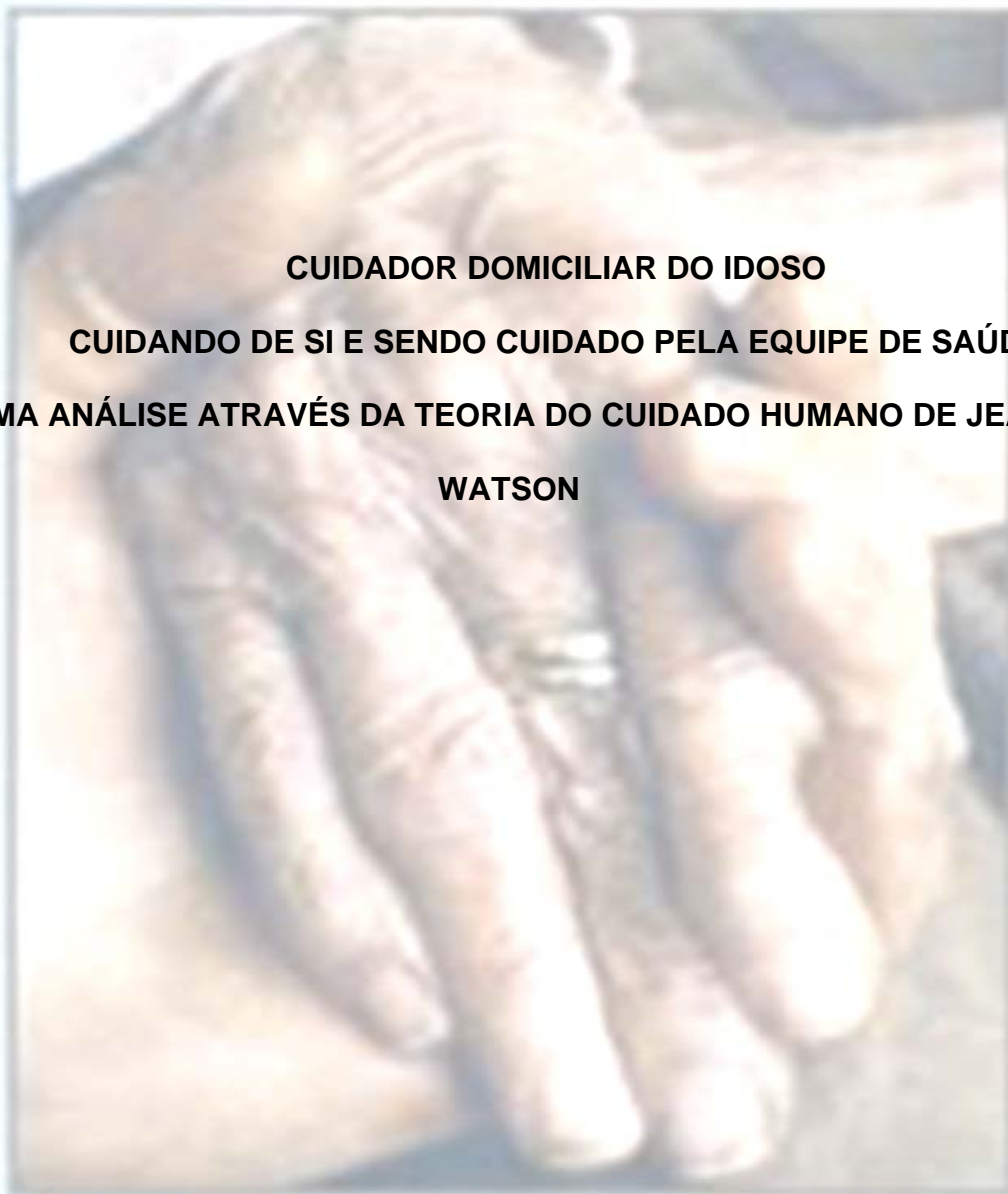


**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**



**CUIDADOR DOMICILIAR DO IDOSO  
CUIDANDO DE SI E SENDO CUIDADO PELA EQUIPE DE SAÚDE  
UMA ANÁLISE ATRAVÉS DA TEORIA DO CUIDADO HUMANO DE JEAN  
WATSON**

**PORTO ALEGRE  
2007**

**Thaís Schossler**

**CUIDADOR DOMICILIAR DO IDOSO  
CUIDANDO DE SI E SENDO CUIDADO PELA EQUIPE DE SAÚDE  
UMA ANÁLISE ATRAVÉS DA TEORIA DO CUIDADO HUMANO DE JEAN  
WATSON**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria da Graça O. Crossetti

**PORTO ALEGRE  
2007**

S374c Schossler, Thaís

Cuidador domiciliar do idoso : cuidando de si e sendo cuidado pela equipe de saúde : uma análise através da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson / Thaís Schossler ; orient. Maria da Graça Oliveira Crossetti. – Porto Alegre, 2007. 102 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2007.

Inclui resumos em: Português, Espanhol e Inglês.

1. Idoso. 2. Cuidadores. 3. Teoria de Enfermagem. 4. Serviços de assistência domiciliar. I. Crossetti, Maria da Graça Oliveira. II. Título.

Limites para indexação: Humano.

LHSN – 769

NLM – WY 152

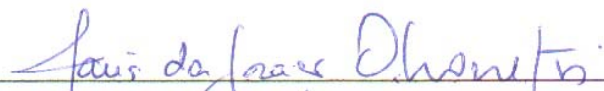
**THAÍS SCHOSSLER**


**CUIDADOR DOMICILIAR DO IDOSO  
CUIDANDO DE SI E SENDO CUIDADO PELA EQUIPE DE SAÚDE  
UMA ANÁLISE ATRAVÉS DA TEORIA DO CUIDADO HUMANO DE JEAN  
WATSON**

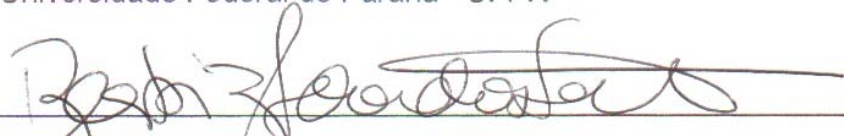
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

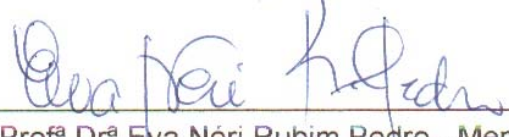
Dissertação aprovada em 17 de julho de 2007.

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Profª Drª Maria da Graça Oliveira Crossetti – Presidente  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

  
\_\_\_\_\_  
Profª Drª Maria Ribeiro Lacerda – Membro  
Universidade Federal do Paraná - UFPR

  
\_\_\_\_\_  
Profª Drª Beatriz Regina Lara dos Santos - Membro  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS

  
\_\_\_\_\_  
Profª Drª Eva Néri Rubim Pedro - Membro  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, 17 de julho de 2007.

## AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de agradecer aqueles que passaram pela minha vida e me auxiliaram ao longo desta caminhada, em que se concretiza esta importante etapa da minha vida acadêmica e profissional.

À Deus por estar presente, dando-me força e sabedoria para trilhar esta caminhada.

À minha mãe Heloisa e ao meu irmão Denis gostaria de expressar meus sentimentos de gratidão por todo incentivo apoio, carinho, paciência, que dedicaram a mim durante o mestrado. Obrigada!

À minha querida orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria da Graça Crossetti por toda sua dedicação e sabedoria na realização deste estudo. Agradeço pelo carinho com que me acolheu e pela sua presença nos momentos em que precisei de uma palavra de apoio.

Aos membros do NECE pelas palavras de estímulo e compreensão.

Aos colegas de trabalho da Unidade de Referência em Saúde por possibilitar a realização deste curso, em especial para a Coordenadora Diva de Melo Sousa e para técnica de enfermagem Mariza Aires Chaves.

Aos membros da banca pela disponibilidade e por terem aceitado contribuir para este trabalho com suas sugestões.

Aos cuidadores que aceitaram participar deste estudo, abrindo a suas casas e compartilharam as suas vivências.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS por oportunizarem o meu crescimento profissional e a realização deste trabalho.

À todos que torceram por mim e contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste estudo e que não foram mencionados, o meu muito obrigada.

## RESUMO

SCHOSSLER, Thaís. **Cuidador Domiciliar do Idoso**: cuidando de si e sendo cuidado pela equipe de saúde: uma análise através da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação da Enfermagem Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 102 p. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria da Graça Crossetti.

Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção do cuidador domiciliar do idoso sobre o cuidado de si e o cuidado que a equipe de saúde lhe proporciona, tendo como base teórica o referencial de Jean Watson em sua Teoria do Cuidado Humano. A pesquisa caracterizou-se por uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritiva. O estudo foi desenvolvido na Unidade da Vila Floresta que faz parte do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Participaram do estudo nove cuidadores domiciliares de idosos integrantes do Programa de Assistência Domiciliar, da unidade campo deste estudo. A coleta de informações se deu através de entrevista semi-estruturada (TRIVIÑOS, 1987), realizada no domicílio dos participantes ou na Unidade de Saúde. Para análise das informações foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Os aspectos éticos foram atendidos de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da resolução 196/96. Da análise das entrevistas emergiram as seguintes categorias: consciência intencional: olhares necessários para cuidar de si; compromisso moral com a consciência de cuidado do outro resultando no (des)cuidado de si; consciência, sensibilidade e espiritualidade: transcender no encontro de cuidado para melhor cuidar de si; a equipe de saúde e o cuidador domiciliar: a necessidade do cuidado transpessoal. Conclui-se que o cuidador domiciliar é o principal responsável pelo cuidado ao idoso, mas conta com apoio de familiares e vizinhos em alguns momentos. O cuidado de si se faz presente em certos momentos na realidade dos participantes do estudo e, em outros, alguns fatores impedem a sua realização. O cuidador domiciliar reconhece a presença da espiritualidade na relação de cuidado para consigo e do idoso. Quanto ao atendimento que recebem da equipe de saúde, os participantes do estudo expressam que sentem-se acolhidos e cuidados, e em outros momentos encontram dificuldades em relação ao acesso à equipe de saúde e à falta da sua presença no domicílio.

**Descritores:** Cuidadores; Teoria de Enfermagem; Serviços de Cuidados Domiciliares.

**Limite:** Humano

## ABSTRACT

The main objective of this study was to know the perception of self care and the care the health team gives to the elderly home care giver, having as theoretical basis, John Watson's referential in her Theory of Human Caring. The research was characterized by a qualitative approach of the descriptive exploratory type. The study was carried out in the *Unidade da Vila Floresta*, which is part of the community health service of the *Grupo Hospital Conceição*. Nine elderly home care givers have participated and are members of the *Programa de Assistência Domiciliar da Unidade* (Unit Home Care Program), this field of study. The data gathering was performed through a semi-structured interview (TRIVIÑOS, 1987), taken place in the participants' homes or in the Health Unit. For the information analysis, the content analysis proposed by Bardin (1977) was used. The ethical aspects were respected according to the *Diretrizes and Normas Regulamentadoras* - 196/96 resolution, through a Free Informed Consent Term and by the consent of the Institution Ethical Committee, where this research was developed. From the interviews analyzed, the following categories came up: intentional conscience: necessary looks to take care of one's self; moral commitment with the care conscience of the other resulting in someone's own care or carelessness; consciousness, sensitivity and spirituality: to transcend in the care meeting to better take care of themselves; the health team and the home care giver: the need for transpersonal care. It is concluded that the home caregiver is the main person responsible for the elderly care, but they also count on the support of the family members and neighbors in some moments. Self care sometimes is present in some moments in the reality of the participants of this study, and in others, some factors do not allow its fulfillment. The home care giver recognizes the presence of spirituality in the care relationship with himself and with the elderly. Regarding the service they receive from the health team, the study participants express that they feel welcomed and taken care of and in other moments they find difficulties in relation to the access of the health team and their absence in their homes.

**Descriptors:** Caregivers; Nursing Theory; Home Care Services.

**Limits:** Human

**Title:** Elderly Home Caregiver: Self caring and being cared by the health team: an analysis through Jean Watson's Theory of Human Caring



## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo conocer la percepción del cuidador domiciliario del anciano cuidado de sí mismo y del cuidado que el equipo de salud proporciona, teniendo como base teórica el modelo de Jean Watson en su Teoría del Cuidado Humano. La pesquisa se caracterizó por un abordaje cualitativo, de tipo exploratorio-descriptivo. El estudio fue desarrollado en la Unidad de la Vila Floresta que hace parte del Servicio de Salud Comunitaria del Grupo Hospitalario Conceição. Participaron del estudio nueve cuidadores domiciliarios de ancianos, integrantes del Programa de Asistencia Domiciliaria de la Unidad, campo de este estudio. La recolección de informaciones se realizó por medio de una entrevista semiestructurada (TRIVIÑOS, 1987), realizada en el domicilio de los participantes o en la Unidad de Salud. Para el análisis de las informaciones se utilizó el análisis de contenido propuesto por Bardin (1977). Los aspectos éticos fueron atendidos de acuerdo a las Directrices y Normas Reglamentadoras de la resolución 196/96, a través del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (Consentimiento Informado) y por la aprobación ante el Comité de Ética de la Institución en donde esta investigación fue desarrollada. A partir de las entrevistas analizadas emergieron las siguientes categorías: consciencia intencional: miradas necesarias para cuidar de sí mismo; compromiso moral con la consciencia de cuidado del otro resultando en (des)cuidado de sí mismo; consciencia, sensibilidad y espiritualidad: trascender en el encuentro de cuidado para mejor cuidar de sí mismo; el equipo de salud y el cuidador domiciliario: la necesidad del cuidado transpersonal. Se concluye que el cuidador domiciliario es el principal responsable por el cuidado del anciano, pero cuenta con el apoyo de familiares y vecinos en algunos momentos. El cuidado de sí mismo se hace presente en algunos momentos en la realidad de los participantes del estudio y en otros, algunos factores impiden su realización. El cuidador domiciliario reconoce la presencia de la espiritualidad en la relación del cuidado consigo mismo y del anciano. Con relación a la atención que reciben del equipo de salud, los participantes del estudio expresan que se sienten acogidos y cuidados y en otros momentos, encuentran dificultades en relación al acceso al equipo de salud y la falta de su presencia en domicilio.

**Descriptor:** Cuidadores; Teoría de Enfermería; Servicios de Atención de Salud a Domicilio.

**Limites:** Humano

**Título:** Cuidador Domiciliario del Anciano: cuidando de sí y siendo cuidado por el equipo de salud: un análisis a través de la Teoría Del Cuidado Humano de Jean Watson

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>21</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 A Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson e o Cuidador Domiciliar .</b>	<b>22</b>
<b>4 CAMINHO METODOLÓGICO.....</b>	<b>36</b>
<b>4.1 Tipo de Pesquisa .....</b>	<b>36</b>
<b>4.2 Local de Pesquisa.....</b>	<b>37</b>
<b>4.3 Apresentado os Participantes do Estudo.....</b>	<b>38</b>
<b>4.4 Aspectos Éticos .....</b>	<b>39</b>
<b>4.5 Coleta das Informações .....</b>	<b>40</b>
<b>4.6 Análise dos Dados.....</b>	<b>41</b>
<b>5 CONHECENDO A PERCEPÇÃO DO CUIDADOR DOMICILIAR.....</b>	<b>44</b>
<b>5.1 Consciência Intencional: olhares necessários no cuidado de si.....</b>	<b>46</b>
5.1.1 Compartilhar o cuidado ao idoso – uma possibilidade para cuidar de si .....	47
5.1.2 Descansar, passear, dormir, a gente não tem mais esse direito .....	53
5.1.3 Presença da família: uma necessidade sentida pelo cuidador domiciliar .....	56
5.1.4 (Des)equilíbrio do corpo físico e mental, uma resultante percebida no (des)cuidado de si.....	58
<b>5.2 Compromisso Moral com a Consciência de Cuidado do Outro Resultando     no (Des)Cuidado de Si.....</b>	<b>60</b>
<b>5.3 Consciência, Sensibilidade e Espiritualidade: transcender no encontro de     cuidado para melhor cuidar de si.....</b>	<b>66</b>

5.3.1 Deus me ajuda, Deus me dá força, e assim vou cuidando do outro e cuidando de mim .....	68
5.3.2 A teia dos sentimentos como consciência do cuidado de si do cuidador domiciliar.....	72
<b>5.4 A Equipe de Saúde e o Cuidador Domiciliar: a necessidade do cuidado transpessoal.....</b>	<b>75</b>
5.4.1 Na equipe de saúde o apoio necessário no cuidado de si e do outro.....	76
5.4.2 O cuidado da equipe de saúde: uma necessidade sentida.....	80
<b>6 REFLEXÕES SOBRE A REALIDADE EMERGIDA.....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>101</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O cuidado existe desde o início da humanidade, pois era uma forma de manter a espécie por meio da preservação da vida. Com o passar do tempo, e com as mudanças e transformações ocorridas na sociedade, o cuidado adquiriu outros significados. Na atualidade, o conceito de cuidar vai além de uma ação, sendo conceituado por Boff (1999, p. 33) como “mais que um ato: é uma atitude”. Representa, assim, uma atitude de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Nas relações de cuidado existe interação entre os envolvidos, o ser que cuida e o ser cuidado, resultando num encontro, no qual estes afetam e são afetados uns pelos outros. Esse processo se caracteriza por um autêntico estar, cujo resultado é mútuo, uma vez que o crescimento ocorre a partir de ações como aliviar, confortar, acolher, ajudar e que estão presentes nas condições de saúde, doença e morte.

A busca por uma forma de cuidar de maneira diferente é imperativa para atender as mudanças que ocorrem no perfil epidemiológico da população brasileira, sendo uma delas o aumento de idosos no país, o que acaba gerando a necessidade de maior atenção à saúde destes indivíduos e de suas famílias, frente às demandas de cuidado específicas desta faixa etária.

No Brasil, o envelhecimento populacional vem crescendo, tendo como causa a diminuição da mortalidade infantil, a fecundidade materna, o aumento da esperança de vida ao nascer, a qualidade de vida e o avanço técnico-científico (CHAIMOWICZ, 1997; PAIM, 2004). Com isso, o número de idosos vem aumentando, o que é confirmado pelos dados do censo de 2000, o qual aponta que já constituem 8,6% da população. Além disso, estatísticas projetam que em 2025 os

idosos irão constituir 15% da população (IBGE, 2000), o que representa, em números absolutos, mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, levando o Brasil ao 6º lugar entre os países com o maior número de idosos.

Dentre os fatores que influenciaram no aumento do número de idosos, salienta-se a expectativa de vida, que em 1990 era de 60,7 anos, aumentando para 68,5 anos em 2000 (BRASIL, 2002). No Estado do Rio Grande do Sul, devido as suas características econômicas e culturais, a longevidade da população difere do restante do país, sendo, para as mulheres, a expectativa de vida em 1995 era de 74,4 anos, aumentando para 76,3 anos em 2000 e, para os homens, a expectativa de vida era, em 1995, de 69,8 anos, crescendo para 71,8 anos (IBGE, 2000). Esta mudança do perfil demográfico brasileiro evidencia a urgência de adaptação do atendimento à saúde para esta população, devido às necessidades de reorganização de diferentes estruturas da sociedade, dentre elas as instituições de saúde e a família.

Em conseqüência da crescente demanda da população idosa, em janeiro de 2004, entrou em vigor o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003a) que a define idoso como aquele com 60 anos ou mais e garante os seus direitos na sociedade. É composto por 118 artigos que buscam efetivação do direito à vida, à educação, à saúde física e mental, aperfeiçoamento moral, intelectual e espiritual em condições de dignidade, liberdade e assistência social. Dentre estes artigos, salienta-se o nº 15, parágrafo 1, inciso IV que contempla o cuidado domiciliar como uma forma de atenção ao idoso através da prevenção e manutenção da saúde, para aqueles que estiverem impossibilitados de se locomoverem até os serviços de saúde. Além disso, outra forma de cuidado domiciliar foi contemplada pelo Ministério da Saúde, através da internação domiciliar como forma de atendimento pelo Sistema único de Saúde

(SUS), que foi instituída em outubro de 2006, pela Portaria nº 2529, destinada àqueles indivíduos com um quadro de saúde estável, mas que necessitam de cuidados acima das modalidades ambulatoriais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Como conseqüências da longevidade da população, constatam-se mudanças no perfil epidemiológico, como o aparecimento de patologias típicas do envelhecimento, que podem ser visualizadas a partir do aumento do número de pessoas com doenças crônico-degenerativas, seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE), demência, Doença de Alzheimer, dentre outras.

Nas instituições hospitalares, devido aos agravos destes danos e suas complicações, os idosos constituem grande parte dos pacientes internados, cuja média de permanência é elevada, conferindo altos custos hospitalares (BRASIL, 2002). No cotidiano da enfermagem constata-se que apesar de contar com a estrutura hospitalar, os familiares destes pacientes já iniciam sua participação no processo de cuidar no hospital, ação que se estenderá ao domicílio, a partir da alta do paciente, no qual a família passa assumir a totalidade destes cuidados ao idoso. Estas ações de cuidado conferem ao familiar que cuida do idoso, a identidade, neste estudo, de cuidador domiciliar do idoso, foco desta pesquisa.

Quando retornam ao domicílio, os idosos possuem diferentes graus de dependência de cuidados, como a necessidade de auxílio nas atividades de vida diária, ou seja, nas funções de sobrevivência (alimentação, higiene pessoal, locomoção e outras atividades básicas), ou em procedimentos mais complexos (manipulação de sondas, curativos, medicação parenteral, dentre outros). Devido a dificuldade de realização destes cuidados, por falta de preparo e de apoio familiar, muitos idosos acabam retornando aos hospitais com a sua condição de saúde agudizada.

Além disso, outros fatores podem causar o agravamento de doenças no idoso no domicílio, e conseqüente reinternação, como: falta de informações no momento da alta hospitalar, falta de referência ambulatorial e tratamento, dificuldade de locomoção e falta de transporte (CALDAS, 2003). Desta forma, o cuidado domiciliar pode ser uma alternativa para a continuidade de cuidado ao idoso, mantendo assim um contexto de atenção que lhe é próprio. Contudo, avalia-se a necessidade de infra-estrutura do domicílio e da família para a sua realização (CARVALHO e PEREIRA 2001; PASKULIN e DIAS, 2002).

O termo “cuidado domiciliar” é empregado, neste trabalho, como

o cuidado desenvolvido com o ser humano (clientes e familiares), no contexto de suas residências e, fazendo parte da assistência à saúde dos envolvidos. Compreende o acompanhamento, a conservação, o tratamento, a recuperação e reabilitação de clientes, de diferentes faixas etárias, em resposta as suas necessidades e de seus familiares, providenciando efetivo funcionamento do contexto domiciliar [...] (LACERDA, 2000, p. 34).

No cuidado domiciliar os profissionais de saúde têm um papel importante junto ao cuidador domiciliar, ou seja, com aqueles familiares que cuidam do idoso no domicílio, pois os cuidados devem ir além dos procedimentos, incluindo, ainda, os aspectos físicos, mentais e espirituais. O cuidador domiciliar também deve ser percebido pelos profissionais de saúde como alguém que necessita ser cuidado para que o cuidado ao outro, o idoso, continue acontecendo.

O termo cuidador, neste estudo, refere-se ao que é proposto por Lacerda (2000, p. 42): “são familiares ou pessoas cujas relações são menos contratuais, e mais de afeto ou com grau de parentesco ou de amizade e vizinhança com o cliente que está sendo cuidado”. O cuidador domiciliar pode ser um familiar, amigo ou pessoa que tenha um significado para o cliente que recebe o cuidado.

Atualmente, o conceito de família tornou-se muito amplo e complexo devido as mudanças ocorridas na estrutura da sociedade. Desta forma, quem compõe a

família para cada um é algo singular, que pode ser vivenciado de diferentes formas por cada indivíduo. A família é vista por como um sistema interpessoal formado por pessoas que cuidam e interagem por vários motivos, como a afetividade. Já para Stefanelli (2003, p. 50), a família é considerada como “um conjunto de pessoas que se estruturam como grupo, com base em laços consangüíneos ou afetivos e que guardam alguma afinidade entre elas”. A mesma autora ainda comenta que os membros de uma família estão em constante interação entre si e com outros grupos, o que leva a formação de características culturais que são compartilhadas, preservadas e alteradas pelos mesmos. Neste sentido, Motta (1997, p. 176) descreve o significado de família como

constituído pela comunhão do ser-com-o-outro, cujas premissas básicas da relação são o afeto, a lealdade, a responsabilidade com o outro, caracterizando-se como uma relação social dinâmica permeada por crenças, valores e normas da sua tradição sócio-cultural e pelo seu momento histórico de vida.

Um outro conceito de família é trazido por Ângelo (1997) como um grupo auto-identificado, composto por dois ou mais indivíduos, que pode ou não ter linhas de sangue ou legais, mas que seus integrantes se consideram como família.

Por isso, os profissionais de saúde, ao trabalharem com famílias nos serviços de saúde ou diretamente no domicílio, devem conhecer a sua composição, bem como sua cultura, hábitos, condições de vida, dentre outros aspectos que são fundamentais para o processo de cuidar.

Para a família, cuidar de um idoso no domicílio é uma tarefa árdua, pois o cuidado é delegado, geralmente, a uma pessoa que não possui apenas essa atividade e acaba conciliando-a com outras tarefas, como o cuidado dos filhos, da casa, atividade profissional, dentre outras. Este acúmulo de atividades resulta em esgotamento, podendo levar o cuidador domiciliar ao adoecimento.



Além da sobrecarga de atividades devido ao cuidado do idoso, o cuidador domiciliar precisa mais do que disposição para a realização de suas tarefas. Lacerda e Oliniski (2005) salientam acerca da necessidade de possuir habilidades e conhecimentos na realização dos cuidados, para que o cuidador domiciliar sinta-se seguro e orientado nas suas ações. Por isso, é importante que a equipe de saúde se faça presente junto a ele, para que se estabeleça uma relação de vínculo e sejam fornecidas todas as informações, orientações e o suporte que esta família necessita. Esta proximidade entre os envolvidos na relação de cuidado é favorecida por acontecer no contexto domiciliar, uma vez que o processo de cuidar acontece juntamente com a família, condição que é apontado por Santos *et al* (1998) como o diferencial no cuidado domiciliar.

Ao caracterizar o cuidador domiciliar do idoso, estudos apontam que este geralmente é do sexo feminino, sendo esposa (muitas vezes idosa) ou filha, e que possuem outros afazeres (SOMMERHALDER, 2001; CALDAS, 2003; KARSCH, 2003; DIOGO, CEOLIM e CINTRA, 2004; FIORANI e SCHRAMM, 2004; ALMEIDA, 2005). Quando o cuidador domiciliar é o cônjuge, que na maioria dos casos também é idoso, acredita-se que esta tarefa seja mais complexa, pois o mesmo também está a vivenciar o processo de envelhecimento, com as alterações funcionais e de saúde típicas desta etapa do ciclo vital.

Freqüentemente, percebe-se que o cuidador domiciliar não possui outra pessoa para dividir as suas tarefas, levando a um acúmulo de atividades. O cuidado no domicílio se caracteriza por ser repetitivo e incessante, o que pode ocasionar-lhe uma sobrecarga de tarefas e levá-lo a um isolamento afetivo e social. Além disso, devido a grande quantidade de ações de cuidado ao idoso, estas acabam ocasionando a ausência de percepção em relação as suas necessidades, o que,

conforme Centa, Carneiro e Pinto (2003), a longo prazo, pode trazer prejuízos físicos, emocionais, econômicos e sociais.

Lavinsky e Vieira (2004) referem que o despreparo técnico do cuidador domiciliar faz com que não se consiga conciliar o cuidado de si e do outro, ação esta que é essencial para prestar, ao idoso, um cuidado com qualidade. Outros autores, como Fiorani e Schramm (2004), reforçam que a falta de cuidados para consigo faz com que acabe adoecendo devido ao excesso de atividades e que este problema de saúde, muitas vezes, já era existente. Luzardo (2005), em seu estudo acerca da sobrecarga do cuidador do idoso com doença de Alzheimer, ao fazer referência à situação de saúde dos mesmos, encontrou que 80,6% apresentam algum problema de saúde, destacando-se a osteoporose, hipertensão e depressão. E, em relação ao uso de medicamentos, 72,2% faziam algum uso, sendo os analgésicos, anti-hipertensivos, antidepressivos, os mais citados.

Neste contexto, o cuidado é considerado por Becker (2004) como um universo de relação entre o cuidador e o ser cuidado, devendo haver a compreensão dos que participam deste processo, de como acontece no mundo, condições que permitem que as ações de cuidado se desenvolvam de forma humanizada e singular. Para que isso ocorra, faz-se necessário que o cuidador se auto conheça e compreenda os sentimentos, as limitações e as potencialidades que estão presentes na realidade de cuidar de si e do idoso. Caldas (2003) refere que o cuidador domiciliar deve ser preparado pela equipe de saúde para lidar com sentimentos que podem emergir da relação de cuidado, como a culpa, a frustração, a raiva e a depressão.

O cuidador domiciliar, em virtude das responsabilidades de cuidado ao idoso, aliadas as outras atividades que desempenha, acaba se autoprotégendo, pois é uma

forma de não perceber e demonstrar as limitações e fragilidades, tanto para si mesmo como para o outro, que pode ser o idoso ou os demais membros da família. Desta forma, por não ter uma atitude reflexiva de sua prática, acaba mecanizando suas ações. Uma maneira de agir diferente em relação a esta realidade pode ser através do ampliar da consciência do cuidador domiciliar, do seu modo de ser e estar-no-mundo, o que possibilita ações mais autênticas e sensíveis, tanto para si quanto para o idoso, fortalecendo, assim, as suas potencialidades e a aceitação de suas limitações.

Na prática profissional constata-se que o foco de cuidado está centrado no idoso, e ao cuidador domiciliar são feitas cobranças em relação a estes cuidados. A equipe de saúde, muitas vezes, fornece somente informações técnicas e orientações sobre como estes cuidados devem ser realizados. Com isso, o cuidador domiciliar acaba não sendo percebido dentro de um contexto de atenção, como um ser que também tem necessidades de lazer, de descanso, de estar com outros membros da família, de afeto, de pertencer a um grupo social, de trabalhar, dentre outras. Em virtude disso, encontram-se cuidadores domiciliares sobrecarregados, estressados, cansados e, até mesmo, doentes, devido à falta de conhecimento e de oportunidade de satisfazerem suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais, afetivas e espirituais. Como conseqüências desta demanda de cuidados, este pode vir a apresentar desgaste físico e mental. Acredita-se, então, na necessidade dos profissionais de saúde proporcionarem cuidado ao cuidador domiciliar, a partir da perspectiva de que o mesmo também necessita de apoio e atenção, tanto quanto o idoso, através de uma visão ampliada e compreensiva sobre esta realidade vivenciada.

Em minha experiência na realização de visitas domiciliares, como acadêmica de enfermagem, pude observar pacientes idosos acamados, com doenças crônicas e grande demanda de cuidados, o que gerava no cuidador domiciliar (geralmente único) preocupações em relação às ações de cuidado ao idoso. Também presenciei algumas situações em que o cuidador domiciliar solicitou a visita domiciliar, porém, ou ela não se realizou pela demora do atendimento por parte da equipe, ou, então, foi preciso fazer o pedido mais de uma vez. Estas atitudes acabavam causando falta de vínculo com a equipe, bem como insegurança, medos e estresse no cuidador domiciliar, pois vivenciavam uma situação de desconhecimento acerca do que estava acontecendo com o idoso e que condutas deveriam ser adotadas.

Ao refletir sobre essas questões, penso na importância do cuidador domiciliar estar inserido num contexto de atenção, como sujeito das ações de cuidado, uma vez que o olhar dos profissionais precisa contemplar não só o idoso. Este fato pressupõe a avaliação da equipe em relação às condições de saúde e doença e a sensibilização do cuidador domiciliar acerca do cuidado de si, para melhor cuidar do outro, o idoso. O cuidado de si é considerado neste estudo como as ações de cuidado que o cuidador domiciliar tem para consigo, para atender as suas necessidades físicas, mentais e espirituais, na busca de um (re)estabelecimento de um estado de harmonia interna.

Para que se realizem mudanças neste contexto vivido pelo cuidador domiciliar, faz-se necessário conhecer como ele ocorre e, a partir desse movimento, refletir acerca do que está acontecendo para que se possa agir de forma transformadora sobre o mesmo.

Diante desta problemática, acredita-se que existam referenciais teóricos que possibilitam pensar esta realidade de forma diferente, na busca por maneiras de

cuidar do cuidador domiciliar e para que este cuide de si, ao apresentarem em seus pressupostos modelos que se aplicam por meio da prática assistencial, possibilitando um novo olhar da equipe de saúde. Desta forma, busca-se, neste estudo, responder a seguinte questão norteadora: qual a percepção do cuidador domiciliar do idoso sobre o cuidado de si e o cuidado que a equipe de saúde lhe proporciona?

Neste contexto, visualiza-se o referencial teórico de Jean Watson (1985; 1996; 1999; 2005; 2006; 2007) que, em sua Teoria do Cuidado Humano, prescreve possíveis ações de cuidado que promoverão as interfaces necessárias para o cuidado da equipe de saúde, não somente com o idoso, mas também com o cuidador domiciliar. Além disso, acredita-se que sua estrutura teórica acerca do cuidado na enfermagem, enquanto dever ético e moral, oferece possibilidades na busca de fundamentos teórico-filosóficos que possam orientar o agir do cuidador domiciliar do idoso no cuidado de si e no cuidado que a equipe de saúde lhe proporciona, no domicílio.

## **2 OBJETIVO**

Conhecer a percepção do cuidador domiciliar do idoso sobre o cuidado de si e o cuidado que a equipe de saúde lhe proporciona, tendo como referencial a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 A Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson e o Cuidador Domiciliar**

Teoria é conceituada por Watson (1985) como um grupo de conhecimentos, idéias e experiências teóricas que são representados simbolicamente, procurando apontar possíveis direções para um fenômeno. Desta forma, por meio de um referencial teórico, com seus conceitos e pressupostos, torna-se possível a viabilização de estudos que possibilitem o desenvolvimento de novos modelos de cuidado. A enfermagem, como uma disciplina, possui o dever científico, ético e social de desenvolver, aplicar e ensinar novas teorias acerca do cuidado humano (WATSON, 1996).

Elegeu-se, para este trabalho, a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson (1985; 1996; 1999; 2005; 2006; 2007), uma vez que esta vem ao encontro dos meus conceitos, valores e crenças acerca do cuidado humanizado e da possibilidade de desenvolver uma abordagem com o cuidador domiciliar. Espera-se, com isso, que este seja sensibilizado quanto a importância do cuidado de si, para poder cuidar do outro, e para que a equipe de saúde o perceba como um ser singular que, também, precisa ser cuidado. Desta forma, será utilizado, neste estudo, o referencial de Watson em sua Teoria do Cuidado Humano (1985; 1996; 1999; 2005; 2006; 2007).

O cuidado humano, para a enfermagem, é considerado um ideal moral que, no modelo de cuidado proposto por Watson (1996), leva a um compromisso consigo, com o outro, com a sociedade, com o ambiente e, até mesmo, com o universo. Busca a proteção da dignidade humana, bem como a preservação da humanidade.

O foco do cuidado humano é abrangente e visa cuidar de indivíduos, famílias ou grupos, além de requerer da enfermeira algumas habilidades, como conhecimento, comprometimento, valores humanos e engajamento no tempo e espaço.

Watson (1996, p. 147), em seu paradigma, considera que o cuidado representa “o profundo respeito pela existência humana e por todos os seres vivos, pelas maravilhas e pelos mistérios da vida, e pela interconexão de todos estes fatores”. Ainda, o ser humano não é visto de forma isolada ou compartimentalizada; pelo contrário, é considerado como uma unidade entre mente-corpo-espírito-natureza, em que existe um campo de conexão entre as pessoas e o ambiente, ocorrendo em todos os níveis até o infinito, universal ou até ao nível cósmico de existência.

Para que o cuidado ocorra de maneira humanizada, o cuidador domiciliar deve ser visto pela equipe de saúde de forma singular, dentro do contexto de seu domicílio e de sua família, para que o mesmo seja valorizado, possibilitando as suas escolhas e seu potencial de vir-a-ser, interconectado com tudo e com todos que o cercam.

Esta teoria possui uma proposta tanto humanística quanto metafísica, que está associada a valores que remetem ao reconhecimento, também, das dimensões espirituais da vida e da força interna mobilizada no momento de cuidado. Watson (1985) cita que o cuidado humanizado requer reverência pela vida e presença de valores não-paternalistas, que podem ser demonstrados pela valorização da autonomia e pela livre possibilidade de escolhas, fortalecendo, assim, o autoconhecimento, o autocontrole, a disposição para autocura.

A Teoria do Cuidado Transpessoal (WATSON, 1999) propõe o crescimento e a modificação do ser humano através de um contínuo processo de vir-a-ser, que é



influenciado pela autenticidade<sup>1</sup> e pela consciência dos envolvidos no momento de cuidado. Watson (1999, p. 115), neste sentido, conceitua o cuidado transpessoal como

a intersubjetividade das relações humanas, que circunda dois indivíduos em um dado momento, simultaneamente, transcendendo ambos, conectando para outras dimensões da existência e a uma profunda/grande consciência que acessa o campo universal e planos de sabedoria interna: o campo do espírito humano.

O cuidado transpessoal é uma relação que pode ocorrer entre o cuidador domiciliar e a equipe de saúde ou o idoso. Para ocorrer uma relação transpessoal torna-se necessário que os envolvidos no momento de cuidado reconheçam a força do amor, da fé, da compaixão, do cuidado, da comunhão entre os seres, da consciência e do acesso a uma profunda fonte de energia, pois isso possibilitará o surgimento de forças para serem usadas nas ações de cuidar e ser cuidado (WATSON, 1999). Neste encontro de cuidado, o ser que cuida e o ser que é cuidado transcendem o corpo físico, indo além de outras dimensões da existência. Para Lacerda (1996), transcender na relação transpessoal significa estar com o outro no corpo e espírito, ir além do físico e mental, compartilhar o mesmo espaço e tempo, e respeitar a individualidade do outro.

O cuidado transpessoal, através da consistência intencional, busca a reconstituição do ser cuidado, que significa obter um novo padrão em que ocorra unidade da mente e espírito, ou seja, o *healing*<sup>2</sup>. Neste modelo de cuidado proposto por Watson (1996), pretende-se a compreensão do ser humano, objetivando a sua proteção, valorização e preservação da dignidade. Busca-se a transformação dos

---

<sup>1</sup>Reconhecimento das limitações e potencialidades, aceitação de como se é. Ser autêntico é ser verdadeiro, estar com o outro no encontro de cuidar.

<sup>2</sup>*Healing* é um termo de difícil tradução, sendo compreendido como “favorecer, tornar bem, harmonizar, manter a integridade”, promover a autocura, a restauração que provém da interioridade de cada ser (WALDOW, 1998, p. 74-75).

indivíduos, do *self*<sup>3</sup>, através da visão das possibilidades de ação de cada ser e a partir da sua própria consciência e autenticidade. O cuidador domiciliar, ao respeitar a sua subjetividade, seu mundo interior e seu *self*, poderá preservar seus sentimentos, aceitar melhor as suas escolhas, potencialidades e limitações, e, assim, criar um espaço para as suas necessidades como ser humano, o que refletirá nas ações de cuidado ao idoso.

Os sentimentos surgem no cuidador domiciliar no seu dia-a-dia de cuidado e influenciam as suas motivações, ações e pensamentos. Este precisa ter momentos reflexivos para que ocorra, realmente, um encontro de cuidado de forma afetiva, no qual o cuidador domiciliar e o idoso possam ter suas potencialidades de vir-a-ser valorizadas. Com isso, o cuidador irá perceber-se como um ser humano com muitas possibilidades e que necessita do cuidado de si, para que tudo que está a sua volta continue a acontecer.

Watson (2006; 2007), ao buscar expandir suas idéias e valores, através da evolução do cuidado transpessoal, transforma os fatores de cuidado em processo *clinical caritas*, procurando dar uma maior abertura a este modelo de cuidado por meio de uma perspectiva integrativa e pós-moderna, transcendendo os modelos estáticos de enfermagem. Neste contexto, *caritas*, sendo uma palavra de origem latina, significa tratar com carinho, nutrir, dar atenção especial, apreciar, ser sensível, senão, amor, pelo menos, atenção (WATSON, 2006).

O cuidado transpessoal estrutura-se no processo *clinical caritas* (WATSON, 2006; 2007) e a sua concretização através do momento de cuidado. Watson (2006) considera momento de cuidado como um campo existencial e energético, um ponto

---

<sup>3</sup> Neste estudo, traduz-se a palavra da língua inglesa *self* como o eu, a própria pessoa.

decisivo, um chamado para a mais elevada e profunda consciência e intencionalidade, uma escolha autêntica de cuidar/viver.

O processo *clinical caritas* (WATSON, 2006; 2007) compõe-se de dez elementos de cuidados, sendo estes: praticar o amor, a gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência de cuidado; ser autenticamente presente, fortalecer e sustentar o profundo sistema de crenças, mundo de vida subjetivo do ser cuidado; cultivar práticas próprias espirituais e do 'eu transpessoal', ultrapassando o próprio ego; desenvolver e manter a relação de ajuda-confiança no cuidado autêntico; ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como conexão profunda com seu próprio espírito e o da pessoa cuidada; usar-se criativamente e todas as maneiras de conhecer, como parte do processo de cuidar, engajando-se em práticas artísticas de cuidado-reconstituição; engajar-se em experiência genuína de ensino-aprendizagem, que atenda à unidade do ser e dos significados, tentando manter-se no referencial do outro; criar um ambiente de reconstituição (*healing*) em todos os níveis, sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, a beleza, o conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados; ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando o que é essencial ao cuidado humano, o que potencializará o alinhamento de corpo-mente-espírito, a totalidade e a unidade do ser, em todos os aspectos do cuidado; e, dar abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado.

Ao buscar compreender como a Teoria do Cuidado Humano de Watson (1985; 1996; 1999; 2005; 2006; 2007), pode contribuir para a realidade vivenciada pelo cuidador domiciliar, realizou-se uma reflexão acerca do seu fazer e de suas potencialidades, procurando relacionar os elementos de cuidado com a problemática

vivenciada pelo mesmo em relação ao cuidado de si e ao cuidado que a equipe de saúde lhe proporciona.

O *primeiro elemento* de cuidado trata de um sistema valores humanistas, como o amor, a gentileza e a imparcialidade, que pode ser evidenciado por meio de comportamentos baseados em reflexões que são oriundas das experiências vividas pelo cuidador domiciliar. Para que estes valores acabem emergindo no momento de cuidado, é necessário que o cuidador domiciliar desenvolva a consciência em relação a sua existência e sobre as suas potencialidades de vir-a-ser, no seu interior e, posteriormente, com o idoso. Desta maneira, a consciência intencional do cuidado de si e do outro torna-se um compromisso moral, fazendo com que este aconteça de maneira reconstituidora para os envolvidos momento de cuidado.

Ao fortalecer e sustentar o profundo sistema de crenças presente no *segundo elemento*, o cuidador domiciliar deve ser estimulado a fortalecer estes valores, pois, no cuidado ao idoso, o seu desenvolvimento pode ser importante à medida que ocorram situações na qual a cura não é mais possível, sendo uma forma de proporcionar um melhor bem-estar e uma aceitação mais tranqüila desta condição. Neste contexto, o cuidador domiciliar precisa transcender a relação com o outro, abrangendo, também, a alma e o espírito dos envolvidos no encontro de cuidado, ou seja, estar com o outro no corpo e espírito, indo além do físico e mental, compartilhando o mesmo espaço e respeitando sua individualidade (LACERDA, 1996).

As visitas domiciliares possibilitam um momento de entrada no domicílio e, conseqüentemente, na dinâmica de vida das famílias. Os profissionais de saúde, portanto, devem aproveitar este contato tão próximo e estar abertos para o sensível, a fim de efetuar e estimular que o cuidado seja realizado de uma forma mais

compreensível, estabelecendo conexões entre os seus membros através do fortalecimento de suas crenças, para, então, cuidar da melhor forma possível, do cuidador domiciliar e, conseqüentemente, do idoso.

O cultivo das próprias práticas espirituais para alcançar a evolução em conexão com o universo encontra suporte no *terceiro elemento* de cuidado de Watson (2006). Este se refere ao desenvolvimento de um cuidado autêntico, que a partir do aumento da sensibilidade o ser cuidado será conduzido ao autocrescimento e auto-realização. Esta sensibilidade possibilita que o cuidador domiciliar transcenda na relação de cuidado com o idoso, não permitindo que as crenças ou valores morais sejam obstáculos e que esteja assegurado o respeito e a individualidade da pessoa cuidada.

O *quarto elemento* de cuidado trata do desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança, baseada no respeito, na honestidade e na verdade entre o cuidador domiciliar, o idoso e a equipe de saúde. Esta forma de relacionamento auxilia no enfrentamento e na aceitação dos momentos de dificuldade para que sejam vivenciados da melhor forma possível. Este tipo de relação promove a transpessoalidade entre os seres envolvidos, à medida que se desenvolve o cuidado autêntico. Essa autenticidade permite ao cuidador domiciliar e à equipe de saúde a aceitação e a compreensão dos sentimentos do outro, bem como a comunicação dessa percepção. Com isso, se possibilita que o cuidador domiciliar também sinta-se cuidado pela equipe de saúde e confiante para que a mesma lhe auxilie quando for necessário, o que é essencial para a formação de vínculo entre ambos. A ajuda-confiança entre o cuidador domiciliar e o idoso pode ser um meio de mobilizar forças para vivenciar as limitações e as mudanças de vida decorrentes do processo de envelhecimento.

O cuidador domiciliar deve ser estimulado a relatar seus sentimentos sobre suas vivências e dificuldades encontradas no seu dia-a-dia. Esta comunicação aberta refere-se ao quinto fator de cuidado, que é a promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos. Watson (1996) refere a importância de proporcionar a abertura de expressão destes sentimentos numa relação de cuidado, uma vez que os mesmos podem resultar em alterações no comportamento e no pensamento. Desta maneira, no cuidado ao idoso, podem surgir diferentes sentimentos no cuidador domiciliar relacionados a questões existenciais e a limitações resultantes do processo de cuidar, que devem ser aceitos para que se propicie uma relação de cuidado mais próxima e sincera.

A visita domiciliar pode ser considerada um momento de grande união entre a equipe de saúde e o cuidador domiciliar, na medida em que proporciona um contato com a intimidade de cada família que encontra-se em seu ambiente, criando a possibilidade de uma conexão entre os seres e com o meio, em todos os níveis, chegando até ao infinito. Além disso, é um espaço no qual o cuidador domiciliar pode manifestar suas necessidades e dificuldades, relacionadas às vivências de cuidado e às questões da sua existência, possibilitando, assim, uma reflexão e compreensão dos significados da vida, o que pode lhe fortalecer para o enfrentamento de sentimentos decorrentes das limitações, perdas e frustrações que acontecem no seu dia-a-dia de cuidar.

O *sexto elemento* de cuidado refere-se ao uso da criatividade para resolução de problemas, aliando-a ao conhecimento e à intuição. O cuidador domiciliar, com o auxílio da equipe de saúde, precisa ser orientado a realizar as ações de cuidado utilizando estes conhecimentos, tanto para o cuidado de si quanto para o do outro – o idoso. O cuidado deve ser realizado de forma individualizada, sensível, consciente

e criativa, de acordo com a realidade vivenciada em cada domicílio. Este cuidado necessita estar fundamentado no conhecimento científico, no saber estético, artístico e no conhecimento intuitivo, levando em conta as particularidades do cuidador domiciliar e do idoso, explorando suas potencialidades para que se estabeleça a participação de ambos no processo de cuidar, o que estimulará, assim, a autocura, o autoconhecimento e o autocontrole.

Engajar-se na experiência do ensino-aprendizagem refere-se ao *sétimo elemento* de cuidado de Watson (2006), o qual diz respeito a um cuidado em que o cuidador domiciliar deve ser uma fonte de conhecimento acerca do ser cuidado, sendo importante a troca de informações entre o mesmo e a equipe de saúde, a fim de que este momento se torne uma experiência de ensino e aprendizagem transpessoal. Desta forma, o cuidador domiciliar precisa relatar as suas percepções e sentimentos para participar mais ativamente das tomadas de decisões no cuidado de si e do idoso. A transmissão de informações não pode ser de forma unidirecional; ao contrário, deve ser construída a partir dos conhecimentos dos envolvidos, resultando, assim, em crescimento de ambos.

Neste momento, é dada oportunidade ao cuidador domiciliar expressar o que está vivenciando e, através da presença de um membro da equipe de saúde, ele poderá sentir-se compreendido, cuidado e respeitado. Este pode ser um momento de abertura e união dos envolvidos no encontro de cuidado, em que ocorre um profundo conhecimento da subjetividade, do *self* de cada um, criando condições para a sensibilização referente à necessidade do cuidado de si por parte do cuidador domiciliar.

Na realização da visita domiciliar tem-se a oportunidade de conhecer profundamente o ambiente e a rotina de cuidado do cuidador domiciliar para com o

idoso. Neste sentido, o *oitavo elemento* de cuidado trata da criação de um ambiente de reconstituição, o *healing*, no qual sejam potencializados a beleza e o conforto em todos os níveis de energia. O cuidador domiciliar deve ser orientado a promover um ambiente de conforto, privativo, seguro e esteticamente limpo para o idoso, com vistas ao fortalecimento da auto-estima e satisfação e para si um ambiente que permita a sua reconstituição.

O ambiente de cada indivíduo é dividido em externo, como fatores físicos e de segurança, e ambiente interno, como fatores mentais, espirituais e culturais (WATSON, 1996). Estes dois ambientes estão inter-relacionados e, a partir da subjetividade de cada ser, eles podem ser considerados ameaçadores. Desta maneira, a equipe de saúde precisa considerar que, para o cuidador domiciliar, o fato de ter um familiar doente e sobre seus cuidados revela-se um evento estressante. Assim, a equipe deve apoiá-lo e ajudá-lo no enfrentamento dessa situação, para a manutenção da sua saúde física, mental e espiritual.

O alinhamento do corpo-mente-espírito refere-se ao *nono elemento* de cuidado, o qual busca a harmonia das seguintes necessidades: sobrevivência (biofísicas, alimento e líquido, eliminação e ventilação), funcionais (psicofísicas, atitude-inatividade, sexualidade), integradoras (psicossociais, aquisição, afiliação) e de busca e crescimento (intra e interpessoal). Todas essas necessidades devem ser vistas na sua globalidade, inter-relacionando e considerando o ser humano na sua totalidade, a partir da consciência intencional de cuidado ao outro por meio do que é essencial ao ser humano. No domicílio, o cuidador domiciliar precisa ser orientado para contemplar todas essas necessidades, priorizando as mais evidentes, uma vez que também é uma pessoa que precisa de cuidados que objetivem promover sua saúde e harmonia.



Abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte se fazem presentes no *décimo elemento* de cuidado. Este elemento refere-se à compreensão do ser humano a partir dos seus significados e valores. É a maneira como o mesmo vê, sente e percebe o mundo e as questões existenciais da vida, como a morte, as doenças, as limitações, dentre outras. Com essa consciência, o cuidador domiciliar pode se fortalecer para o enfrentamento dessas questões, encontrando em sua essência, a partir dos seus significados, forças internas para a realização do cuidado de si mesmo, buscando a harmonia e o bem-estar.

No cuidado humano transpessoal estão presentes todos os elementos de cuidado, os quais são usados de forma científica, profissional, ética, estética, criativa e personalizada na relação de cuidado. Este modelo de cuidado pode ser aplicado de diferentes formas, seja através de movimentos ou, então, de toques, sons, palavras, cores, dentre outras. Sendo assim, por conta dessas práticas, procura-se restaurar a harmonia interna, o auto-conhecimento e o auto-controle, auxiliando os envolvidos nessa relação de cuidado a encontrarem os significados da existência humana (WATSON, 2006). Todos os elementos de cuidado representam um guia que pode ser utilizado com o cuidador domiciliar, com vistas a dar uma visão transpessoal, dinâmica e envolvente no cuidado de si e do idoso.

No exercício reflexivo, na busca de maneiras para se agir de forma transformadora em direção a um processo que contemple o cuidado da equipe de saúde para com o cuidador domiciliar e que considere à importância destas ações para consigo, assim estrutura-se os conceitos construídos com base em minhas crenças e valores, através de um marco conceitual, cujos elementos teóricos são abaixo descritos. Desta maneira, apresento estes construtos que emergiram a partir da reflexão e prática profissional e que foram baseados na Teoria do Cuidado

Humano de Watson (1985; 1996; 1999; 2005; 2006; 2007), os quais acredito, serem viáveis de desenvolvimento na realidade do cuidador domiciliar. Além disso, estes pressupostos serviram como um marco inicial para o desenvolvimento deste estudo.

Conceituo ser humano como um ser que está em permanente interação com o mundo, com as outras pessoas, os animais, a natureza e os objetos. Este ser é singular, possui uma bagagem e tem seus próprios valores, desejos, experiências, cultura, crenças e conhecimentos, os quais estão em constante transformação. O ser humano, neste estudo, é o cuidador domiciliar, ser cuidado, o idoso e a equipe de saúde que estão presentes em uma relação de cuidado, dentro do contexto domiciliar. Em virtude da diversidade e singularidade presentes em cada um dos envolvidos, existe a possibilidade de crescimento, a potencialidade de vir-a-ser nas diferentes situações que possam ser experienciadas por estes seres humanos.

Entendo saúde como o bem estar e a harmonia do corpo físico, psíquico (mente), espiritual, das relações sociais, familiares, de trabalho. Todos esses elementos precisam estar em equilíbrio em si, com os demais e com o meio ambiente. Considero doença o desequilíbrio e/ou a falta de harmonia do corpo físico, psíquico (mente), espiritual, das relações sociais, familiares, de trabalho, em si, com os demais e com o meio ambiente.

Os seres humanos envolvidos neste estudo deparam-se tanto com o estado de saúde, quanto com o de doença, para si mesmo ou para o outro, o idoso. Estes conceitos são percebidos de forma particular por cada indivíduo, uma vez que são influenciados pela cultura, pela família e pelo que foi experienciado previamente pelos mesmos.

Considero ambiente, o local onde o homem vive, habita e se relaciona com outro(s) homem(ns), a natureza, animais, objetos e com outras dimensões do

universo. É um local dinâmico, de convivência mútua, que possui regras formais e sociais que ditam a maneira que devemos nos comportar e agir para o nosso bem estar e dos demais. O ambiente, neste trabalho, refere-se ao cenário em que ocorre o cuidado – o domicílio. É um local único que compreende aspectos físicos, emocionais, culturais.

Considero Enfermagem uma ciência que, com base em seus conhecimentos científicos próprios, trabalha no cuidado ao ser humano, na prevenção e tratamento de doenças, na reabilitação, na educação em saúde, no cuidado de si e na busca dos direitos dos pacientes, no acompanhamento e no desenvolvimento do homem em todas as etapas do ciclo de vida. O foco da enfermagem é o cuidado humano, com o alcance do bem-estar do outro.

O cuidado é um processo que envolve interação, sensibilidade, solidariedade e empatia para com outros seres humanos. No momento de cuidado, neste estudo, estão presentes o cuidador domiciliar, a equipe de saúde e o idoso. Este cuidado busca atender as necessidades do outro, para que seja alcançado o crescimento, tanto do cuidador quanto do ser cuidado.

Conceituo cuidado domiciliar como uma ação que se realiza no domicílio, a qual envolve a prevenção, promoção, acompanhamento, tratamento, recuperação e reabilitação dos clientes e sua família. A assistência a estes seres humanos, de diferentes etapas do ciclo vital, objetiva respostas as suas necessidades, para o efetivo funcionamento do contexto domiciliar. Neste estudo, o cuidado domiciliar é representando pelas ações que se realizam no domicílio pela equipe de saúde e pelo cuidador domiciliar.

Entendo cuidador domiciliar como aquele ser humano que realiza ações de cuidado ao outro no domicílio. Acredito que este ser necessita estar em um contexto

de atenção, tanto quanto aquele que é por ele cuidado. Além disso, o cuidado de si é fundamental para que o cuidador domiciliar consiga atingir o seu bem-estar físico, mental e espiritual, uma vez que só se pode cuidar do outro se, primeiro, cuidar de si mesmo.

Estes elementos teóricos estruturaram o meu pensar acerca da problemática em estudo, os quais acredito apresentarem identidade com alguns princípios centrais de teorias que têm orientado o ser, saber e fazer em enfermagem.

A partir do exposto, acredita-se que, partindo do referencial de Watson em sua Teoria do Cuidado Humano (1985; 1996; 1999; 2005; 2006; 2007) pode ser utilizado como subsídio teórico-filosófico para conhecer a percepção do cuidador domiciliar do idoso sobre o cuidado de si e o cuidado que a equipe de saúde lhe proporciona, no domicílio.

## **4 CAMINHO METODOLÓGICO**

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

A partir do tema escolhido, optou-se pela pesquisa qualitativa para alcançar o objetivo deste estudo, uma vez que, ao preocupar-se com o indivíduo em seu ambiente e por ser naturalista, não impõe limitação ou controle ao pesquisador (POLIT e HUNGLER, 1995). Neste tipo de estudo, para se descrever algum tipo de conhecimento acerca de indivíduos e suas experiências, este deve acontecer a partir do relato dos seus próprios atores.

Minayo (1993) refere que o objeto da pesquisa qualitativa é expresso pela linguagem, pela vida cotidiana, através de significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores de indivíduos. Para buscar a percepção que o cuidador domiciliar tem sobre o cuidado de si e sobre o cuidado que a equipe de saúde lhe proporciona, acredita-se que a abordagem qualitativa possibilitou o alcance desta compreensão.

Dentro da abordagem qualitativa, optou-se pela realização de um estudo de caráter exploratório descritivo. Os estudos do tipo exploratório caracterizam-se pelo aumento da experiência em relação a um determinado problema, possibilitando o aprofundamento de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987). E a pesquisa descritiva, segundo Polit e Hungler (1995, p. 119), possui “o propósito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação”.

## 4.2 Local de Pesquisa

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é uma instituição que possui 1.800 leitos, dividida em 04 unidades hospitalares e voltada à assistência, educação e pesquisa. É considerado um centro de referência para o Estado do Rio Grande do Sul e para o País.

Esta pesquisa foi realizada na Unidade da Vila Floresta, que faz parte do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Este Serviço é composto por 12 unidades de saúde, localizadas na zona norte de Porto Alegre, abrangendo mais de 100.000 pessoas.

O Serviço de Saúde Comunitária do GHC teve seu início em 1980 a partir da implantação do Programa de Residência Médica em medicina geral. A criação da primeira unidade deu-se em 1982, com a Unidade de Medicina de Família do Hospital Nossa Senhora da Conceição, que naquele momento tinha como objetivo de formar e aperfeiçoar recursos humanos na área da medicina de família e prestar cuidados à população vizinha do Hospital. A partir daí, foram sendo criadas as demais unidades de saúde, por solicitação das comunidades próximas, as quais seguiam o modelo original baseado na Saúde Comunitária, que era adaptado às necessidades de cada comunidade. Em 1985 foi implantada a Unidade da Vila Floresta, sendo esta a segunda unidade de saúde implantada.

A equipe que compõe a Unidade da Vila Floresta é multiprofissional, sendo composta por enfermeiros, médicos gerais comunitários, psicólogo, assistente social, odontólogo, técnicos de enfermagem e técnico em higiene dental.

As principais atividades desenvolvidas nestas unidade de saúde são preventivas, de educação em saúde, de assistência e de formação de recursos humanos.

Nesta Unidade são desenvolvidos Programas de Saúde, como o Programa de Saúde da Mulher, Saúde da Gestante, Saúde da Criança, HiperDia, De Volta Para Casa (vigilância das hospitalizações de crianças e adolescentes), Assistência Domiciliar, dentre outros.

O Programa de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2003b) caracteriza-se pelo atendimento realizado pelos profissionais integrantes da equipe de saúde no domicílio. Este pode ser dividido nas seguintes modalidades: atendimento domiciliar, para pessoas com problemas agudos que estejam temporariamente impossibilitados de comparecer na unidade de saúde; internação domiciliar para aqueles indivíduos egressos de uma hospitalização e necessitam de uma atenção mais intensa; acompanhamento domiciliar, para àqueles que necessitam de contatos freqüentes e programáveis com a equipe de saúde; vigilância domiciliar e acompanhamento de egressos hospitalares. Os participantes deste estudo enquadram-se na modalidade acompanhamento domiciliar.

### **4.3 Apresentado os Participantes do Estudo**

Os participantes deste estudo foram os cuidadores domiciliares de idosos, participantes do Programa de Assistência Domiciliar da Unidade da Vila Floresta.

A escolha da amostra deu-se a partir da lista de 16 participantes do Programa de Assistência Domiciliar, que foi fornecida pelo local onde se realizou a pesquisa, a Unidade de Saúde Vila Floresta. *A priori* foram convidados a participarem do estudo, a partir de uma lista dos idosos integrantes do Programa de Assistência Domiciliar, nove cuidadores de idosos que, inicialmente, foram abordados por telefone ou diretamente em suas residências e receberam um convite de participação no estudo, sendo que, todos os convidados aceitaram o convite para participarem da pesquisa. Os demais participantes do Programa, não foram selecionados para a pesquisa por não serem idosos, o que faz com que estes não preencham os critérios de participação do estudo.

Os critérios de inclusão para participação neste estudo foram: que o cuidador domiciliar realizasse cuidado ao idoso integrante Programa de Assistência Domiciliar há, pelo menos, um ano; não recebesse remuneração para cuidar; fosse maior de 18 anos e que aceitasse participar deste estudo.

Esta pesquisa foi desenvolvida com nove cuidadores domiciliares, todos do sexo feminino, com idade variando entre 37 e 71 anos. Em relação ao grau de parentesco com o idoso, os cuidadores domiciliares apresentaram a seguinte realidade: sete referiram serem filhas, uma irmã e uma vizinha. O tempo que realizam cuidado ao idoso variou de 3 a 35 anos.

#### **4.4 Aspectos Éticos**

Neste estudo foram atendidas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos, estabelecidas na resolução 196/96 do Conselho



Nacional de Saúde (1996), através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), apresentado, pelo pesquisador, em duas vias e assinado pelo mesmo e por aqueles que aceitaram participar do estudo, ficando uma via com cada um.

Aos participantes foram fornecidas informações acerca dos objetivos da pesquisa, sendo assegurado o seu anonimato e a possibilidade de desistência de participação, em qualquer momento da mesma. Os materiais produzidos a partir das entrevistas foram utilizados somente para fins de divulgação dos resultados do estudo. Após a transcrição, as fitas foram degravadas e o conteúdo das transcrições ficará de posse do pesquisador por cinco anos e, após, será destruído.

O nome dos cuidadores domiciliares, dos profissionais da equipe de saúde do campo de estudo e dos idosos que foram citados nas entrevistas foram trocados por nomes fictícios para preservar o anonimato dos mesmos.

Esta pesquisa também foi submetida ao Comitê de Ética da instituição onde foi desenvolvida - FR: 90694 (ANEXO A).

#### **4.5 Coleta das Informações**

As informações foram coletadas por meio da técnica de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A), proposta por Triviños (1987), que se refere ao momento em que o pesquisador parte de questionamentos básicos, apoiados em uma teoria ou hipóteses, permitindo a formulação de novos questionamentos à medida que as respostas vão sendo dadas pelo entrevistado, favorecendo, não só a descrição de

um determinado fenômeno, mas também sua compreensão e explicação em totalidade. O autor ainda destaca que a entrevista semi-estruturada possibilita a atuação e presença do pesquisador juntamente com a presença do entrevistado.

Após o aceite do cuidador domiciliar em participar do estudo, a coleta das informações foi realizada pela pesquisadora no domicílio e na Unidade de Saúde campo do estudo, com data e horário previamente agendados. As entrevistas foram gravadas, desde que autorizadas e, posteriormente, transcritas. A fase de coleta de dados aconteceu no período de agosto a outubro de 2006. Foram realizadas nove entrevistas, sendo que, destas, oito foram no domicílio dos cuidadores e uma na Unidade de Saúde, campo do estudo, por opção do entrevistado. A média de duração das entrevistas foi de quarenta e sete minutos.

#### **4.6 Análise dos Dados**

Para a análise das informações foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), que tem por definição ser “um conjunto de técnicas de análise das comunicações”, pois é um conjunto de instrumentos metodológicos que são utilizados na pesquisa qualitativa, buscando compreender os discursos (conteúdos) dos sujeitos do estudo (BARDIN, 1977, p. 27).

Para que este método seja aplicado de forma sistemática, Bardin (1977) propõe três fases de análise a serem seguidas: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados.

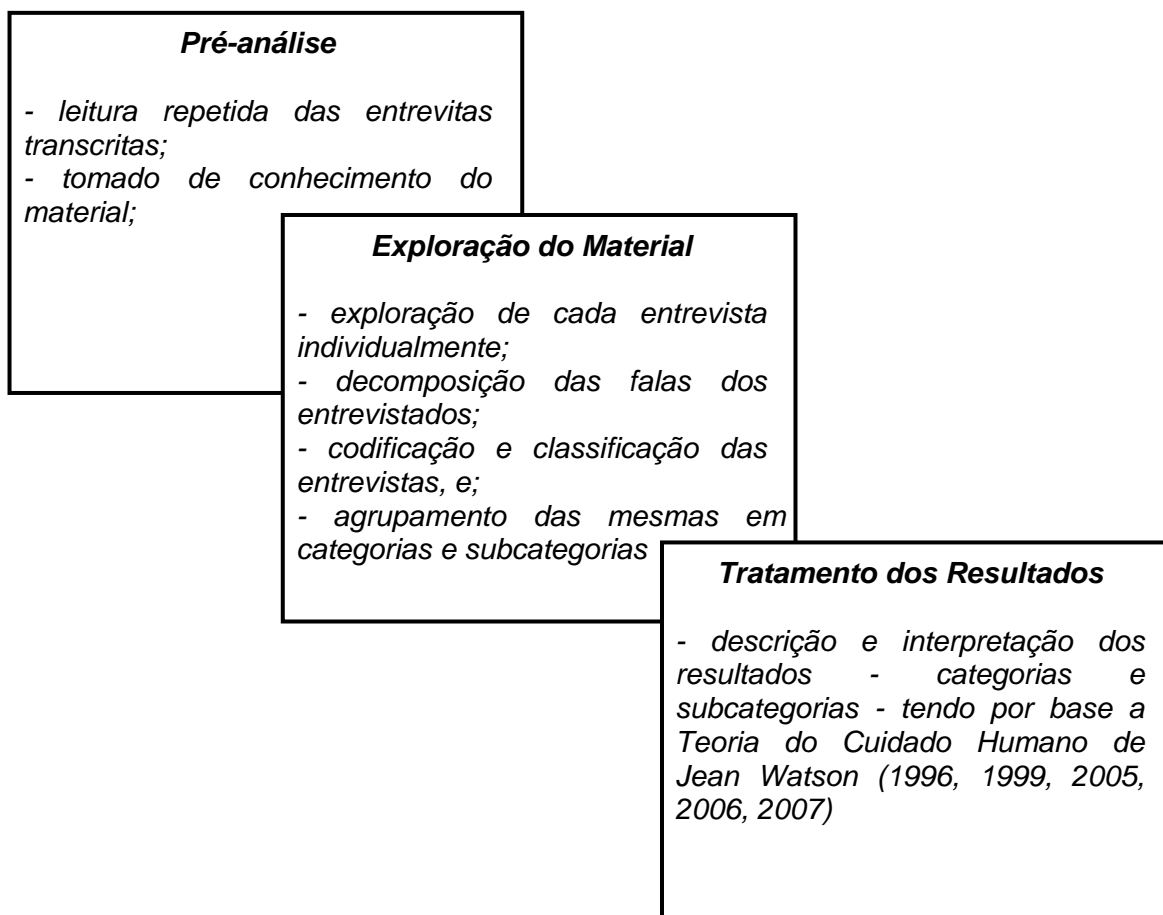
A pré-análise é a fase de organização do material a ser explorado que, no caso deste estudo, foram considerados os conteúdos das transcrições das fitas gravadas durante as entrevistas. Realizou-se a leitura flutuante dos mesmos, ou seja, a leitura repetida na qual a pesquisadora tomou conhecimento do material produzido.

No segundo momento, chamado de exploração do material, houve decomposição das falas dos participantes, que foram codificadas em unidades de significado, através de uma codificação específica, conforme exemplificado no quadro 1. Após, houve agregação destas unidades para formar as categorias, uma vez que ocorreu a passagem do discurso ingênuo do participante do participante do para a linguagem do pesquisador.

A exploração do material das entrevistas ocorreu, inicialmente, de forma vertical, na qual cada uma foi explorada individualmente. As falas dos participantes foram codificadas segundo a sua ordem de realização. Conforme as entrevistas foram decompostas em unidades de significado, iniciou-se o agrupamento em categorias intermediárias de cada entrevista. Após, comparou-se estas categorias intermediárias através de um movimento transversal, o qual perpassou todas as entrevistas.

Na terceira fase, os resultados, foram descritos e interpretados tendo por base teórica o referencial de Jean Watson, em sua Teoria do Cuidado Humano, (1985; 1996; 1999; 2005; 2006; 2007). As categorias e subcategorias emergidas serão apresentadas no próximo capítulo.

O método como foi aplicado a metodologia da análise de conteúdo de Bardin (1977), pode ser visualizado na figura 1, abaixo.



Fonte: Figura criada pelo autor, SCHOSSLER, T. Porto Alegre, 2007.

### **FIGURA 1 – Modelo de aplicação da análise de conteúdo de Bardin.**

Na análise de dados, as letras CD apresentadas nas falas dos participantes do estudo referem-se ao cuidador domiciliar, seguida do número da entrevista, que foi dado a partir da sua ordem de realização.

## **5 CONHECENDO A PERCEPÇÃO DO CUIDADOR DOMICILIAR**

Este estudo procurou revelar as experiências e sentimentos a partir do olhar de quem os vivenciam. Assim, num exercício reflexivo com base na Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson (1985; 1996; 1999; 2005; 2006; 2007), buscou-se atender aos objetivos do estudo a partir das informações expressas nas entrevistas, com vistas a conhecer a percepção do cuidador domiciliar do idoso sobre o cuidado de si e o cuidado que a equipe de saúde lhe proporciona no domicílio.

No que se refere ao referencial de Watson (1985; 1996; 1999; 2005; 2006; 2007) para interpretação dos conteúdos, foram revelados oito elementos de cuidado, os quais foram contemplados nesta etapa do trabalho.

Neste contexto, emergiram, a partir das entrevistas, as seguintes categorias com suas subcategorias, conforme apresenta o quadro abaixo:

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
<b>CONSCIÊNCIA INTENCIONAL: NECESSÁRIOS CUIDAR DE SI</b>	Compartilhar o cuidado ao idoso – uma possibilidade para cuidar de si;
	Descansar, passear, dormir, a gente não tem mais esse direito;
	Presença da família: uma necessidade sentida pelo cuidador domiciliar;
	(Des)equilíbrio do corpo físico e mental, uma resultante percebida no (des)cuidado de si.
<b>COMPROMISSO MORAL COM A CONSCIÊNCIA DE CUIDADO DO OUTRO RESULTANDO NO (DES)CUIDADO DE SI</b>	
<b>CONSCIÊNCIA, SENSIBILIDADE E ESPIRITUALIDADE: TRANSCENDER NO ENCONTRO DE CUIDADO PARA MELHOR CUIDAR DE SI</b>	Deus me ajuda, Deus me dá força, e assim vou cuidando do outro e cuidando de mim;
	A teia dos sentimentos como consciência do cuidado de si do cuidador domiciliar.
<b>A EQUIPE DE SAÚDE E O CUIDADOR DOMICILIAR: A NECESSIDADE DO CUIDADO TRANSPESSOAL</b>	A equipe de saúde, o apoio necessário no cuidado de si e do outro;
	Cuidado da equipe de saúde: uma necessidade sentida.

Fonte: Pesquisa direta pelo autor, SCHOSSLER, T., Porto Alegre, 2006.

## Quadro 1– Categorias e Subcategorias Emergidas

### 5.1 Consciência Intencional: olhares necessários no cuidado de si

Esta categoria se caracteriza pelo cuidado de si do cuidador domiciliar. A forma como age em relação aos seus problemas e a sua percepção sobre a família, os vizinhos e a equipe de saúde, e como estes procedem no cuidado ao cuidador domiciliar e ao idoso.

A satisfação das necessidades humanas do cuidador domiciliar deve ser atendida e valorizada para o seu crescimento como ser humano. Esta condição pressupõe o desenvolver da sua própria consciência em relação ao cuidado de si e a participação do outro no momento de cuidado. Promover atitudes de cuidado para consigo, em busca da preservação da saúde física, mental e espiritual, faz com que os participantes do estudo demonstrem o respeito pela vida e a preocupação que nutrem por si e pelo outro, pois quanto mais e melhor cuidarem de si, mais e melhor cuidarão do idoso. Ações como estas evidenciam o modo de ser e estar do cuidador domiciliar e expressam o desenvolvimento da consciência intencional para cuidar.

Esta consciência desvela-se a partir da postura de estar aberto para o seu interior e do perceber que o cuidado de si é fundamental quando se está comprometido com o outro. Desta maneira, as ações de cuidado para consigo vêm ao encontro do *nono elemento* de cuidado de Watson (2006), ao referir que o alinhamento mente-corpo-espírito permite a unidade do ser em todos seus aspectos. Neste sentido, e através deste fazer, o cuidador domiciliar poderá alcançar as suas potencialidades.

A partir da análise do conteúdo das falas dos participantes deste estudo, esta categoria se estrutura nas seguintes subcategorias: **compartilhar o cuidado ao idoso – uma possibilidade para cuidar de si; descansar, passear, dormir, a gente não tem mais esse direito; presença da família: uma necessidade**

**sentida pelo cuidador domiciliar; (des)equilíbrio do corpo físico e mental, uma resultante percebida no (des)cuidado de si.**

### 5.1.1 Compartilhar o cuidado ao idoso – uma possibilidade para cuidar de si

O revelar desta subcategoria mostra como os participantes do estudo percebem-se ao cuidar do idoso e de si, sendo evidenciada por sua liberdade cerceada no contexto deste cuidado e por ter de esperar pelos outros para poder atender as suas necessidades de cuidado.

O cuidado ao idoso se caracteriza por uma dependência, demonstrada por precisar de alguém que se solidarize com o cuidador domiciliar e esteja presente com ele no momento de cuidado. Essa condição atesta o vazio sentido por quem cuida do idoso, sendo que a presença de um familiar ou vizinho expressa a possibilidade de olhar para si e de ser atendido, o pode ser evidenciado nas falas abaixo:

“Eu não tenho ninguém, às vezes vem uma fazer limpeza né. pra mim por causa do meu braço, que dói muito né [...] tudo dependo de um, dependo de outro.” (CD 1)

“O meu cunhado que me ajuda. A minha vizinha vem só pra repara um pouquinho porque ela tem uma guria doente, também [...] de mim eu fico de lado né, eu tenho que arrumar os dentes e não tenho quem fique com ela, tenho que ir no médico, tenho um monte de coisas para fazer mas... não dá né”. (CD 5)

“Quando eu saio fica uma filha, fim de semana que eu quero dar uma saída fica uma filha ou a outra e eu preciso ter um tempo porque se não eu enlouqueço.” (CD 8)



As falas expressam as necessidades do cuidado de si dos participantes do estudo, reforçando que precisam de alguém com quem compartilhar esta ação. O fato de estar com um familiar ou vizinho proporcionará a possibilidade de sair daquele ambiente de cuidado ao idoso, que, muitas vezes, é estressante. Condição que só acontece quando se evidencia explicitamente a necessidade de ajuda ou cuidado. Percebe-se, ainda, que a vizinha, o cunhado e a filha se fazem presentes neste encontro de cuidado quando evocados ou sensibilizados em relação às necessidades do cuidado de si dos participantes do estudo.

O cuidador domiciliar expressa a presença do *self*, ou seja, a existência da sua consciência em relação às necessidades de cuidado do idoso e de si mesmo. Para que aconteça de forma autêntica, é preciso buscar a consciência do *self* percebido por si e do *self* manifestado pelo outro, que pode ser o idoso ou as pessoas que lhe auxiliam nas ações de cuidado, como a equipe de saúde, os familiares e os vizinhos, o que remete à necessidade do cuidador domiciliar em conhecer as suas limitações e aceitá-las, buscando a harmonia na sua totalidade (corpo, mente e espírito) e unidade (visão do ser como unidade transpessoal, mente-corpo-espírito), possibilitando, assim, que o cuidado de si e do outro realmente aconteça.

Desta maneira, o cultivo do *self* do cuidador domiciliar possibilita que se desenvolva a base para o próprio aperfeiçoamento, o que traz como benefício o desenvolvimento de uma relação de cuidado, tanto para o ser que cuida quanto para o ser cuidado, mais benéfica e prazerosa (VIEIRA, ALVES e KAMADA, 2007).

Na realidade do cuidador domiciliar pode ocorrer de não ter com quem compartilhar o seu compromisso com o idoso, sendo legado para si a condição única para cuidar, o que é expresso abaixo:

“Só eu que cuido [...] vinte e quatro horas.” (CD 3)

A fala do participante soa quase como um desabafo de um peso ou de uma carga presente em si por todo o tempo de um dia, o que por alguns minutos ou segundos consegue ser aliviado diante da possibilidade de poder dizer para alguém o que é cuidar de um idoso. Esta condição revela que o cuidador domiciliar precisa ser visto como alguém que, também, tem necessidades que precisam ser satisfeitas e, portanto, deve estar inserido nesse contexto de cuidado, quando se está comprometido com o outro. Este fato expressa a importância de ampliar a sua consciência (WATSON, 1996), o que significa estar mais sensível para perceber e sentir o que está acontecendo no ambiente de cuidado.

Com a percepção dos seus limites e possibilidades, o cuidador domiciliar desperta para a busca da satisfação das suas necessidades humanas, numa situação em que sente que precisa cuidar de si e encontra, na contratação de um cuidador formal<sup>4</sup>, uma possibilidade para a sua realização, o que está expresso nas seguintes falas:

“Daí agora eu tenho uma enfermeira que vem, atendente que vem segunda, quarta e sexta. Essa dá banho e trata as feridas, eu já não tinha mais condições.” (CD 8)

“Olha, eu tenho uma pessoa que cuida dela, né [...] eu tô saindo, eu tô procurando emprego né, então é mais essa pessoa que atende ela.” (CD 4)

Com o passar do tempo, as ações de cuidado ao idoso, como higiene, conforto, alimentação, fazer curativos, tornam-se repetitivas e desenvolvem, no cuidador domiciliar, cansaço físico pela saturação das atividades, fato que o leva aos

---

<sup>4</sup> Denominação dada àquele profissional contratado (KARSH, 1998; ALMEIDA, 2005).

limites de tolerância no contexto deste cuidado. Assim, o caminho encontrado para modificar esta condição é a contratação de um cuidador formal para realizar tais ações de cuidado, postura que expressa o despertar da consciência do cuidador domiciliar quanto as suas limitações, uma vez que a busca por soluções demonstra o respeito que nutre pelo seu corpo ou por si. Esse despertar de consciência é consequência do processo de cuidar do idoso, pois quando cuida do outro, a percepção em relação as suas próprias necessidades modifica-se, passando a ocorrer na sua totalidade (NASCIMENTO, 2005).

Dentro do contexto de cuidar do idoso, ter uma pessoa para auxiliar o cuidador domiciliar possibilita uma melhor organização de sua vida e permite autonomia e liberdade na realização de suas necessidades. O alcance desta condição, dentro dos conceitos de Watson (1985; 1996), é um dos objetivos a serem alcançados no encontro de cuidado do outro, pois no momento de cuidado busca-se a reconstituição do ser humano a partir da sua própria realidade.

Desta forma, percebe-se que o cuidador domiciliar consegue, dentro do seu contexto, organizar-se, possibilitando, assim, que o cuidado de si possa acontecer juntamente com as ações de cuidado ao idoso. Contudo, nem sempre a consciência de suas necessidades leva o cuidador domiciliar a satisfazê-las, motivada por fatores limitantes como se desvela na fala abaixo:

“[...] mas se eu pudesse assim pagar alguém pra ficar com ela uma tarde inteira eu pagaria.” (CD 7)

O desejo manifestado por um participante do estudo em ter um cuidador formal para compartilhar a atenção ao idoso expressa um vazio a ser ocupado por alguém de modo a permitir ter um tempo para si. A impossibilidade de poder contar

com alguém que possa, eventualmente, substituí-lo no cuidado ao idoso o leva a deixar o cuidado de si em segundo plano, em prol do cuidado ao idoso. Acredita-se que esta condição cause cansaço, diferentes tipos de enfrentamentos, sofrimentos orgânicos, emocionais, psicossociais e até financeiros. A sensação que o cuidador domiciliar vivencia diante desses enfrentamentos pode gerar frustração, assim como o sentimento de que esta situação não pode ser modificada.

Entende-se que esta condição pode ser percebida de maneira diferente quando se estimula o cultivo da fé e da esperança, que se fazem presentes no *segundo elemento* de cuidado de Watson (2006; 2007), pois possibilitam que o cuidador domiciliar acredite que pode agir de outra maneira sobre esta realidade, bem como diante de outros enfrentamentos. A fé e a esperança são elementos que promovem ou ajudam aquele que cuida a manter-se motivado em relação aos seus cuidados e do idoso, podendo, ainda, resultar num cuidado mútuo entre os indivíduos que estão presentes neste momento de cuidado..

O compromisso de cuidar de si também se desvela de forma espontânea, sendo esta responsabilidade reafirmada pelo cuidador domiciliar nas seguintes falas:

“Quem cuida de mim sou eu mesma. Eu mesma cuido de mim, eu mesma, procuro os médicos, eu mesma procuro os meus remédios [...]” (CD 2)

“É eu que cuido de mim, eu mesma que tenho que me cuidar.”  
(CD 8)

“Eu, eu que me cuido né.” (CD 9)

A autonomia no cuidado de si expressa um compromisso para consigo. A consciência que o cuidador domiciliar tem acerca da necessidade de cuidar-se demonstra que o mesmo precisa estar inserido em um contexto de atenção. Estas ações evidenciam que o cuidado de si se faz presente na consciência do cuidador

domiciliar e que expressam a preservação da saúde do corpo, da mente e do emocional, demonstrando o amor que cada um nutre para consigo (VIANNA e CROSSETTI, 2004).

Quando a amorosidade está presente nos seres envolvidos no momento de cuidado, se estabelece uma troca e vínculo entre os mesmos. Portanto, esta condição poderá sensibilizar o cuidador domiciliar para o seu cuidado, pois, a partir do seu bem-estar, as ações para com o idoso estão garantidas.

A maneira como o cuidador domiciliar cuida de si reflete na forma como cuida do idoso, o que se traduz em ações permeadas por afeto, amor, paciência e dedicação. Juntamente com o cuidado ao outro, quanto mais o cuidador for capaz de cuidar de si, melhor desempenhará suas ações, ou seja, melhor ele viverá, amará e trabalhará (NASCIMENTO, 2005).

Entretanto, nem sempre o cuidador domiciliar cuida de si sozinho e, algumas vezes, pode contar com a participação de familiares neste contexto, como é evidenciado nas falas a seguir:

“[...] eu procuro me cuidar, não adoecer, o principal é não adoecer né. