DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v14i1.16421

ARTIGO ORIGINAL

DIFERENTES MODOS DA FAMÍLIA CUIDAR DE PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO CRÔNICA[1]

Geovana Hagata de Lima Souza Thaines Corrêa*
Roseney Bellato**
Laura Filomena Santos de Araújo***

RESUMO
O estudo teve por objetivo compreender como a família se rearranja para produzir os cuidados necessários à idosa que reside sozinha. Estudo de caso de abordagem qualitativa, utilizando a história de vida focal, operacionalizada pela entrevista em profundidade. Para organização e análise dos dados utilizamos uma das ferramentas do itinerário terapêutico, o desenho da trajetória de busca por cuidado empreendida pela idosa e família que, neste estudo, evidenciam os espaços de cuidado da idosa, pois esta reside sozinha. Assim, a família cuida e se faz presente no cotidiano da idosa através de ligações telefônicas diárias, visitas constantes e custeando seu plano de saúde, além de acompanhar em consultas, ajudar nas despesas e manutenção da casa, sendo estes últimos realizados fortemente por uma filha e seu genro, constituindo-os cuidadores principais da idosa. O modo da idosa e sua família vivenciar a experiência de diversos agravos crônicos que acometem a idosa se dá de maneira singular e dinâmica, levando-nos a compreender mais do que uma condição crônica, mas sim, uma situação de adoecimento crônico. Assim, a aproximação desta vivência de situação crônica nos permitiu observar que esta produz o cuidado necessário a idosa, mesmo que não residam, na maior parte do tempo, no mesmo espaço físico. Os modos de cuidar da família são personalíssimos, pois são produzidos e modelados de acordo com sua realidade, com o cotidiano dos membros da família e da idosa, mediante suas necessidades.

Palavras-chave: Idoso. Doença crônica. Família.

INTRODUÇÃO

A família é o principal núcleo de cuidado da pessoa adoecida, realizando-o de modo continuado, prolongado e personalíssimo requerendo, para isso, intensos rearranjos no seu cotidiano[1-2]. Este cuidado realizado pela família pode intensificar-se quando o ente familiar é acometido por uma condição crônica.

O conceito de condição crônica, inicialmente adotado pela Organização Mundial de Saúde, é ampliado em sua compreensão por Eugênio Vilaça Mendes (2012)[3] ao abordá-lo como eventos que podem evoluir lentamente, apresentando múltiplas causas que variam no tempo e carecendo de padrões regulares ou previsíveis, como se dá com as doenças agudas. É importante considerar, também, que cada sintoma pode levar a outros, configurando um ciclo vicioso. E, se uma condição aguda pode evoluir para condição crônica, esta também pode apresentar períodos de agudização, mais ou menos exuberantes, constituindo-se em urgências ou emergências. Nesse conceito uma gama de eventos passa a ser considerada para além das doenças crônicas, incluindo as doenças infecciosas persistentes, as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal, à manutenção da saúde por ciclos de vida, os distúrbios mentais de longo prazo, as deficiências físicas e estruturais contínuas, as doenças metabólicas, bem como aquelas condições de saúde caracterizadas como enfermidades em que há sofrimento, mas não doença que se inscreva nos padrões biomédicos.

Nessa complexa confluência de fatores que afetam as condições de saúde, faz-se necessário que a pessoa adoecida e sua família busquem outros modos de viver frente às novas necessidades do cotidiano que se instalam, uma vez que a condição crônica afeta não somente a pessoa adoecida, mas todos a sua volta[4].

[1]Artigo extraído de Dissertação de Mestrado intitulada "A experiência de adoecimento e cuidado de família e idosa em situação crônica", vinculada à pesquisa matricial "A instituição jurídica como mediadora na efetivação do direito à saúde: análise de itinerários terapêuticos de usuários/família no SUS/MT", sob responsabilidade do Grupo de Pesquisa "Enfermagem, Saúde e Cidadania" (GPESC) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT), sem financiamento.

*Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania (GPESC). E-mail: geohagata@gmail.com.br
**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da FAEN/UFMT. Membro do GPESC. E-mail: roseneybellato@gmail.com.br
***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da FAEN/UFMT. Líder do GPESC. E-mail: laurafil1@yahoo.com.br

Nosso interesse por esta temática surge dessa confluência de fatores, pois a condição crônica pode perdurar por um longo período da vida até que seja obtida a cura ou, o que é mais freqüente, permanecer sob controle ao longo de toda a vida, necessitando de novas conformações do cotidiano familiar para seu gerenciamento. Para os sistemas de saúde as condições crônicas tornam-se um desafio, visto que exigem outro modo de organizar e abordar a necessidade de acompanhamento continuado e prolongado que tais condições requerem dos serviços e profissionais, exigindo destes uma rede articulada de ações e práticas não mais para atender às doenças preponderantemente agudas[3]. Isso implica na produção de práticas mais cuidativas e menos intervencionistas para o seu controle[2].

