

Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos

Andréa Evangelista Lavinsky^{1*} e Therezinha Teixeira Vieira²

¹Universidade Estadual de Santa Cruz. ²Universidade Federal da Bahia. *Autor para correspondência. Rua I, 73, 2. andar, Loteamento Monte Cristo, 45600-000, Itabuna, Bahia, Brasil. e-mail: lavinsky2010@yahoo.com

RESUMO. Envelhecer deixou de ser um fenômeno exclusivo dos países desenvolvidos e tornou-se comum também aos países em desenvolvimento, exigindo da família conhecimentos e habilidades para prevenir ou minimizar os efeitos da velhice e de patologias como o AVE. Propomos como objetivos identificar os sentimentos dos familiares envolvidos no cuidar desses idosos e analisá-los à luz da Teoria das Representações Sociais. Estudo descritivo, qualitativo realizado nos domicílios de idosos com AVE, em Itabuna-Ba, de julho de 2000 a julho de 2001. Os dados coletados por meio de entrevista semi-estruturada foram trabalhados a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin. Os sujeitos apresentaram-se envolvidos em um misto de sentimentos que envolve retribuição, amor, satisfação, medo, tristeza, pena, culpa, angústia, insegurança, nervosismo e impaciência ao cuidarem de seus familiares idosos. Esperamos contribuir com a reflexão sobre o cuidar de idosos em domicílio e o engajamento da enfermagem na orientação e no preparo técnico do familiar para o cuidado domiciliar.

Palavras-chave: idosos, AVE, cuidar em domicílio, familiar cuidador, sentimentos.

ABSTRACT. The process of taking care of seniors with cerebral vascular accident: relatives' feelings. Aging is not an exclusive phenomenon of developed countries, but also of developing countries. Thus, the family must have knowledge and abilities to prevent or to minimize the effects of aging and also of pathologies as the CVA. The aim is to identify the relatives' feelings involved in taking care of the seniors and to analyze them according to the Theory of Social Representations. This descriptive, qualitative study was performed in the CVA seniors' homes, in *Itabuna-BA*, from July 2000 to July 2001. The data, collected through semi-structured interview, were analyzed according to the content analysis proposed by Bardin. The subjects are shown to be involved in a group of feelings that involve retribution, love, satisfaction, fear, sadness, grieves, blame, anguish, insecurity, nervousness and impatience when they take care of their senior relatives. Thus, we hope to contribute to the reflection on taking care of seniors in the home and the nursing engagement in the orientation and the relative's technical preparation for the home care.

Key words: senior, CVA, home care, relatives, feelings.

Introdução

Na construção da história da humanidade, é incontestável a presença das pessoas idosas. Entretanto, viver até os 80 anos de idade, nas últimas décadas, já não é algo surpreendente, afinal, “um dos grandes êxitos do século XX foi o aumento da longevidade” (Persini, 1999). Nesse contexto, o processo de envelhecer deixou de ser um fenômeno exclusivo dos países desenvolvidos e tornou-se comum também aos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

No entanto, esse fenômeno traz consigo alterações que são próprias do processo de

senescência e, como agravante desse quadro, observa-se ainda o freqüente aparecimento de polipatologias nessa faixa etária, muito especialmente o Acidente Vascular Encefálico (AVE). Essas circunstâncias fazem os idosos requererem não só dos profissionais de saúde, mas também da família a utilização de conhecimentos e de habilidades para prevenir ou minimizar os efeitos secundários graves, de ordem física e/ou psico-social, que advêm dessas patologias.

Após um episódio de AVE, o cérebro lesado não consegue restaurar-se dos déficits neurológicos instalados, evidenciando-se, com isso, uma

deteriorização da qualidade de vida dos pacientes. Como referem Smeltzer e Bare (1994), pelo menos dois terços dos sobreviventes permanecem com algum grau de deficiência e tornam-se dependentes principalmente para falar, andar, ver ou sentir e, muitas vezes, são incapazes para exercer suas atividades da vida diária. É nesse contexto que surge um personagem de grande importância para o cuidar com vistas à reabilitação desses idosos enfermos: o familiar que cuida.

Considerando os diferentes espaços onde o ato de cuidar se concretiza, vislumbramos a necessidade de uma nova abordagem do conceito de cuidar, afinal, como refere Boff (1999, p. 34), “toda vida precisa de cuidado, caso contrário adoce e morre”.

