

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE IDOSA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E FAMÍLIA¹

Geovana Hagata de Lima Souza Thaines Corrêa*

Roseney Bellato**

Laura Filomena Santos de Araújo***

Marilene Hiller****

RESUMO

Este artigo teve por objetivo compreender os núcleos de cuidado familiar e as trajetórias de busca por cuidados que compõem o Itinerário Terapêutico (IT) de uma idosa em condição crônica por sofrimento psíquico e sua família. Trata-se aqui de um estudo de caso de uma família que vivencia a condição crônica de uma idosa em sofrimento psíquico. Para apreensão desta vivência utilizamos o método "História de vida focal, operacionalizado pela "Entrevista em profundidade", e na organização e análise dos dados, empregamos o desenho do genograma e trajetória de buscas por cuidados que compõem o IT. A análise evidenciou que a família se organiza em núcleos para gerenciar o cuidado à idosa, fazendo um rodízio do cuidado diante da situação de estresse do cuidador principal. A busca por diversos profissionais de uma mesma especialidade pareceu resultar da pouca resolutividade diante do sofrimento psíquico da idosa, persistente e agravado ao longo do tempo. Concluímos que o cuidado profissional à idosa limitou-se às intervenções diagnósticas e/ou terapêutico-medicamentosas para os sintomas, isolando-os do contexto de sua vida e de sua família. Apreendemos também a dificuldade dos profissionais em diagnosticar algo tão subjetivo como o sofrimento psíquico e em lidar com as repercussões deste na família e na pessoa idosa.

Palavras-chave: Família. Idoso. Saúde Mental. Doença Crônica.

INTRODUÇÃO

Atualmente, com a diminuição das doenças infectoparasitárias, a melhora das condições e o aumento da expectativa de vida, há o predomínio de agravos crônicos, desenhando-se um novo perfil epidemiológico no Brasil e em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde ⁽¹⁾ denomina atualmente de "condição crônica" as doenças transmissíveis (a exemplo do HIV/AIDS), as doenças não transmissíveis (a exemplo das doenças cardiovasculares, o câncer e o diabetes *mellitus*) e, também as incapacidades estruturais, tais como cegueira e amputações. Estas condições crônicas guardam entre si características comuns, pelo fato de serem persistentes e de necessitarem de cuidado continuado e prolongado e por suas inúmeras repercussões na vida das pessoas, nas famílias,

nos serviços de saúde e na sociedade. Entendemos que estas repercussões recaem, sobretudo, sobre a família, pois é neste espaço social que as pessoas em condição crônica requerem a continuidade e permanência do cuidado.

Também nos chama a atenção o aumento significativo no número de idosos ao longo das últimas décadas, na população mundial e, de modo específico, na brasileira, fato que contribui para o aumento das condições crônicas. Em 1991 a população de idosos no país girava em torno de 10,7 milhões de pessoas; em 2000 essa população subiu para 14,5 milhões e há estimativa de que em vinte anos chegará a 30 milhões⁽²⁾. Com este fenômeno de envelhecimento, há um aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas como as demências senis, as psicopatologias e outros agravos relacionados ao avanço da idade,

¹ Estudo vinculado à pesquisa matricial "Avaliação dos múltiplos custos em saúde na perspectiva dos itinerários terapêuticos de famílias e da produção de cuidados em saúde em municípios de Mato Grosso", sob responsabilidade do Grupo de Pesquisa "Enfermagem, Saúde e Cidadania" (GPESC) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT).

** Enfermeira. Mestranda da FAEN/UFMT. Membro do GPESC. Email: geohagata@gmail.com

*** Doutora em Enfermagem. Docente da FAEN/UFMT. Líder do GPESC. Email: roseney@terra.com.br

**** Doutora em Enfermagem. Docente da FAEN/UFMT. Integrante do GPESC. Email: laurafil1@yahoo.com.br

***** Enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde do Mato Grosso. Mestre em Enfermagem. Membro do GPESC Email: marilenehiller@hotmail.com

trazendo quadros de sofrimento psíquico.

Decidimos abordar o conceito de sofrimento psíquico não especificado de uma pessoa idosa por considerar que esta condição exige uma intensa produção de cuidados contínuos e prolongados por parte de seus familiares. O sofrimento psíquico caracteriza-se como algo cuja origem se desconhece e que leva a pessoa a reagir, na maioria das vezes, de forma imprevista, com angústias, distúrbios de caráter, compulsões, etc. ⁽³⁻⁴⁾ O sofrimento psíquico, mesmo não se caracterizando como uma patologia, pode ser considerado uma condição crônica, já que não é temporário e passa a fazer parte da vida da pessoa por um longo período, atingindo a todos aqueles que convivem com ela ⁽⁵⁾.

