação de uma “outra vida”.

Além de desempenhar novos papéis e tarefas associadas ao problema do idoso, os cuidadores relatam frequentemente um sentimento de sobrecarga e também problemas à saúde mental, como depressão e ansiedade. A ansiedade configura um sentimento que participa da vivência do ser humano, sendo um estado de emoção que prepara o indivíduo para uma determinada situação no meio e contexto em que ele está inserido, e esta se torna patológica quando se apresenta de forma excessiva e desproporcional as necessidades, levando ao sofrimento. A depressão é caracterizada por uma multiplicidade de sintomas, os quais, agrupados caracterizam a depressão como uma doença que afeta as

relações interpessoais, levando o indivíduo a prejuízos sociais e pessoais, por isso, é considerada uma doença biopsicossocial.

Para Santos (2003), ainda há outros problemas decorrentes do ato de cuidar, como o estresse secundário à atividade do cuidado, a sobrecarga provocada pelo exercício da função de cuidador e a prevalência de depressão, ocasionando alterações na qualidade de vida ou de seu bem estar físico, psíquico e social. O cuidador familiar, geralmente lida com a perspectiva de um maior isolamento social, falta de tempo para si próprio e para o contato com a família e amigos, possíveis interrupções na carreira profissional, gastos excessivos e falta de tempo para lazer.

O estresse, processo geral pelo qual o indivíduo percebe e responde a eventos ameaçadores ou desafiadores, está inserido em nosso cotidiano e pode vir de várias direções. O estresse crônico influencia a vulnerabilidade da pessoa à doenças, afetando a qualidade de vida (Straub, 2005).

O cuidador de idosos dependentes é aquele que põe a necessidade do outro em primeiro lugar e, pressionado por necessidades imediatas, esquece-se de si mesmo, porque o cuidado constante toma praticamente todo o seu tempo, as suas forças, o seu lazer e até suas emoções. Assim, a rotina diária que determina os afazeres do cuidador exclui a sua vontade ou preferencia. Abre mão de sua vida para aquele de quem está cuidando.

As crenças em um ser superior, a fé, a espiritualidade e as práticas religiosas são percebidas pelos cuidadores como estratégias eficazes de enfrentamento da sobrecarga do cuidado, da angústia, do estresse e da depressão decorrentes do processo de cuidar. Para Costenaro e Lacerda(2001), ter cuidado com alguém ou alguma coisa é um sentimento inerente ao ser humano, ou seja, é natural da espécie humana, pois faz parte da luta pela sobrevivência e também do cotidiano dos cuidadores familiares dos idosos.

A musicoterapia na saúde do cuidador

A Música, como principal meio da Musicoterapia, é considerada um canal de comunicação e expressão de sentimentos, ideias e/ou conflitos. Ferreira (1999) e Chagas (2004) ressaltam que a música

possibilita ao ser humano a expressão de conflitos emocionais de forma não invasiva e permite que o paciente faça contato com seus conteúdos internos de maneira menos sofrida, proporcionando integrar aspectos físicos, emocionais e psicológicos. Nesse mesmo sentido, Milleco Filho et al (2001), ao tratar sobre o uso da música como terapia, narra que é através dela e/ou de seus elementos que o indivíduo pode se expressar e criar, mobilizando aspectos biológicos, psicológicos e culturais.

A Federação Mundial de Musicoterapia define musicoterapia como:

“A utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar, e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento” (1996).

A Organização Mundial da Saúde define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem estar físico, mental e social. Com o desenvolvimento deste conceito de saúde, passa-se de um modelo biomédico para um modelo biopsicossocial.

A partir dessa ideia de saúde é que se pretende propor uma intervenção musicoterápica com os tipos de experiências musicais descritas por Bruscia (2000), a fim de minimizar o estresse causado na saúde do cuidador familiar.

Na musicoterapia, há quatro tipos distintos de experiências. São elas: improvisação, re-criação, composição e receptiva. Cada um desses tipos de experiência musical possui suas próprias características particulares e cada uma delas é definida por seus processos específicos de engajamento, atendendo as necessidades do paciente. Assim, as várias formas de engajar o cliente no fazer música improvisada recaem sob a categoria dos métodos de improvisação, as várias formas de engajar o cliente em reproduzir música recaem na categoria dos métodos de re-criação, as várias formas de engajar o cliente em compor são chamados

métodos de composição e as várias formas de engajar o cliente em experiências de ouvir música são chamadas de métodos receptivos.