Segundo esse autor, o cuidado encontra-se na essência do ser humano, motivando e permeando tudo o que realiza e pode ser visualizado na sua vida, desde o nascimento até a morte, fazendo parte do processo que o mantém vivo. Dessa forma, o cuidado não é visto apenas como um ato à parte, mas como um modo de ser, posto que o homem é “um ser de cuidado, [...] sua essência se encontra no cuidado [e ele coloca] cuidado em tudo o que projeta e faz” Boff (1999, p. 35). Acreditamos ser esse o motivo que faz emergirem inúmeros sentimentos nos indivíduos envolvidos nesse tipo de relação.

A larga utilização de familiares para o cuidado de idosos no domicílio é uma realidade. Muitos idosos não podem ser mantidos em instituições hospitalares, principalmente quando não mais precisam de um suporte médico-hospitalar específico, como os idosos vítimas de AVE. Estes, entretanto, continuam requerendo cuidados especiais que, certamente, serão oferecidos por um familiar, no domicílio, visto que a grande parcela de nossa população não dispõe de recursos financeiros que lhes permitam acrescentar ao orçamento mensal os custos da contratação de uma empresa que preste serviços de cuidados domiciliares ou um profissional particular tecnicamente preparado para a prestação de cuidados ao idoso no domicílio.

Leme e Silva (1996, p. 95) fazem referência a estudos ingleses que revelam que “95% de todos os cuidados de saúde aos idosos são ministrados pelos chamados ‘cuidadores informais’, que são cônjuges, filhos, noras, genros, sobrinhos, netos” que não dispõem de formação profissional de saúde, porém, são movidos por sua boa vontade e pela disponibilidade. É essa situação de despreparo técnico dos cuidadores que, por vezes, vem acarretar sobrecargas pessoais, alterações no modo de viver e exteriorização de sentimentos, posto que não

conseguem administrar bem o cuidado de si à medida que cuidam do outro – requisito indispensável à prestação de cuidados de qualidade que, sem dúvida, surgem como resultado de uma boa qualidade de vida do cuidador.

A temática proposta neste artigo originou-se da discussão de uma das três categorias analisadas na Dissertação de Mestrado de Lavinsky (2001), que teve como objeto de estudo o cuidar de idosos com limitações decorrentes do AVE, no domicílio.

Neste trabalho, o objeto estudado é, especificamente, os sentimentos dos familiares envolvidos no processo de cuidar de idosos com AVE. Para tanto, propomos como objetivos identificar os sentimentos dos familiares envolvidos no cuidar de idosos com AVE e analisá-los à luz da Teoria das Representações Sociais.

Material e métodos

Pesquisa qualitativa, descritiva que busca “descrições detalhadas de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos” Goldemberg (1998, p. 53).

Este trabalho está fundamentado nos pressupostos teóricos das Representações Sociais que, segundo Moscovici (1978), podem ser entendidas como a forma pela qual os indivíduos compreendem as coisas que os cercam, criando representações a partir de suas experiências. Os sentimentos representados pelos sujeitos da pesquisa foram elaborados a partir de um processo de imaginação e construção, seguido da atribuição de significados, constituindo o que Moscovici (1978) chamou de objetivação. Só então esse processo de elaboração cognitiva e simbólica constituiu-se pensamento formal e socialmente aceito (ancoragem).

O trabalho foi realizado nos domicílios dos familiares cuidadores de idosos portadores de limitações decorrentes do AVE, em Itabuna-Bahia-Brasil, no período de julho de 2000 a julho de 2001, sendo esses familiares os sujeitos do estudo.

A escolha dos sujeitos deu-se a partir de pesquisa documental, realizada no Same (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico) de um hospital filantrópico do município de Itabuna, onde buscamos, no livro de registro, pacientes que sofreram AVE, que tinham mais de 65 anos, residiam no referido município, foram internados e receberam alta hospitalar no ano de 2000. Obtivemos uma lista de códigos de 85 prontuários nos quais, após análise criteriosa, identificamos óbitos e a não referência de limitações, o que nos levou a uma lista de 33 nomes e endereços de idosos que possuíam limitações. A partir daí, nas

primeiras visitas realizadas, constatamos endereços não localizados, alguns óbitos e muitos idosos já recuperados das seqüelas. Por fim, dos idosos visitados, contatamos 6 (seis) familiares cuidadores que aceitaram participar da pesquisa, com os quais realizamos as entrevistas que compuseram o *corpus* deste estudo.