Necessário se faz pensar também que este desafio é ainda maior na população idosa, visto que, a medida que há o avanço da idade, aumentam as condições crônicas, a ponto de 79,1% dos brasileiros com 65 ou mais anos relatarem ser acometidos por pelo menos uma delas[3]. Deste modo, o envelhecimento parece ser um fator predisponente ao aumento de agravos à saúde, principalmente da instauração da condição crônica, embora não seja fator decisivo para tal.

Mas, se tomarmos aqui o próprio conceito de condição crônica anteriormente apresentado[3] no qual os diferentes ciclos da vida também se constituem em condições que necessitam da atenção dos serviços e profissionais, a carga de agravos crônicos que acomete as pessoas idosas vem acrescer outras preocupações à pessoa adoecida e sua família no seu cotidiano, precisando ser gerenciadas com as demais situações da vida. Assim, a pessoa adoecida e cada membro da família desenvolvem maneiras singulares de experienciar tais eventos, criando modos próprios de continuar a levar a vida[1-2].

Tal singularidade foi o que observamos na situação vivenciada por senhora de 79 anos e sua família, participantes de nosso estudo, que, embora apresente adoecimento por diversos agravos crônicos, mantém-se ativa em seu modo de levar a vida, com dinamicidade própria, cuidada pelos filhos e genro, que respeitam sua vontade de ter 'a sua casa', remetendo-nos a pensar outras noções do que seja ser pessoa idosa e vivenciar o adoecimento. Deste modo, a família deste estudo, por não residir no mesmo espaço físico que a idosa, desenvolve muitos arranjos no seu cotidiano para produzir o cuidado às suas diversas necessidades.

Essa situação, que vem se mostrando cada vez mais freqüente na realidade brasileira, foi apontada em estudo sobre idosos que residem sozinhos, destacando a importância de se compreender as redes de apoio e os arranjos familiares realizados para que esses idosos tenham qualidade de vida[5]. Assim, o objetivo de nosso estudo foi compreender como a família rearranja seu cotidiano para produzir os cuidados necessários à pessoa idosa com agravos crônicos concomitantes que reside sozinha.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de cunho qualitativo, conformando-se em "estudo de situação"[6:2672], abordagem que é por nós considerada a mais pertinente por permitir-nos aprofundar a compreensão da situação e contexto peculiares de vida e cuidado de uma família de pessoa idosa e, nessa microrealidade, dar "relevo às sinuosidades das relações de diversas ordens estabelecidas ao longo do tempo, particularmente àquelas de intensa carga afetiva".

Para a apreensão da vivência familiar foi empregada a História de Vida, operacionalizada pela Entrevista em Profundidade, estratégia metodológica que permite a compreensão profunda da experiência de cuidado e adoecimento. Tal experiência é reportada em conexão aos muitos outros acontecimentos da vida cotidiana; permite-nos, também, apreender o modo como a idosa e família interpretam e dão significados e sentidos a essa experiência, configurando-se como uma conversa para fins de pesquisa[7].

A participante do estudo é dona Mocinha, idosa de 79 anos, acometida por diversos agravos crônicos concomitantes, dentre eles a hipertensão arterial, residente no município de Cuiabá – Mato Grosso. Por termos como foco de compreensão o modo como a família se organiza para o cuidado da idosa, também foram participantes deste estudo a filha mais nova da idosa, Ana, e seu genro, Carlos, por serem seus cuidadores mais constantes. A entrevista se deu ao longo de quatro encontros realizados entre fevereiro e agosto de 2011, ocorridos na casa de dona Mocinha, com a presença de Ana e Carlos.

Os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa estão em consonância com a pesquisa matricial á qual este estudo se vincula, e se configuraram como: ser pessoa em condição crônica e seus familiares que tivessem acessado uma instância jurídica há, no mínimo, um ano para garantia do direito à saúde. A preferência por ser pessoa idosa com agravo por hipertensão arterial justifica-se pelo acelerado

envelhecimento da nossa população e pela importância epidemiológica de tal agravo nessa população[8-9].

O *corpus* de análise foi composto pela transcrição integral das narrativas dos quatro encontros de entrevista, bem como das observações de campo contendo as conversas informais com os participantes, os modos de contar-se e suas modulações na diversidade de linguajar oral e corporal, gestual e afetivo, assim como o contexto de vida e as formas como as relações entre as pessoas da família se expressam. Todo o material obtido foi registrado em diário de pesquisa[7].

Como estratégia para organização e análise dos dados utilizamos o desenho da trajetória de busca por cuidado empreendida pela idosa e família, sendo esta uma ferramenta analítica que nos permite compreender as experiências de adoecimento de pessoas e famílias e seus modos de significar e produzir os cuidados necessários[9]. No desenho da trajetória evidenciamos também os diferentes "lugares" de cuidado da idosa, pois, na história de dona Mocinha, o cuidado não se organiza em termos de espaço geográfico, seja da sua casa ou da casa de seus filhos, mas sim, no próprio modo de ordenação do cotidiano e nos múltiplos rearranjos familiares que ele obriga.