Se, por um lado, à família é imputada a responsabilização moral pelo cuidado aos seus membros, por outro, indagamos de que modo o cuidado profissional tem sido eficaz e resolutivo em apoiá-la na produção e gerenciamento do cuidado familiar. Pressupomos que seja a família a cuidadora primária de seus membros, portanto, o lugar onde a integralidade do cuidado pode, ou não, construir-se cotidianamente, na medida da garantia do direito de lhe serem ofertadas práticas profissionais que a amparem nesta função ⁽⁶⁾. Trata-se, prioritariamente, de deslocar o eixo da possibilidade da integralidade do espaço dos serviços de saúde aonde as pessoas pontualmente vão, para o espaço da cotidianidade, onde as pessoas vivenciam seu adoecimento e se cuidam.

Se o cuidado à pessoa idosa é, conforme o artigo 3º do Estatuto do Idoso ⁽⁷⁾, obrigação da família, mas também da comunidade e da sociedade como um todo, esse cuidado tem sido delegado, na grande maioria das vezes, à família, especialmente à mulher. Por outro lado, o fato de o cuidador ter uma história de vínculo familiar e afetivo com o idoso em sofrimento psíquico não torna o cuidado mais fácil - ao contrário, realizá-lo pode ser mais desgastante e difícil ⁽⁸⁾. Como agravante dessa situação, buscaremos evidenciar a fragilidade da organização dos serviços de saúde no município de Cuiabá - MT para a oferta de cuidado e acompanhamento da família em sofrimento psíquico de nosso estudo, da qual resulta que a família torna-se o principal núcleo de produção e gerenciamento de cuidados

contínuos e prolongados requeridos por um ou mais de seus membros idosos e vivência desgastes das mais variadas ordens (físico, emocional, financeiro e outros). Fica, assim, evidenciada a importância deste estudo para a compreensão dos múltiplos custos gerados a partir dos cuidados demandados por pessoas idosas nessa condição crônica, na perspectiva da própria família cuidadora.

Nesse contexto, nosso objetivo é compreender os núcleos de cuidado familiar e as trajetórias de buscas por cuidado que compõem o itinerário terapêutico (IT) de uma idosa em condição crônica por sofrimento psíquico e de sua família.

METODOLOGIA

O estudo é de abordagem qualitativa sob forma de estudo de caso ⁽⁹⁾. Essa modalidade de estudo, para a qual se elege um caso específico, permite a compreensão aprofundada de um único caso, levando-nos a maior aproximação da vivência de uma família para compreendermos seus modos de se reorganizar ante as situações geradas pela condição crônica.

Nosso sujeito de estudo foi uma família residente em Cuiabá - MT que vivencia a condição crônica de sofrimento psíquico de um de seus membros, uma idosa de 72 anos. Essa família foi escolhida pelo fato de um de seus membros, essa idosa, vivenciar esta condição crônica e fazer ou já ter feito uso de serviços públicos de saúde no município de Cuiabá. A busca se deu através do Núcleo de Medicamentos de Alto Custo da Secretaria de Estado de Saúde, por ser o local que oferece medicação para uma gama de agravos, entre eles, Alzheimer. Assim a família da idosa, tendo sido contatada por meio deste serviço, por fazer uso de medicamento para o (então) diagnóstico de Alzheimer, aceitou participar deste estudo.

Os dados foram obtidos por meio da História de Vida Focal (HVF), operacionalizada por meio da Entrevista em Profundidade (EP). Essa estratégia metodológica traz a possibilidade de compreensão profunda da vivência do adoecimento, sendo necessária a construção de uma relação de proximidade entre o pesquisador e sujeito da pesquisa, por meio de uma interação que permita graus de aprofundamento ⁽¹⁰⁾, o que

pressupõe vários encontros de entrevista. Realizou-se uma entrevista aberta, iniciada com a questão norteadora “Conte-nos como foi a experiência do adoecimento e de busca por cuidado empreendida pela família, e como isto tem afetado a vida familiar”.

Foram entrevistados dona Ana e outros três membros de sua família, pelo fato de serem diretamente ligados ao seu cuidado: Ivete e José, filhos de dona Ana, e um de seus netos. As entrevistas ocorreram em diferentes momentos, num total de quatro encontros. No momento deste estudo, a filha mais velha era a cuidadora principal e foi o nosso primeiro contato. O filho mais novo tinha uma participação constante no cuidado à mãe, e o neto morou com a avó no início dos primeiros sintomas. Os encontros para EP se deram entre janeiro e abril de 2009.

A organização e análise dos dados deu-se por meio do genograma, ferramenta analítica⁽¹¹⁾ que nos possibilitou visualizar os núcleos familiares e compreender a conformação transgeracional da família e os rearranjos por ela realizados para produzir e gerenciar o cuidado. Destacamos no genograma os diferentes núcleos de cuidado construídos pela família para garantir o cuidado à idosa (figura 1). Outra ferramenta analítica utilizada foi a trajetória de buscas por cuidado⁽¹²⁾ empreendida por dona Ana e sua família (figura 2), demonstrando o atendimento à idosa realizado pelos serviços de saúde, o que nos ajudou a compreender as facilidades, dificuldades e limitações encontradas por eles, bem como aquilo que foi oferecido como reposta pelos serviços e pelos profissionais de saúde. Esses desenhos analíticos compõem o *Itinerário Terapêutico*, uma ferramenta que permite compreender o processo de adoecimento e a busca por cuidado, e os serviços, por sua vez, disponibilizam cuidados para atender às necessidades de saúde dessas pessoas⁽¹²⁾.