Utilizamos, como instrumentos de coleta de dados, um roteiro para pesquisa nos prontuários do SAME, um roteiro de entrevista semi-estruturada e as anotações de campo. A técnica de análise de conteúdo foi utilizada para a análise dos dados seguindo os três pólos cronológicos propostos por Bardin (1977): a pré-análise, a exploração do material e a análise e interpretação dos dados.

Os princípios éticos que nortearam esta pesquisa estão contemplados na Resolução 196/96 que regulamenta sobre pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 1996). O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Itabuna (BA).

Resultados e discussão

Entendemos que os conteúdos que compõem esse item se interrelacionam e se integram. Entretanto, para fins de organização ele está apresentado em dois momentos: caracterização dos sujeitos do estudo e objetivando/ancorando os sentimentos de familiares envolvidos no processo de cuidar de idosos com AVE.

Caracterização dos sujeitos do estudo

Para melhor identificação desses sujeitos, atribuímos a cada um deles nomes fictícios (de flores):

- *D. Margarida*: sexo feminino, 55 anos, estudou até a 4ª série do 1º grau, Católica não praticante, ex-abatedora de frango, esposa;
- *D. Rosa*: sexo feminino, solteira, 38 anos, 2º grau completo, Adventista do 7º Dia, não exerce a profissão, filha;
- *D. Violeta*: sexo feminino, 30 anos, divorciada, sem religião, confecciona bijouterias, sobrinha;
- *D. Azaléia*: sexo feminino, 54 anos, divorciada, 1º grau incompleto, Católica praticante, ex-costureira, filha;
- *D. Orquídea*: sexo feminino, 30 anos, casada, mãe de dois filhos, 1º grau completo, evangélica da Igreja Universal do Reino de Deus, ex-cabeleireira, filha;
- *Tulipa*: sexo feminino, 15 anos, 1º grau incompleto, Católica não praticante, ex-costureira e cuidadora da avó.

Objetivando/ancorando os sentimentos de familiares envolvidos no processo de cuidar de idosos com AVE

Agrupamos as manifestações de sentimentos dos familiares cuidadores que emergiram de sua relação com o idoso portador de limitações decorrentes do AVE, durante o processo de cuidar. Acreditamos que o envolvimento afetivo proporcionado pelos laços familiares dos sujeitos com os idosos apresenta uma profundidade tal que justifica a intensidade e a diversidade dos sentimentos representados. É o que reforça Teixeira (1998), quando se refere aos diferentes sentimentos e comportamentos apresentados pelos familiares, durante toda a evolução da doença, ao perceberem os investimentos realizados não só quanto à cura, ao tratamento, às perdas físicas e sociais mas, também, quanto à mudança de sua vida como um todo.

Neste sentido, é interessante observar que os sujeitos da pesquisa vêm-se tomados por um misto de sentimentos que envolve retribuição, amor e satisfação, medo, pena, nervoso e impaciência, ao prestar os cuidados aos idosos que, quando gozavam de independência e autonomia, dedicaram-lhes cuidado, amor e atenção, tomando para si o papel de pai e de tia amáveis, de esposo e de avó que assumiram o cuidado quando outros da família o negaram.

Geralmente, o cuidar tem sido a forma encontrada pelas filhas cuidadoras de retribuir a oportunidade de terem sido geradas e postas no mundo, o que significa que, semelhantemente, foram objetos de cuidado de seu idoso ou idosa. Portanto, cuidar dele (a) no momento em que não pode se cuidar sozinho, como o fazia quando era criança é, como destaca um dos sujeitos, “*uma forma de retribuir mais ainda*”. Afinal, como refere Boff (1999), se não tivesse recebido de seu pai o cuidado, não seria hoje um ser vivo. Podemos identificar aqui duas funções da representação social (Abric, 2000): a primeira é a função de orientação, quando a prática de cuidar é guiada pelo sentimento de retribuição; a segunda é a função identificadora, que diz respeito aos motivos que justificam a ação/decisão de cuidar de seu familiar doente.

Percebemos também que os sujeitos vêm a sua atividade cuidadora como indispensável, por meio da qual o idoso (a) está se recuperando, o que lhes confere uma “*satisfação imensa*”. Sentimentos semelhantes são descritos por Teixeira (1998, p. 191), quando postula que, além do estresse sentido pelo cuidador, este “*também pode sentir prazer e conforto quando se envolve produtivamente em suas tarefas e consegue bons resultados,*

independente dos esforços físicos e psíquicos exigidos”.