Com a leitura atenta desse extenso e rico *corpus* foi possível apreender o eixo de sentido por nós nomeado "modos da família cuidar"; que aborda duas categorias: a) "Quem cuida de dona Mocinha"; b) "Como dona Mocinha é cuidada". Para maior organicidade na compreensão essas duas categorias foram apresentadas e analisadas em conjunto, considerando sua imbricação no viver da idosa e sua família.

Todos os preceitos éticos em pesquisa foram respeitados, neles incluindo a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) pelos entrevistados. A pesquisa matricial à qual este estudo se vincula foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Julio Müller sob nº 671/CEP-HUJM/09.

Análise e discussão

Dona Mocinha teve quatro filhos: Alceu, o primogênito, Anelice, Anelita – falecida – e Ana, a mais nova; todos moram em bairros pertencentes à mesma região que a idosa; no entanto, Ana é quem reside mais próximo, sendo sua casa em bairro vizinho ao da mãe. A idosa vivencia diversos agravos crônicos, como hipertensão arterial, dislipidemia, labirintite e, devido a um episódio de queda, sofrida há dois anos, apresenta hoje certa dificuldade para caminhar. Tais agravos vêm ocorrendo ao longo de vinte anos, em uma intrincada situação de sinergia em seu curso devido a sua concomitância.

O desenho abaixo evidencia tanto os espaços de moradia e cuidado pela família, que estamos nomeando de "lugares de cuidado", como também a trajetória de busca por cuidados profissionais à dona Mocinha empreendida pela família, dando destaque a lógica que a motivou; sendo, portanto, tais elementos explorados na discussão apresentada.

O desenho apresenta, centralmente, os dois "lugares" principais de cuidado pela família, constituídos pela casa de dona Mocinha e a de sua filha mais nova e genro, Ana e Carlos, visto que se mostram elementos importantes para a compreensão do modo como a família se organiza para cuidar da idosa. Dá, ainda, destaque aos serviços e profissionais acessados ao longo dos vinte anos de adoecimento, sendo possível acompanhar a sequência temporal das buscas pelas setas numeradas.

No início do trabalho de campo nos perguntávamos como a idosa podia residir sozinha em sua casa, mesmo com todos os agravos que a acometem e que podem se constituir em fatores de fragilidade, potencializada pela sua idade avançada. À medida que fomos ampliando nosso conhecimento sobre ela e sua família foi possível compreender que também essa forma de organização dos espaços da vida cotidiana se constitui em um cuidado, pois preserva elementos importantes do seu modo de viver.

Assim, um dos modos de cuidar realizado por Ana são as ligações telefônicas diárias a dona Mocinha (Fig. 1, seta B) das quais se utiliza para acompanhar o estado de saúde da mãe. Para a idosa as ligações se constituem em um modo de pedir o auxílio da filha quando necessário sendo, também, garantia de proximidade da mesma: "*O que ela precisa ela liga pra mim*" (Ana). É ainda a maneira que os demais filhos se utilizam para se manterem presentes em seu cotidiano, visto morarem mais distantes do que Ana e as visitas à mãe não acontecerem diariamente, além de se constituírem possibilidades de demonstrar afeto. Passeios nos finais de semana e visitas frequentes são outras maneiras dos filhos se fazerem presentes no cotidiano de dona Mocinha:

"*As veiz, as minina me leva pra casa* [...] *ele* [o filho] *vem pra cá e nóis almoça junto*".

Esse intenso intercâmbio afetivo tecido nas atividades rotineiras da vida e o acento carinhoso da fala da idosa ao se referir aos filhos demonstram que, para ela, morar sozinha não significa estar

desamparada ou solitária, Nesse sentido, estudo evidencia que, mesmo morando sozinhos, os idosos podem ter o cuidado familiar presente em suas vidas, principalmente o apoio dos filhos no caso de mulheres idosas que residem sozinhas[5]. Esta presença não necessariamente física dos membros da família ocorre com dona Mocinha:

"*Por causa que tudo tem o que fazê né* [os filhos]! *Cada um co suas família, tem os seus fazeres... tem que cuidá dos negócio tudinho! Né! Mas sobra atenção pra mim! Graças a Deus*!"; situação reafirmada pela filha: "*Porque ela mora sozinha; só que a gente nunca dexô de dá assistência pra ela, né?!"* (Ana).

Outra forma que os filhos encontraram para organizar o cuidado à idosa é custeando o seu plano de saúde por cooperativa médica:

"*Dividi né? E aí cada um dá uma parte, né?* [...] *Os fio cada um dá uma parcela agora pra pagá! Porque eu suzinha num dá conta né!"* (dona Mocinha).

Ao serem evidenciadas, na Figura 1, as buscas por cuidado, é possível apreender a importância do suporte que o plano de saúde oferece à idosa e sua família, visto que, pela concomitância de agravos que ela apresenta, é intensa a procura por profissionais de saúde de diversas especialidades. Exemplos dessas buscas se deram ao serem acionados dois diferentes angiologistas para resolver o edema da perna (Fig. 1 setas 10 e 11); a procurar do cardiologista de sua confiança que a acompanha há vinte anos e é buscado tanto para consultas anuais de rotina (Fig. 1 setas 1 e 9), como em outras situações, como quando apresentou tonturas e, posteriormente, tremores (Fig. 1, setas 3 e 5). Do mesmo modo, a procura pelo hospital conveniado ao plano (Fig. 1, seta 12) para internação, por um período de vinte e nove dias, em decorrência da erisipela que foi diagnosticada por um dos médicos angiologistas.