O estudo seguiu todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual trata de pesquisas que envolvam seres humanos, e o projeto matricial foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller (UFMT), registrado sob protocolo n.º 307/CEP-HUJM/06. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e as entrevistas foram gravadas e

transcritas na íntegra, com todos os nomes fictícios, para preservar-lhes o anonimato.

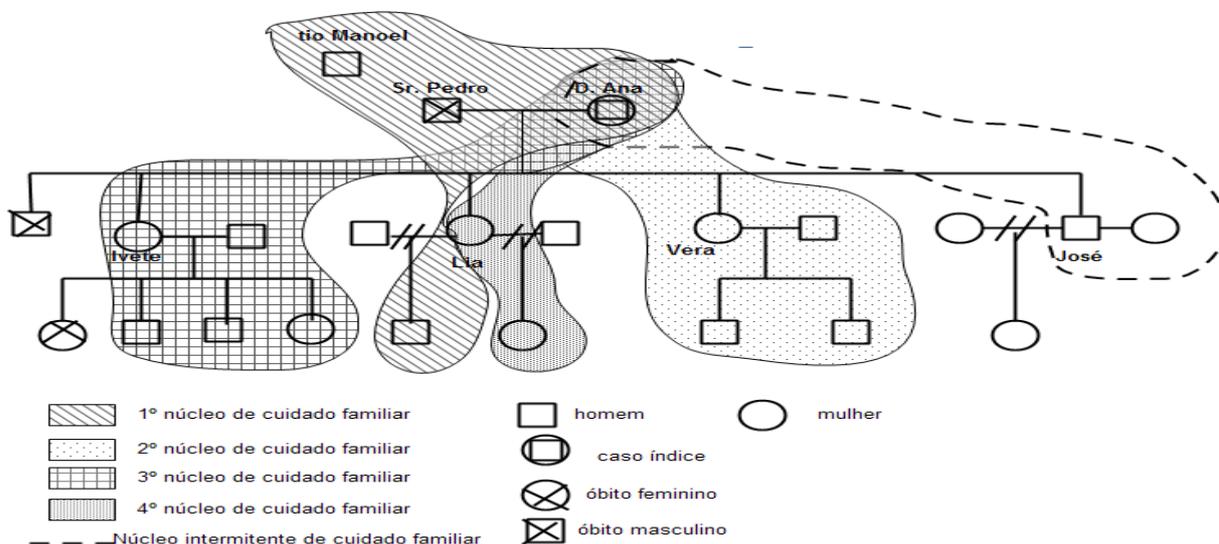
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dona Ana foi casada por vinte e cinco anos com o senhor Pedro, com quem teve cinco filhos: o primeiro nasceu morto; a segunda é Ivete, seguindo-se Vera, Lia e José, seu filho mais novo. Morou inicialmente em Campo Grande (MS) com o esposo e os filhos, mas logo se mudaram para Cuiabá. O senhor Pedro faleceu em 2004 e, com isso, dona Ana passou a morar com os filhos, constituindo-se assim vários núcleos de cuidado familiar ao longo de sua experiência de adoecimento, conforme observado no genograma abaixo (Figura1). Esses diferentes núcleos se constituíram a partir dos cuidados continuados e prolongados exigidos pela condição crônica de dona Ana e, principalmente, pela sobrecarga e estresse dos cuidadores, com os quais a idosa passa a morar de tempos em tempos.

No início dos primeiros sintomas os cuidados eram realizados pelo esposo de dona Ana, com quem coabitava e convivia diariamente, constituindo-se no primeiro núcleo de cuidado familiar, do qual também faziam parte um neto e um primo do esposo de dona Ana, o senhor Manoel, que, pela relação próxima que mantém com os filhos de dona Ana, é chamado por eles de tio. Com a morte do esposo, em 2004, o cuidado passou a ser assumido pelos filhos, que precisaram se organizar para realizá-lo. Um estudo⁽¹³⁾ demonstra que a escolha do cuidador de um idoso nem sempre se dá por acaso: pode ser devido a um pedido do idoso, por falta de opção ou até mesmo por vontade de um dos familiares. Na família de dona Ana, é pela disponibilidade de tempo e pelo nível de estresse em que se encontra o atual núcleo de cuidado que se define o próximo núcleo e, nele, o cuidador principal. Dessa forma, ocorre rodízio do cuidado, embora este não seja planejado e preparado antecipadamente, mesmo a família sabendo da sobrecarga gerada pelo cuidado à idosa. Ao contrário, o rodízio acontece no momento de maior nível do estresse, quando o cuidador e sua família não suportam mais a situação.

Então, estressa quem mora com ela, estressa... Os sobrinhos..., estressa o marido... da minha ex, meus cunhados... Tem hora que todo mundo fica nervoso! Todo mundo fica estressado! (pausa) Aí

é essa hora que tem que ir pra outra casa, pra outra irmã! (Risos) – (José)



THAINES, G.H.de L.S. Genograma de um idoso com Alzheimer. Junho, 2009.

Figura 1: Genograma de Dona Ana

No início dos primeiros sintomas os cuidados eram realizados pelo esposo de dona Ana, com quem coabitava e convivia diariamente, constituindo-se no primeiro núcleo de cuidado familiar, do qual também faziam parte um neto e um primo do esposo de dona Ana, o senhor Manoel, que, pela relação próxima que mantém com os filhos de dona Ana, é chamado por eles de tio. Com a morte do esposo, em 2004, o cuidado passou a ser assumido pelos filhos, que precisaram se organizar para realizá-lo. Um estudo ⁽¹³⁾ demonstra que a escolha do cuidador de um idoso nem sempre se dá por acaso: pode ser devido a um pedido do idoso, por falta de opção ou até mesmo por vontade de um dos familiares. Na família de dona Ana, é pela disponibilidade de tempo e pelo nível de estresse em que se encontra o atual núcleo de cuidado que se define o próximo núcleo e, nele, o cuidador principal. Dessa forma, ocorre rodízio do cuidado, embora este não seja planejado e preparado antecipadamente, mesmo a família sabendo da sobrecarga gerada pelo cuidado à idosa. Ao contrário, o rodízio acontece no momento de maior nível do estresse, quando o cuidador e sua família não suportam mais a situação.

Então, estressa quem mora com ela, estressa... Os sobrinhos..., estressa o marido... da minha ex, meus cunhados... Tem hora que todo mundo fica nervoso! Todo mundo fica estressado! (pausa) Aí é essa hora que tem que ir pra outra casa, pra outra irmã! (Risos) – (José)

O Manual do Cuidador da Pessoa Idosa ⁽¹⁴⁾ sugere que o cuidador principal planeje as ações diárias e, se possível, divida as tarefas com outros familiares. Se necessário, ele deve contar com a ajuda de um moderador para planejar o cuidado ao idoso e incentivar os cuidadores a também cuidarem da própria saúde. Essas medidas são aconselhadas para evitar tanto o desgaste do cuidador como o do idoso, que, dependendo do estágio de sua doença, compreende o que está acontecendo de mudanças com a família e consigo mesmo. Dona Ana expressa que tem essa compreensão em diferentes momentos de sua narrativa:

Eu não dexava ele (o marido) dormir, tinha muita insônia. Nossa senhora! Não conseguia dormir. Quando ele tava começando dormir eu acordava ele: “Eu não consigo dormir”. Não conseguia dormir. Ele pedia, coitado: “deixa eu dormir”. “Não tô conseguindo dormir! Me leva no médico”. Ele me levou no médico, deu remédio

pra dormir [...] Eu tenho, assim, crise [...] eu peço pra ela assim: “me interna, precisa me internar!”. Aí eu fico assim: “ai... ai... ai...” (D. Ana).

Dona Ana nos mostra que percebe toda mudança que seu adoecimento trouxe para si e para a família. Ela chega ao ponto de pedir para ser internada, na intenção de não mais incomodar, denotando que sofre com esta situação. O rodízio e o planejamento do cuidado entre os filhos, possibilitaria que o estresse do cuidador e da pessoa cuidada diminuísse, causando menor desgaste na relação entre a mãe e as filhas.

Problemas sociais, agravado à saúde física e a depressão são as consequências mais comuns do impacto de cuidar de um idoso em sofrimento psíquico. Além disso, mais do que as dificuldades nas atividades rotineiras, são os transtornos de comportamento do idoso o que mais afeta o cuidador⁽¹⁵⁾, tal como Ivete reitera em suas narrativas:

Agora ela tá aí, quietinha, mas também hoje ela, mas também hoje, ela anda mais de dez quilômetro dentro do apartamento! Ela anda, anda, anda sem parar! Uma andação que seu sangue vai subindo, vai subindo, vai subindo, que você não “guenta” isso! (Ivete)

A gente cansa, fica nervosa. Eu falei pro médico, eu falei pra ele: “Olha, eu tô pra ter um negócio!”. Porque eu já tive muito problema de saúde, muito mesmo, eu já fiz umas quinze cirurgia em mim! Tive muito problema de saúde, e a minha pressão é alta, várias vezes já fui pro hospital porque minha pressão sobe muito. Então, eu tento me controlar, só que já falei pro médico: “ultimamente tá difícil! Eu preciso voltar a fazer as coisas que eu fazia antes, porque senão eu parto! (Ivete)

É possível perceber ainda, que, em todos os momentos, o filho mais novo se coloca como um gerenciador do cuidado e dos conflitos entre as irmãs e a mãe. O termo “gerenciador do cuidado” surge porque José não participa dos cuidados cotidianos à mãe, porém, de forma indireta, está sempre presente no processo de cuidado, acalmando a mãe e as irmãs por telefone ou trazendo a mãe para sua casa nos momentos de maior estresse das irmãs, que são as cuidadoras principais. Também é ele que empreende buscas por informações e

profissionais médicos, dentre outras. Regularmente, dona Ana passa temporadas ou finais de semana com José, nos momentos em que as filhas não suportam o nível de estresse que esse cuidado acarreta, como ele mesmo nos diz:

E aí, é quando tem esse pico de estresse, a gente vê que num dá mais, né, geralmente eu fico com ela uma semana sim e outra não, também quando eu tô aqui. Pego ela nos fins de semana, né? Aí eu levo ela pra casa, aí eu fico sexta, sábado, domingo; na segunda-feira de manhã levo ela pra respectiva irmã. (José).