Por meio das verbalizações dos familiares, observamos que o cuidado não é simplesmente uma imposição, mas um exercício do eu, algo que se torna prazeroso, devido aos laços afetivos existentes entre cuidadores e idosos cuidados. Esses laços se fortalecem na oportunidade de retribuir cuidados recebidos pelo cuidador em tempos anteriores ao AVE do idoso e ainda motivam e explicam a atitude de assumir o cuidar, destacando a função justificadora do cuidar conforme Abric (2000).

Toda realidade é representada ou reapropriada pelo indivíduo, reconstituída no seu sistema de valores, com base na sua história e nos contextos ideológico e social em que vive (Abric, 2000). Neste sentido, além do sentimento de *retribuição*, emergem do conteúdo dos discursos representações de *tristeza e pena*, como demonstram algumas falas. A perda da independência, muito comum após os episódios de AVE, caracterizada principalmente pela dependência física e por não poder mais realizar as atividades da vida diária, tem despertado esses sentimentos no momento em que se percebe que a vida e a convivência não são mais as mesmas, motivando representações como “*se fosse no meu lugar eu não agüentaria*”.

A *ansiedade e o nervosismo* também têm sido predominantemente representados nas falas dos sujeitos da pesquisa, no momento em que o doente se sente impaciente, e o *nervosismo* surge em decorrência da impossibilidade de realizar algumas atividades. Esse sentimento experimentado pelo doente também afeta o cuidador, ao sentir-se cansado e sobrecarregado e ao vivenciar a impaciência do doente.

Essa não é uma realidade incomum. Cuidar de um idoso dependente é algo complexo e árduo que confere *sobrecarga de trabalho, responsabilidades, sobrecarga financeira, incertezas e cansaço físico* que, por vezes, desencadeiam sentimentos de *culpa, angústia, insegurança, desânimo*, bem como o *estresse*. Como afirma Teixeira (1998, p. 191), “o estresse do cuidador varia de pessoa para pessoa, de acordo com as características das responsabilidades, podendo variar no mesmo cuidador ao longo do tempo”.

Evidenciamos, paralelamente à sobrecarga de trabalho, outro aspecto tão necessário para o ‘bom cuidador’, que é a vontade de cuidar. As representações construídas acerca do cuidar de um familiar doente são frutos de uma vida e de um contexto cheios de histórias despertadoras de sentimentos que orientam comportamentos. É como afirma Jodelet (1998, p. 8): “mesmo sobre as

representações mais elementares, todo um processo de elaboração cognitiva e simbólica ocupa um lugar e orienta comportamentos”.

Sabemos que a mudança do estado de humor e a labilidade emocional do indivíduo após o AVE são situações esperadas e difíceis de lidar. Esse fato levou algumas cuidadoras a investirem no *amor, no carinho e na atenção* como formas de ajudar a superar as dificuldades e de fortalecer a paciência tão necessária ao familiar cuidador, ou seja, estratégias utilizadas para superar as dificuldades emocionais que surgem durante o processo de cuidar. A preocupação, a inquietação e o senso de responsabilidade de realizar tarefas e cumprir horários assemelha a atividade com *o cuidar de um bebê e como carga muito pesada*. Essas duas últimas surgem como categorias de pensamento por meio das quais a realidade é elaborada e expressa (Fernandes, 1998; Moscovici, 1978), agem como função orientadora, justificadora e identitária (Abric, 2000) e refletem a forma de pensar a relação com o cuidar de seu familiar em tais circunstâncias.

Destacamos a experiência dos familiares cuidadores ao lidarem com a *tristeza, com a raiva* e com a idéia de morte do familiar doente como frutos da aproximação durante o processo de cuidar. Neste sentido, Teixeira (1998, p. 195) afirma que, “ao se aproximar da velhice, da doença do outro, o familiar e também o cuidador deparam-se com o seu próprio envelhecimento e com sua própria finitude”. Essa condição cofere *medo* devido à representação social de que o velho é alguém inválido, dependente, sem autonomia e decrepto, fruto de uma sociedade marginalizadora e, como afirma Veras (1994), despreparada para a atual realidade de que já “não somos um país jovem”.

Como afirma Carvalho Filho (2000), o atendimento ou o cuidado domiciliar tornou-se uma grande tendência também em nosso meio. Nas verbalizações dos sujeitos deste estudo, percebemos a necessidade do preparo técnico do familiar cuidador para que possa prestar cuidados de qualidade ao idoso, no domicílio, da forma mais eficiente possível, evitando quedas, mau-jeito no movimentar e falta de destreza manual para a realização das tarefas, por mais simples que elas sejam. Essa necessidade tem sido um dos problemas do cuidar em domicílio, por ser esta uma atividade complexa para os familiares que recebem e assumem incubências para as quais não foram devidamente preparados.