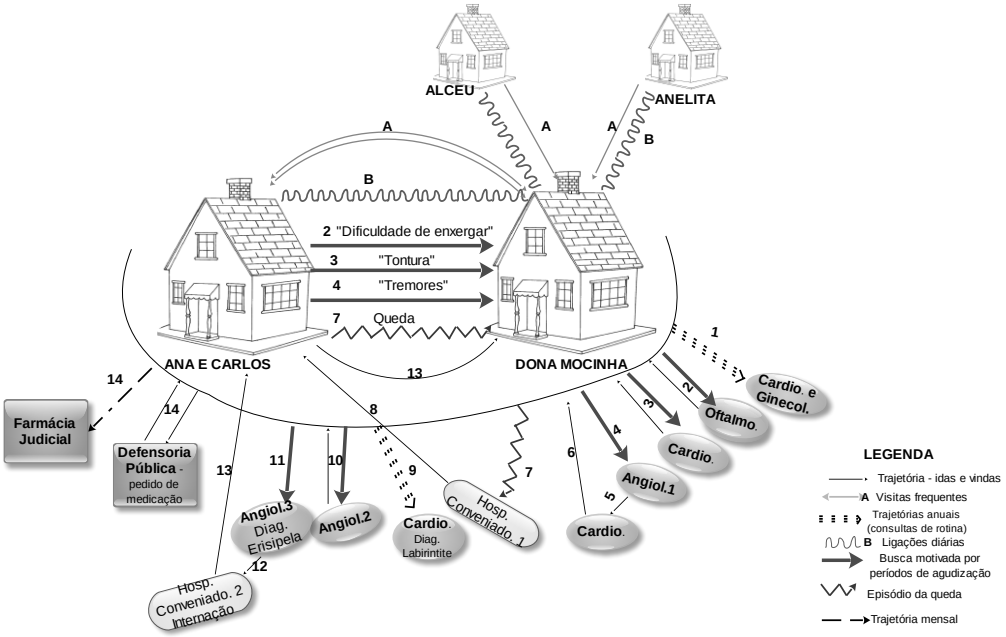

Figura 1 - "Lugares de cuidado" familiar e trajetórias de busca por cuidados profissionais de pessoa idosa e sua família, 2011.

A decisão de adquirir um plano de saúde (ou outros insumos) tem, por vezes, o ônus significativo no orçamento familiar, particularmente aquele decorrente das despesas com consultas médicas; e, por isso, envolve, geralmente, a participação dos membros que não residem no mesmo domicílio com a pessoa adoecida[10]. Esse é o caso de dona Mocinha, sendo que a cotização do valor da mensalidade entre os filhos foi a forma encontrada para não onerar apenas para um dos filhos e, ao mesmo tempo, ter a garantia do atendimento de um profissional da saúde quando necessário. Também foi considerada a possibilidade de atendimento mais célere do que se fosse acionado o sistema público de saúde:

"*E é uma coisa mais rápido pra gente que tem necessidade* [falando sobre o convênio]" (dona Mocinha)

Vale ressaltar que as muitas buscas por profissionais de saúde se constituem, também, em uma forma de cuidado, visto que se faz necessário todo um movimento ativo da família. Isso se dá porque, mesmo na rede de serviços e profissionais que atendem através do sistema de saúde suplementar, como é o caso da cooperativa médica, não há o acompanhamento da pessoa adoecida de modo programado. Percebemos que os profissionais têm se limitado a intervenções pontuais quando ocorre algum episódio de agudização no estado de saúde, ainda que se trate de uma pessoa idosa que apresente diversos agravos crônicos concomitantes, como é o caso de dona Mocinha. A permanência no tempo desse acompanhamento, poderia configurar a longitudinalidade do cuidado, como um suporte regular de cuidados pelos profissionais de saúde, num ambiente de relação mútua de confiança, tão necessário na atenção à condição crônica[3].

A pontualidade do cuidado profissional demandado pela família a cada vez que a idosa necessita pode ser constatado na análise da Figura 1 (setas 3, 4 e 10), ao expressar, não apenas a sequência de busca, como também os profissionais e serviços buscados, que se apresentam em grande número. Quando se observa a direção das setas presentes na Figura 1, que apontam, na maioria das vezes, no sentido da família para os serviços e profissionais de saúde, evidencia-se a direcionalidade e determinação de cada percurso empreendido nessa busca por cuidado, o que nos leva a compreender que é a família que se torna a gerenciadora do cuidado, principalmente se considerarmos que é a ela que cabe conferir certa organicidade à assistência advinda de diversas fontes e espaços profissionais[11].