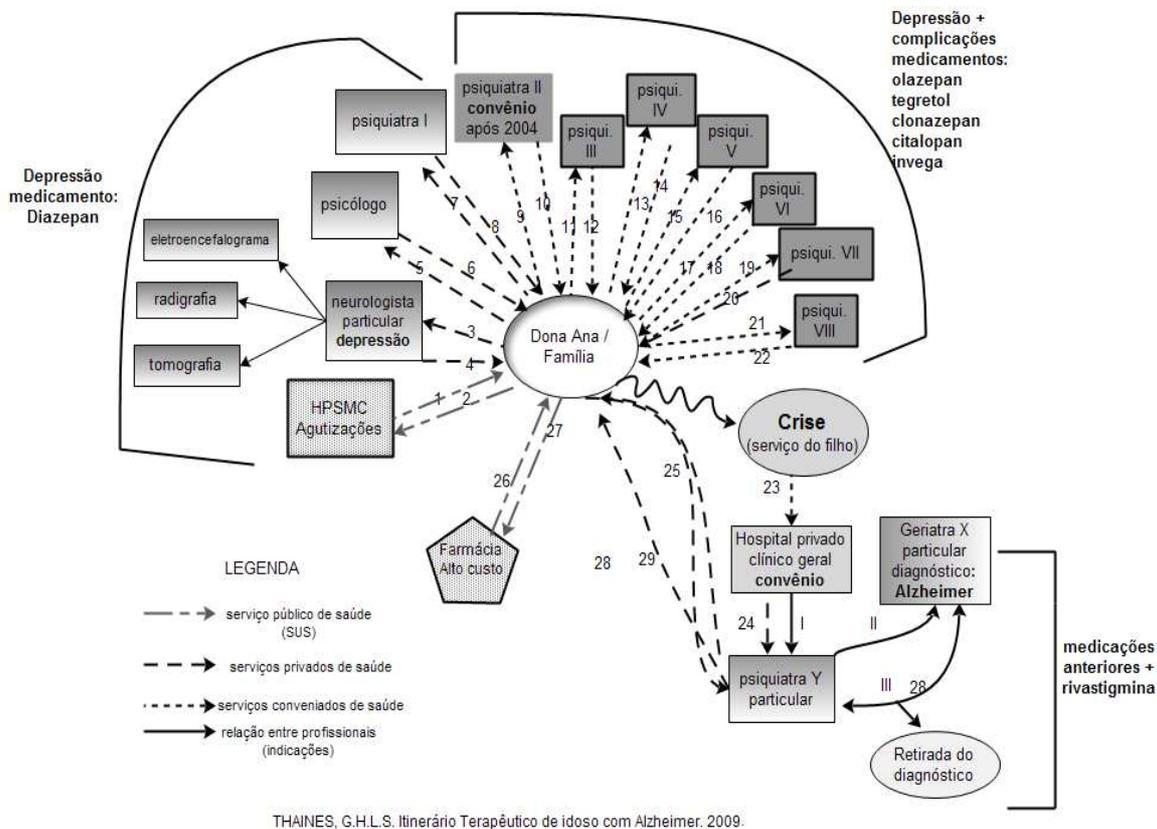
A narrativa de José mostra que o cuidado mais continuado é delegado às demais irmãs, demonstrando que os “filhos tendem a dar suporte financeiro [...] enquanto que as filhas tendem a prover cuidados pessoais e do dia a dia”^(13:528). Para a filha Ivete, os cuidados do dia a dia com a mãe representam ter que cuidar da medicação, evitar que sofra acidentes em casa, não dormir devido a sua insônia, levá-la ao médico, ao dentista, entre outros. Esta cotidianidade do cuidado implica, para Ivete, o abandono de suas atividades anteriores, passando a dedicar-se apenas ao cuidado à mãe, mantendo-a perto todos os momentos, sob estreita e contínua vigilância.

A gente num tem como viver de acordo com o que ela quer, num tem jeito! Num tem jeito de fazer... Ela lá em casa fica mais presa porque eu num saio. (breve silêncio). Eu sô uma pessoa assim: eu gosto de sossego, de tranquilidade... Eu gosto de ficar sozinha (ênfase)... Entendeu? Num é que eu, tá certo, eu gosto de todo mundo, meus filho, todo mundo dentro de casa, mas tem que ter um dia (ênfase) prá mim! (Ivete).

Compreendendo a situação que Ivete vivencia, consideramos que seria salutar que o cuidado poderia ser acordado entre os membros da família, de modo a não sobrecarregar a cuidadora principal. Esta poderia ter um momento para si, de modo a poder desenvolver atividades que anteriormente realizava diminuindo, talvez assim, seu estresse e desgaste emocional.