Nas experiências de improvisação tem-se por objetivos:

- Dar sentido à auto expressão e à formação de identidade;
- Desenvolver a capacidade de intimidade interpessoal;
- Explorar os vários aspectos do eu na relação com os outros.

Nas experiências re-criativas tem-se por objetivos:

- Melhorar as habilidades interativas;
- Aprender a desempenhar papéis específicos nas várias situações interpessoais;
- Preservar a identidade.

Nas experiências de composição tem-se por objetivos:

- Desenvolver habilidades de planejamento e organização;
- Solucionar problemas de forma criativa;
- Comunicar experiências internas.

Nas experiências receptivas tem-se por objetivos:

- Relaxar;
- Explorar ideias e pensamentos;
- Evocar estados e experiências afetivas.

Partindo dos objetivos descritos nas experiências musicais é possível desenvolver estratégias musicoterápicas de enfrentamento ao estresse do cuidador como: fortalecimento da autoestima, diminuição de ansiedade, organização do tempo, definição de metas, melhora nas relações sociais, controle de variáveis (ansiedade, estresse, depressão, apatia) e indica a potencialização de recursos protetores ou de resistência, em especial, atitudes, motivações e estados emocionais positivos (amor, afeto, alegria, otimismo).

Através da música, os cuidadores poderão ter acesso a conteúdos não revelados pela linguagem verbal, indo para qualquer tipo de fantasia ou mundo escolhido por eles mesmos, sendo, na maioria das vezes, um mundo cheio de vida, amor, companheirismo, amizade e lembranças de uma vida saudável, seja ela passada ou futura, porém carregada de esperança.

Através do canto, do tocar, do compor e do ouvir música (experiências musicais), os cuidadores podem expressar sentimentos que muitas vezes seriam difíceis de serem anunciados pelo verbal. Assim, através das experiências musicais, os cuidadores utilizarão a música como canal de comunicação e expressão de conteúdos internos e/ou emergenciais de maneira, talvez, menos invasiva, auxiliando na prevenção e/ou diminuição de estresse durante o processo de cuidar do idoso.

Portanto, a Musicoterapia tem muito a contribuir na promoção da saúde emocional, nos aspectos relacionais e de autoestima, no controle do estresse e na qualidade de vida, ampliando dessa forma, o bem estar e a auto realização do cuidador familiar.

Considerações finais

Podemos considerar que o cuidador familiar necessita de uma intervenção terapêutica a fim de, contribuir para a diminuição do estresse causado pelo ato de cuidar do idoso. A musicoterapia em suas potencialidades, assim apresentadas neste estudo, é uma intervenção que, através das experiências musicais possibilita a contribuição de melhora na saúde do cuidador, estabelecendo assim uma melhor qualidade de vida e enfrentamento de seu cotidiano.

Referências

CALDEIRA, A; RIBEIRO, R. *O enfrentamento do cuidador idoso com Alzheimer*. São Paulo, 2004.

PAPELÉO, M.. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1996.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LEINIG, C. *A música e a ciência se encontram: um estudo integrado entre a música, a ciência, e a musicoterapia*. Curitiba: Juruá, 2009.

BRUSCIA, K E. *Definindo musicoterapia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

RUUD, E. *Música e saúde*. São Paulo: Summus, 1991.

PÉREZ, L. *Síndrome do cuidador em uma população atendida por equipe multidisciplinar de atenção geriátrica*. *Rev.Cubana Enfermer* 2001; 17(2): 107-11.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. *Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico*. São Paulo: *Rev.Saúde Pública*, 2004;38(6).835-41.

ROCHA, M.; VIEIRA, M. *Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos*. Brasília: *Rev. Brasileira de Enfermagem*, 2008;61(6):801-8.

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M.; ALVARENGA, M. *Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família*. Florianópolis, 2008.

PANACIONE, G; ZANINI, C. *Musicoterapia na promoção da saúde e controle do estresse: um projeto em andamento*. São Paulo, 1996.

SILVA. F; CRAVEIRO, S. *Experiências de Re-criação Musical e Composição Musical em Musicoterapia: estratégias de enfrentamento ao estresse*. GOIÁS, 2010.