Quanto aos cuidados cotidianos à saúde de dona Mocinha estes são realizados por Ana e seu esposo Carlos que, embora morem em um bairro vizinho à sua casa, necessitam se organizar para poder realizá-los. A Figura 1 evidencia que existem dois principais "lugares" de cuidado, demonstrados pelos desenhos das duas casas maiores, apontando que, embora eles se individualizem, precisam, no entanto, se manter vinculados de modo efetivo e efetivo. Assim, frente a qualquer necessidade de cuidado mais direto que dona Mocinha apresente, Ana e Carlos se dirigem até a casa da idosa:

"*Largava nosso serviço e levava ela!* [...] *O que pode fazê por mamãe a gente faz!*".

Como podemos apreender na afirmação de Ana, há um custo pessoal e profissional para os cuidadores, que tem que "largar" o trabalho para poder cuidar de dona Mocinha quando isso se faz necessário de modo mais urgente. E esse cuidado vai sendo moldado no dia a dia, de acordo com as situações vividas pela família.

Este cuidado se intensifica após o episódio de queda que sofreu (Fig.1 seta 6), quando passou quatorze horas caída no chão de seu quarto em um dia de frio, o cuidado com sua saúde passa a oferecer maior preocupação:

"No cuidado dela, di primero, a gente num tinha essa preocupação dela caí (Carlos)"; ao que Ana reforça dizendo que "*A gente NUNCA imaginou que ela fosse caí! NUNCA*." Temendo uma nova queda, devido ao fato de dona Mocinha, à época, se queixar de frequentes tonturas, Ana e Carlos decidem levá-la para passar um período em sua casa (Fig. 1 seta 8):

Passô a noite todinha lá [no hospital] *e no outro dia, no dia seguinte cedo é que nós viemos embora! Aí aquele período ela já fico lá em casa. Ela nem veio mais pra cá* [a casa da idosa]*!* (Ana).

Após algum tempo, dona Mocinha passa a apresentar edema na perna esquerda e a família busca alguns profissionais médicos especialistas em problemas vasculares (Fig. 1 setas 10 e 11), sendo diagnosticada erisipela, obrigando a idosa a permanecer vinte e nove dias internada para tratamento (Fig. 1 seta 12). Durante sua internação a família se organiza, revezando-se, para manter presença constante junto à dona Mocinha, não a deixando sozinha no hospital.

Após esse período de internação, a idosa vai para a casa de Ana e Carlos, onde passa sete meses até que se dê seu restabelecimento. A decisão de ambos ao levá-la para sua casa nos chama atenção para o significado do espaço de cuidado e a sua organização. Percebemos nas narrativas que o cuidado cotidiano dispensado à dona Mocinha é intenso, sendo necessário realizá-lo em espaços diferentes e de diversos modos. Assim, apreende-se que a casa não é apenas uma estrutura estática e física, mas, sim, um espaço dinâmico, de pertencimento, onde as coisas devem ser rearranjadas quando da ocorrência de eventos que mobilizem os entes familiares, como é o caso da doença[11]. Por isso, na história de dona Mocinha, parece não haver um espaço geográfico específico para que o cuidado aconteça, pois a família tem se organizado para cuidar da idosa, ainda que em espaços separados, procurando,

sempre que possível, manter "a casa dela" como seu "lugar de viver" e de ser cuidada.

Concordamos com a afirmação de que a família é um sistema de saúde e, como tal, uma unidade dinâmica que apresenta processo de cuidar próprio e singular, que se faz pela interatuação com o estado de saúde de seus entes, tomando decisões sobre a saúde e a doença dos mesmos; desse modo, a atitude de cuidado se dá, de ordinário, como atitude de reciprocidade[12]. Assim, o cuidado pode acontecer em espaços físicos diferentes ou, quando necessário, em um local único, como na situação em que dona Mocinha passou longo período na casa de Ana. Percebemos pela narrativa da idosa que ser cuidada em sua casa ou na casa da filha não apresenta para ela diferença, pois lá também se sente 'em casa': *Era a mesma coisa que aqui* (dona Mocinha). Apreendemos, assim, que são as relações que se estabelecem entre as pessoas que dão significado ao espaço do cuidado, tornando-o efetivo, e não o contrário. Mas, entendemos que respeitar a vontade de morar sozinha de dona Mocinha é também um modo de cuidar dela: *Na casa dela ela tem assim... liberdade!* (Ana).

Após o episódio da queda, dona Mocinha passou a utilizar-se de bengala que a auxilia no caminhar e, a partir de então, os cuidados a ela tornaram-se mais intensos, agora também com a finalidade de ajudá-la nas atividades da casa. Esse cuidado é realizado por Ana e sua sobrinha, Mariana: *Dia de sábado, Ana vem, ou então Mariana vem e faz* [a limpeza da casa]*!* (dona Mocinha); *Eu pego tudo e levo né! Prá num dexá ela* [a mãe] *fazê!* (Ana).