Nos diversos núcleos de cuidado familiar de dona Ana, evidenciamos que as buscas por cuidado e por resolução de seus problemas de saúde se deram por diferentes percursos, com trajetórias muito próprias, a depender dos

recursos disponíveis e potenciais de cuidado de seus membros, conforme o desenho da trajetória de busca por cuidado (Figura 2).



THAINES, G.H.L.S. Itinerário Terapêutico de idoso com Alzheimer. 2009.

Figura 2: Trajetória de busca por cuidado empreendida por Dona Ana e sua família.

Inicialmente, como o esposo de dona Ana não possuía convênio de saúde, a busca por cuidado era empreendida em uma unidade de urgência e emergência municipal em Cuiabá (setas 1 e 2 da figura 2). As idas e vindas a esta unidade se davam à medida que ocorriam períodos de maior insônia e exacerbação dos sintomas do sofrimento psíquico de dona Ana. Ainda com o esposo, ela passou por um neurologista, um psiquiatra e um psicólogo (setas de 4 a 8 da figura 2), todos no setor privado, quando foi firmado seu primeiro diagnóstico: depressão.

Com a morte do esposo, o cuidado, delegado aos filhos, passa a ser empreendido através de um convênio de saúde. O convênio é feito pelo filho mais novo, que, percebendo a piora dos sintomas da mãe, sente a necessidade de atendimentos médicos mais frequentes. Os filhos chegam a levar dona Ana a cerca de sete

psiquiatras conveniados sequencialmente (psiquiatra II ao VIII da figura 2). A busca por tantos profissionais diferentes, as da mesma especialidade, parece ter sido resultante da pouca resolutividade obtida em relação aos sintomas de sofrimento psíquico de dona Ana, persistentes e cada vez mais agravados. A cada consulta com um psiquiatra, mais medicações lhe eram prescritas, não havendo, na percepção dos filhos, melhora em seu sofrimento.

Aí eu falei: “Não!”. Cada vez que ia nesses médicos, voltava com um saco de remédio! Eu falei: “não, mais isso não tá certo!”. E ela cada vez ficando mais... transformando e ficando mais agressiva [...]. Falei: “Eu vô lá nas outras consulta pra vê”. Aí eu vi como é que os médicos tava atendendo, no maior pouco-caso lá. Aí eu falei pro meu irmão, eu falei: “Olha, vamo tê que dá um jeito de trocá esse médico que ela tá indo!” (Ivete).

Segundo referem os filhos, quando ainda morando com o esposo, dona Ana fazia uso principalmente do diazepam, utilizado para acalmá-la em suas crises iniciais. Após a morte do esposo, nas inúmeras idas e vindas aos diversos psiquiatras (setas 9 a 22 da figura 2), ainda segundo os filhos, ela passa a usar outras medicações, como olazepan, tegretol, clonazepan, citalopam e invega, de forma concomitante. No uso destas medicações, dona Ana não apresentou melhora em sua insônia, ansiedade e agitação, assim como não amenizou o sofrimento seu e o da família.

Essa falta de resolutividade médica faz com que os filhos sempre busquem outros médicos que possam lhe trazer alguma melhora, evidenciando que “uma nova busca por cuidado é gerada quando as necessidades de saúde não são atendidas e nem identificadas pelo profissional de saúde”^(16:63). Desta forma delinea-se, nos diferentes percursos de busca empreendidos, uma trajetória muito própria. O fato de o profissional de saúde atender com “*pouco-caso*” é outro fator que contribui para a busca por outro profissional, que consiga perceber a necessidade de saúde trazida pela pessoa e sua família, tal como evidenciam as narrativas de Ivete e José:

Simplesmente, nem médico do SUS atendia do jeito que eles atendiam: ela sentava, ele sentava aqui: – “oi dona Ana, o que se passou? O que aconteceu, dona Ana? Ah, esse remédio não deu certo? Eu vô passa outro!”. Aí, ia lá um monte de caixa! Aí, a última vez, na última consulta lá com o médico, ela voltô com um saco desse tamanho de remédio! (ênfase). Aí que eu falei: “Não! Esse negócio num tá certo, num tá certo! A gente tem que procurá um outro médico, trocá!”. (Ivete)

Nós trocamos de psiquiatra várias vezes... fomos em uns... acho que em uns oito psiquiatras aqui, dez psiquiatras. É sempre diagnosticado como depressão. Assim, num sei, se o... se faltou atenção, acho que faltou até mais atenção dos psiquiatras em olhar clinicamente (ênfase), olhar é... profissionalmente ali o paciente (ênfase). (José)

As narrativas evidenciam dois aspectos relevantes em nossa discussão. Primeiramente, demonstram quanto esta idosa foi desassistida, pois, embora tivesse acesso a inúmeros profissionais médicos, seus atendimentos eram pontuais e centrados na intervenção medicamentosa. Os profissionais foram

buscados pela família em momentos de exacerbação dos sintomas, mas não houve encaminhamentos ou articulação entre eles na maior parte da trajetória. Como consequência, podemos considerar que o atendimento dos profissionais, distante das práticas integrais de saúde e pautado na descontinuidade aliada ao não reconhecimento das necessidades de saúde de dona Ana, pode ter contribuído de modo significativo para o insucesso do tratamento e a ampliação do sofrimento de dona Ana e sua família. Cumpre considerar que o cuidado à família exige conhecimento do modo como ela cuida, buscando-se identificar suas forças e dificuldades para que, então, o profissional, com o saber específico, possa ajudá-la a agir de forma a atender às necessidades de seus membros ⁽¹⁷⁾.

Entendemos, assim, que a “integralidade expressa um atributo das boas práticas de saúde”^(18:33) e deve ser resultado tanto da prática profissional individual, baseada na escuta atenta das diversas necessidades trazidas pelo usuário ao buscar um serviço de saúde, que serão traduzidas e atendidas por uma equipe multiprofissional, quanto da articulação de uma rede de serviços de saúde integrados entre si, afim de atender as inúmeras necessidades do usuário em diversos momentos de sua vida⁽¹⁹⁾. Na trajetória empreendida por dona Ana e sua família houve apenas um momento em que um psiquiatra, diante da dúvida em relação aos sintomas apresentados pela idosa, indica à família um médico geriatra e, juntos, determinam a doença de Alzheimer como diagnóstico (setas I e II da figura 2), prescrevendo uma nova medicação, a Rivastigmina, que é hoje o medicamento mais utilizado no tratamento desse agravo ⁽²⁰⁾ e aquele com o qual dona Ana começa a apresentar alguma melhora nos seus sintomas. A medicação passa, então, a ser fornecida pela Farmácia de Alto Custo, mas a partir da retirada do diagnóstico de Alzheimer (seta III da figura 2), a filha Ivete continua, por conta própria, dando-a à mãe, durante o período de vigência da prescrição médica nesse serviço de saúde.

No atual estágio da doença de Dona Ana, torna-se difícil saber quais são os sintomas característicos de Alzheimer e aqueles resultantes do uso continuado e progressivamente mais intenso de medicações ao

longo de vinte anos, visto que estes podem ter como efeitos colaterais fadiga, sonolência, ataxia ou descoordenação motora. Assim, a dificuldade no diagnóstico levou os profissionais médicos a empregarem, no tratamento dos sintomas de dona Ana, diversos medicamentos psicotrópicos que hoje repercutem em maior dificuldade no diagnóstico e tratamento efetivo de sua condição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os núcleos de cuidado familiar de dona Ana evidenciaram que a pessoa idosa em condição crônica por sofrimento psíquico depende de cuidados contínuos e prolongados que são desempenhados, via de regra, pela família, que se torna a cuidadora principal. Embora os possam realizar com a dedicação e afeto característicos do laço familiar que os une, os familiares nem sempre estão preparados para lidar com todas as dificuldades e tensões decorrentes desse cuidar, visto que seus recursos podem ser limitados. Assim, os profissionais devem ter participação no cuidado à idosa e oferecer apoio para que a família possa desempenhar sua função cuidadora sem tantos desgastes de seus próprios potenciais. O cuidado profissional limitou-se às intervenções diagnósticas e/ou terapêutico-medicamentosas para os sintomas e permaneceu à parte do contexto da vida da idosa e de sua família.

As trajetórias de busca por cuidado, por sua vez, evidenciaram a dificuldade dos profissionais médicos em diagnosticar um

agravo que não seja detectável por exames e em lidar com algo tão subjetivo como o sofrimento psíquico e as repercussões deste para a família e para a pessoa idosa.

Assim, em nosso estudo não percebemos práticas em saúde que pudessem ser ofertadas à família para auxiliá-la na organização do cuidado e no oferecimento a ela de apoio para lidar terapêuticamente com dona Ana, de modo que seu sofrimento pudesse ser amenizado. Essa participação dos profissionais no cuidado familiar poderia diminuir o desgaste e sofrimento dos cuidadores e da própria idosa, que se sentiria mais acolhida, e não um peso para sua família. Desta forma a família, enquanto unidade cuidadora responsabilizada pela legislação e pelos profissionais de saúde, tem esta função dificultada e seus próprios potenciais de cuidado exauridos pela falta de apoio por parte dos profissionais no cuidado continuado e prolongado que a condição crônica requer.

Entendemos que outros estudos possam ser realizados enfocando como as práticas profissionais da enfermagem podem apoiar o cuidado familiar, de modo a torná-lo mais efetivo e a trazer menor desgaste para os cuidadores e para a pessoa cuidada. Esta perspectiva é particularmente importante na experiência de adoecimento por uma condição crônica, visto que o cuidado requerido é continuado e prolongado no tempo, o que demanda da família grande esforço para mantê-lo.

THERAPEUTIC ITINERARY OF ELDERLY IN MENTAL SUFFERING AND HER FAMILY

ABSTRACT

This article aims at understanding the core of family care and trajectory of searches for care, which makes up the Therapeutic Itinerary (TI) of an elderly in chronic psychological distress and her family. Case study of a family that experiences a chronic condition of elderly in psychological distress. To seize this experience the Focal Life History technique was used carried out through In-Depth Interview. For data organization and analysis, the drawing of the genogram and trajectory of searches for care, which composes the IT, was applied. The analysis revealed that the family is organized in clusters to manage the care of elderly care rotated through the stressful situation of the primary caregiver. The search for various professionals of the same specialty appears to result from low resolvability facing the patient's symptoms of psychological distress, which was persistent and increased with the time. It was concluded that the professional care rendered to the elderly was limited to diagnostic interventions and / or drug-treatment for the symptoms, isolating her from the context of her life and family. It was also noticed the difficulty of the professionals in diagnosing something as subjective as psychological distress and deal with its repercussions in the family.

Keywords: Family. Aged. Mental Health. Family Relations. Chronic Disease.

ITINERARIO TERAPÉUTICO DE ANCIANA EN SUFRIMIENTO PSÍQUICO Y FAMILIA

RESUMEN

Este artículo tuvo como objetivo entender los núcleos del cuidado familiar y las trayectorias de la búsqueda por cuidados que componen el Itinerario Terapéutico (IT) de una anciana en condición crónica por sufrimiento psíquico y su familia. Se trata de un estudio sobre una familia que vive la condición crónica de una anciana en sufrimiento psíquico. Para aprehensión de esta experiencia utilizamos el método "Historia de vida focal", operacionalizado por la "Entrevista en profundidad", y en la organización y análisis de los datos, empleamos el diseño del genograma y la trayectoria de las búsquedas por cuidado que componen el IT. El análisis evidenció que la familia se organiza en núcleos para gerenciar el cuidado a la anciana, haciendo una alternancia del cuidado delante de la situación de estrés del cuidador principal. La búsqueda por diversos profesionales de una misma especialidad pareció resultar en la poca resolubilidad ante el sufrimiento psíquico de la anciana, persistente y agravado a lo largo del tiempo. Concluimos que el cuidado profesional para la anciana se limitó a las intervenciones diagnósticas e/o terapéutico-medicamentosas para los síntomas, aislándoles del contexto de su vida y de su familia. Aprehendemos también la dificultad de los profesionales para diagnosticar algo tan subjetivo como el sufrimiento psíquico y en lidiar con las repercusiones de esto en la familia y en la persona anciana.

Palabras claves: Familia. Anciano. Salud Mental. Relaciones Familiares. Enfermedad Crónica.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais para ação. Relatório Mundial. Brasília (DF); 2003.
2. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil: estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro; 2002.
3. Hiller M. As repercussões para a família no cuidado à pessoa idosa em condição crônica por sofrimento psíquico. [dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2010.
4. Ceccarelli P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicol estud.* 2005;10(3): 471-77.
5. Souza SPS, Lima RAG. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de ser feliz. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007;15(1):156-64.
6. Araújo LFS, Bellato R, Hiller M. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: algumas experiências. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro/Recife/São Paulo: CEPESC/IMS-UERJ/ UFPE; 2009. p. 203-14.
7. Brasil. Lei no. 10.741 de 10 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF);* 2003 out. 3. Secção 1:56.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde: guia prático do cuidador. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF); 2008.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
10. Bellato R, Araújo LFS, Faria, APS, Santos EJJ, Castro P, Souza SPS et al. A História de Vida Focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. *Rev Eletr Enferm [internet].* 2008 [acesso 2010 abr 13];10(3):849-56. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a32.pdf>.
11. Bellato R, Araújo LFS, Castro P. O Itinerário Terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Silva Júnior AG, Mattos RA, organizadores. Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CPESC; 2008. p. 167-85.
12. Bellato R, Araújo LFS, Faria APS, Costa ALRC, Maruyama SAT. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. 1a ed. Rio de Janeiro/Recife/São Paulo: CEPESC/IMS-UERJ/ UFPE; 2009. p.187-194.
13. Floriani CA, Schramm FR. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(3):527-34.
14. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos (BR). Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF); 2008. p. 325.
15. Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(6):835-41.
16. Thaines GHLS, Bellato R, Faria APS, Araújo LFS. A busca por cuidados empreendida por um usuário com Diabetes Mellitus: um convite à reflexão sobre integralidade em saúde. *Texto Contexto Enferm* 2009;18(1):57-66.
17. Elsen I, Souza AIJ, Prospero ENS, Barcellos WBE. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. *Cienc Cuid Saude.* 2009;8(Supl):11-22.
18. Mattos RA. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS; 2005. p. 33-46.
19. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela Integralidade e equidade na

atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4a ed. Rio de Janeiro: IMS; 2006. p. 113-26.

20. Sereniki A, Vital MABF. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológico. Rev Psiquiatr. 2008;30(1):1-6.

Endereço para correspondência: Geovana Hagata de Lima Souza Thaines Corrêa. R. 74, Qda 01 nº18. Bairro Morada da Serra III, setor I, CEP: 78058-000, Cuiabá, Mato Grosso.

Data de recebimento: 20/08/2010

Data de aprovação: 14/05/2011