Considerações finais

Muitos são os problemas vividos, após a alta hospitalar, pelo cliente e por sua família quando, no

domicílio, necessitam desenvolver tarefas para resolverem situações novas que surgem a partir desse momento, ou situações que já foram vivenciadas em companhia dos profissionais de saúde no hospital. Essa necessidade de resolutividade requer certo grau de preparo e, por vezes, desencadeia sentimentos que tornam a atividade de cuidar de um idoso enfermo, em domicílio, algo conflituoso. Entretanto, os profissionais de saúde, especialmente a (o), enfermeira (o), poderão minimizar essa situação, oferecendo orientações básicas de como cuidar de seu familiar em casa.

A orientação/educação para a saúde certamente trará grandes benefícios à recuperação do cliente e ainda proporcionará maior tranquilidade e apoio técnico-emocional aos familiares que irão desempenhar a difícil tarefa de cuidar do idoso no domicílio. Quando aconselhados e orientados, os familiares estarão mais preparados para intervir adequadamente nas situações de cuidado, sem que haja prejuízos a sua saúde física e emocional ou ao seu estilo de vida.

Em contrapartida, ao analisarmos as representações de sentimentos dos familiares envolvidos no processo de cuidar de idosos com limitações decorrentes do AVE, no domicílio, percebemos que eles não estão preparados para assumir o cuidar de um idoso dependente, vítima de um derrame, e superar as dificuldades advindas dessa nova situação.

Neste sentido, consideramos necessário o preparo técnico e, por vezes, a ajuda de alguém com quem possam dividir o preparo e a administração de alimentos e de remédios, o cuidado com o corpo, a prevenção de úlceras de pressão, a realização de exercícios passivos no leito, dentre outras tarefas grandemente dificultadas pela constituição física e limitações inerentes a esse idoso que já vive, na velhice, uma redução da capacidade de adaptação. Concordamos ainda com Teixeira (1998, p. 194) que afirma a necessidade de se “obter conhecimento sobre a doença, sobre as estratégias que devem ser usadas no cuidar, compreender seus sentimentos em relação ao doente e ainda conhecer mais a respeito de si mesmo”.

Só assim, acreditamos poder minimizar o impacto da nova situação de cuidar e, talvez, amenizar a intensidade e a diversidade de sentimentos que surgem durante o exercício dessa complexa tarefa.

Referências

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org). *Estudos interdisciplinares de representações sociais*. 2 ed. Goiânia: AB, 2000. cap. 1, p. 27-38.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. 4 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. Suplemento- 1996. v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996.
- CARVALHO FILHO, E. T. de. In: DUARTE, Y. A. de O. DIOGO, M. J. D. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000, /prefácio/
- FERNANDES, J. D. et al. Relações interpessoais no contexto organizacional: representações sociais de profissionais de saúde. *Revista da RENE*. S.v. João Pessoa, outubro-98 / material datilografado/
- GOLDEMBERG, M. *A arte de pesquisar - como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.
- JODELET, D. Representação Social: fenômeno, conceito e teoria. In: MOSCOVICI, S. *Psychologie Sociale*. Trad. Parcial por NÓBREGA S. M. 2ed. Paris: PUF, 1998.
- LAVINSKY, A. E. *O cuidar de idosos com Acidente Vascular Encefálico: representações de familiares cuidadores*. 2001. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador- Bahia, 2001.
- LEME, L. E; SILVA, P. S. C. P. da. O idoso e a família. In: PAPALEO NETO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996.
- MOSCOVICI, S. *A representação social da psicanálise*. Trad. CABRAL, A. Rio de Janeiro: Jahar Editores, 1978.
- PERSINI, L. Dignidade no outono da vida. *O mundo da saúde*. São Paulo: julho/ago, v. 23, n. 4, p.195-196,1999.
- SMELTZER, S. C; BARE, B. G. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 7 ed, v. 1, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1994.
- TEIXEIRA, M^a. H. Relação interpessoal: cuidador-idoso dependente/cuidador-família. In: CALDAS, C. P. (Org). *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.
- VERAS, R.P. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, UERJ, 1994.
- VERAS, R.P. Novo perfil das doenças: novos modelos de cuidado. In: *Abemid Informa*. s. v., s. n., s. d., p. 1.

Received on June 23, 2003.

Accepted on October 10, 2003.