Estes diferentes modos de cuidar da pessoa idosa é pouco visibilizado pelos profissionais de saúde, que consideram como atividades cuidativas desenvolvidas pela família ou por outros cuidadores, somente aquelas que tratam da higiene, alimentação, deambulação, administração dos medicamentos prescritos, ente outros, que resultam, no mais das vezes, de avaliações de sua capacidade funcional para o auto-cuidado[13,14]. Consideramos que tais manuais contribuem de modo importante para se apreender a necessidade de cuidados exigidos pela pessoa idosa; no entanto, se faz necessário ampliar tal compreensão com estudos que mostrem o cotidiano de cuidado familiar em suas outras dimensões, mais sutis e, por isso mesmo, menos perceptíveis.

Percebemos, assim, que Ana e Carlos são os cuidadores mais constantes na história de adoecimento da idosa, visto ser o casal que, cotidianamente, empreende esforços para conciliar o seu trabalho, o cuidado à própria casa e o tempo livre com as necessidades de produzir esse cuidado multidimensional à dona Mocinha. Por isso, a designação de cuidado está sendo aqui empregado em seu sentido amplo, como base do viver: *Quarqué coisa é só ligá pra ela* [Ana] (dona Mocinha).

Desse modo, a ideia de "cuidador mais constante" presente na história dessa família encarna uma experiência bastante concreta para tencionarmos o conceito de "cuidador principal" apresentado pelo Manual do Cuidador da Pessoa Idosa[13] que assim denomina aquela pessoa que é responsável, diariamente, pelo idoso adoecido, suprindo necessidades, assegurando o conforto físico, segurança e bem estar. Procuramos expor aqui, portanto, a multidimensionalidade de ser cuidador que este conceito não consegue expressar.

Porém, conforme foi demonstrado anteriormente, a família provê muito mais que o cuidado direcionado, diretamente, aos agravos crônicos e agudos vivenciados por dona Mocinha, oferecendo-lhe, também, a sustentação que permite que ela more sozinha, potencializando, desse modo, o seu cuidado próprio. Conforme pudemos apreender na observação do modo de viver da idosa durante o trabalho de campo, embora não seja necessário, no dia a dia, cuidar da sua higiene pessoal ou dos horários dos seus medicamentos, há uma enormidade de 'pequenos e invisíveis cuidados' que permitem que ela continue levando sua vida, em sua casa, de um jeito muito próprio, como acompanhá-la ao médico, levá-la para passear, ajudá-la na compra de alimentos, na manutenção e limpeza da casa, dentre outros.

O conceito de cuidador presente no guia prático do cuidador de idosos foi elaborado a partir de situações em que os idosos têm seus potenciais de cuidado próprios diminuídos ou prejudicados. Assim, o conceito que se tem de cuidador é de um familiar ou membro da comunidade que cuida de outra pessoa, independente da idade, mas que necessite de cuidados por estar acamada, com acometimento físico ou mental[14]. Mas, se tomarmos como cuidador familiar aquele que toma para si a responsabilidade de cuidar da pessoa adoecida, na diversidade de modos de cuidado possíveis, entendemos que, no caso de Ana e Carlos, eles assumem o cuidado integral à dona Mocinha como prioridade em suas vidas:

Nóis passamo esse período aí porque a gente queria a saúde DELA [ênfase]*! Então a gente dexô de importá com o outro lado* [financeiro]*!* [...] *E é por isso*

que a gente até abandonô muita coisa do serviço! (Carlos). Essa ideia de cuidadores de pessoa idosa apresentado por Ana e Carlos nos mostra outro modo de considerar tal conceito, pois, conforme pudemos observar, eles provêem todas as condições necessárias para que a idosa possa ter seu modo próprio de levar a vida, sendo esse 'provimento das condições' o que permite que dona Mocinha tenha seu potencial de auto-cuidado mais elevado do que seria de se esperar de uma idosa com sua idade e condição de saúde.

Percebemos assim, que o modo como a idosa e sua família vivenciam os diversos agravos crônicos que a acometem se dá de maneira singular, conferindo-lhes outros sentidos, a depender de como afetam o seu cotidiano. Assim, a concepção de situação de adoecimento crônico[15,16] parece-nos a mais interessante para compreender a vivência da concomitância de agravos crônicos por dona Mocinha e sua família e, por este motivo, nós a adotamos na nomeação deste estudo. Também vale destacar que o cuidado próprio é realizado dentro do potencial da idosa, ainda que ela se mostre com alguma limitação física, de diferentes intensidades, inclusive, a depender de sua condição de saúde. Nesta situação, concordamos com autoras [17:325] que afirmam que a concepção de "incapacidade é, em grande parte, uma construção social, pois nem todas as pessoas com comprometimento físico são incapazes"; nesse sentido, "mais do que um acometimento, é o significado que a sociedade impõe a tal estado, bem como o grau de dependência" que desenham o que se entende por incapacidade para o cuidado próprio.

Apreendemos, também, que o cuidado realizado pela família, pela sua dinamicidade e interatividade, não se restringe a unidimensionalidade, linearidade e fragmenção, mas, sim, configura-se em um sistema complexo como "fenômeno relacional que liga/religa, transforma, mantém ou produz acontecimentos, componentes e indivíduos." Dá-se "pela ação/negociação/deliberação de seus cuidadores mediante necessidades levantadas, normalizadas ou não, ou de solicitações diversas" [18:74]. Assim, "pode ser aprendido, desaprendido, reaprendido, transmitido e partilhado apesar de ser único, particular e singular, porém em momentos, espaços e movimentos não isolados das situações múltiplas do viver social".

O cuidado multidimensional realizado por Ana e Carlos nos levou a pensá-lo como inerente ao próprio viver do ser humano no cotidiano, ultrapassando o limite daquele que tem o objetivo direcionado de manter ou recuperar a saúde. Cuidar, desse modo, assume uma perspectiva integral e integrativa das inúmeras dimensões do viver, para que a pessoa possa usufruir dos potenciais possíveis de cuidado próprio, não sendo este diretamente determinado pela sua situação de saúde. Assim, ao considerarmos a família como principal núcleo de cuidado a tomamos no sentido de que se preocupa não apenas com a saúde de seu ente, mas com seu bem estar e felicidade. E, para que esse cuidado se realize, as condições não estão dadas, mas precisam ser construídas cotidianamente e internalizadas na dinâmica familiar, constituindo o próprio modo de cuidar[2].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aproximação desta vivência de situação crônica por dona Mocinha e sua família, nos permitiu observar que esta produz o cuidado necessário a idosa, mesmo que não residam, na maior parte do tempo, no mesmo espaço físico. A vivência de diversos agravos crônicos por dona Mocinha se difere pelo potencial de cuidado que a família desenvolve. Este potencial está diretamente ligado ao potencial de cuidado próprio que a idosa possui, ainda que dentro de suas limitações físicas, mostrando que o cuidado próprio não depende necessariamente de sua plena 'capacidade funcional', pois a idosa se adaptou a sua realidade, cuidando de si de maneira muito própria. A soma desses potenciais – o da idosa com seu cuidado próprio e o da família – é que possibilita que a família se organize e se rearranje em seu cotidiano para atender as necessidades da idosa, mesmo não havendo co-residencia entre eles.

Os modos de cuidar da família são personalíssimos, pois são produzidos e modelados de acordo com sua realidade, com o cotidiano dos membros da família e da idosa, mediante suas necessidades. Por isso, a pessoa do cuidador neste estudo, caracterizou-se como aquele que realiza cuidados de diversas naturezas, não somente relacionados ao aspecto biológico, pois atendem a diversas necessidades da idosa e da família.

Não residir no mesmo espaço que a idosa, também constitui um modo de cuidar, pois permite que a idosa desenvolva seus potenciais de cuidado, amparada sempre que necessário, pela família, além de respeitar a vontade da idosa, demonstrando que o cuidado familiar não se preocupa somente com a saúde biológica de seus membros, mas com o bem estar e

com a felicidade deste. Assim o estudo evidenciou que não existe um lugar específico para que o cuidado familiar seja produzido, pois o cuidado é algo intrínseco nesta relação familiar.

DIFFERENT FORMS OF FAMILY CARE FOR ELDERLY IN CHRONIC SITUATION

ABSTRACT

The study aimed to understand how the family rearranges to produce the necessary care to the elderly who live alone. This is a case study with a1 qualitative approach, using focal life story technique, operated by in-depth interviews. To organize and analyze the data we use therapeutic itineraries, drawing the path taken by the search for care by the elder and the family. This study highlights the places of elderly care, considering the fact the elder resides alone. The family participates in the caring process by through daily telephone daily, regular visits, and financially supporting the healthcare plan; there is also the presence of a relative in meetings with physicians, helping with general expenses and with the maintenance of the house, who become the main caregivers of the elderly. The way the elder and the family experience several chronic diseases that affect the first is so unique and dynamic, leading us to understand that the moment is more than just a chronic condition, but rather a whole situation of falling under a cycle of chronic illnesses. Thus, the observation of this experience allowed us to observe that this type of care generates the necessary attention required by the elder, even though there is no one residing, or even present most of the times at the same physical space. The formats of family care are highly personal, as they are produced and shaped according to their reality, with the daily lives of relatives, and the elder, based on the last one's needs.

Keywords: Aged. Chronic Disease. Family.

DIFERENTES MODOS DE LA FAMILIA CUIDAR DE LA PERSONA MAYOR EN SITUACIÓN CRÓNICA

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo comprender cómo la familia se reorganiza para producir lós cuidados necesarios a la anciana que vive sola. Estudio de caso con enfoque cualitativo, utilizando la Historia de Vida Focal operacionalizada por la Entrevista en Profundidad. Para organización y análisis de los datos utilizamos una de las heramientas del itinerario terapêutico, el diseño de la trayectoria de la búsqueda por cuidado realizado por la anciana y família, que en este estudio, muestran los espacios de cuidado de la anciana, pues esta vive sola. Así, la família cuida y está presente en el cotidiano de la anciana a través de llamadas telefónicas, constantes visitas y en el pago de su plan de salud, además de acompañar en consultas y ayudar con los gastos y el mantenimiento de la casa, siendo estes últimos realizados estrechamente por su hija y su yerno, que constituyen los principales cuidadores de la anciana. El modo como la anciana y su familia vivencian la experiencia de varias situaciones crónicas que afectan a la anciana se produce en forma única y dinámica, que nos lleva a comprender la experiencia de más de una condición crónica, sino una situación de enfermedad crónica. Por lo tanto, el enfoque de vivenciar esta situación crónica nos permitió observar que se produce el cuidado necesario a la anciana, mismo que no vivan, en la mayor parte del tiempo, el mismo espacio físico. Los modos de cuidar de la familia son muy personales y modelados de acuerdo con su realidad, con la vida cotidiana de los miembros de la familia y la anciana, conforme sus necesidades.

Palabras clave: Anciano. Enfermedad crônica. Familia.

REFERÊNCIAS

1. Corrêa GHLST, Bellato R, Araújo LFS, Hiller M. Itinerário terapêutico de idosa em sofrimento psíquico e família. Ciênc Cuid e Saúde. [on line] 2012. [Citado em 03 set 2014]; 10(2), 274-83. Disponível em: URL: http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10462

2. Hiller M, Bellato R, Araújo LFS. Cuidado familiar à idosa em condição crônica por sofrimento psíquico. Esc Anna Nery [on line] 2011. [Citado em 03 Set 2014]; 15(3): 542-49. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a15v15n3.pdf

3. Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.

4. Nepomuceno MAS, Bellato R, Araújo LFS, Mufato LF. Modos de tecitura de redes para o cuidado pela família que vivencia a condição crônica por adrenoleucodistrofia. Ciênc Cuid e Saúde [on line] 2012. [Citado em 04 set 2014]; 11(1):156-165. Disponível em: URL: http//:periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../18872/pdf

5. Camargos MCS, Rodrigues, RN, Machado, CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. Rev Bras Est Pop 2011: 28(1); 217-30. [Access 2014 Sep 05] Available from: "http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v28n1/a12v28n1".

6. Dolina JV, Bellato R, Araújo LFS. O adoecer e morrer de mulher jovem com câncer de mama. Ciênc. Saúde Colet. [on line] 2013:18(9); 2671-2680. [Citado em 15 set 2014] Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900022&lng=pt&nrm=iso

7. Araújo LFS, Dolina JV, Petean E, Musquim CA, Bellato R, Lucietto GC. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. Rev. Bras. Pesq. Saúde [on line] 2013. [Citado em 06 set 2014]; 15(3); 53-61. Disponível em: URL: http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/6326/4660

8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Dados epidemiológicos e de morbidades. [Citado em 15 Nov 2010] Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203.

9. Araújo LFS, Bellato, R. Itinerários terapêuticos na abordagem de experiências de cuidado no ensino de enfermagem. Referência, Coimbra, Portugal, 2011; 2(supl.): 492.

10. Silveira FG, Osório RG, Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. Ciênc. Saúde Coletiva 2002. [Citado em 05 set 2014]; 7(4); 719-731. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14601.pdf

11. Bellato R, Araújo LFS, Mufato LF, Musquim CA. Mediação e mediadores nos itinerários terapêuticos de pessoas e famílias em Mato Grosso. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. Rede de Pesquisa Multicêntrica "Incubadora da Integralidade – redes e mediações". 1ª Ed. Rio de Janeiro/Recife: CEPESC – IMS/UERJ – Ed. Univ. UFPE/ABRASCO, 2011: 177-183p.

12. Silva SO, Budo MLD, Silva MM. Concepções e práticas de cuidado na visão de homens. Texto Contexto Enferm. 2013. [Citado em 05 set 2014]; 22(2); 389-396. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a15.pdf

13. Brasil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília; 2008.

14. 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: 2008.

15. Gerhardt TE, Bellato R, Araújo LFS, Costa ALRC, Duarte ED, Lopes TC. Critérios sensíveis para dimensionar repercussões do cuidado profissional na vida de pessoas, famílias e comunidades. In: Pinheiro R, Silva Jr AG, organizadores. Por uma sociedade cuidadora. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO: 2010, p. 293-306.

16. Corrêa GHLST, Bellato R, Araújo LFS. Redes para o cuidado tecidas por idosa e família que vivenciam situação de adoecimento crônico. Rev. Min. Enf. [on line] 2014. [Citado em 05 set 2014]; 18(2); 346-355]. Disponível em: URL: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/932

17. Riquinho DL, Gerhardt TE. Doença e Incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. Saúde Soc [on line] 2010. [Citado em 05 set 2014]; 19(2); 320-32. Disponível em: URL: http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29650/31520

18. Backes DS, Sousa, FGM, Mello, ALSF, Erdmann, AL, Nascimento, KC, Lesmann, JC. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. Texto Contexto Enferm 2006/(especial).[Citado em 05 set 2014]; 15: 71-78. Disponível em: URL http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea08.pdf

Endereço para correspondência: Geovana Hagata de Lima Souza Thaines Corrêa**.** Rua 74, Quadra 01, nº 18. Morada da Serra III, setor I. CEP: 78058-480. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: geohagata@gmail.com.

Data de recebimento: 10/07/13
Data de aprovação: 23/09/14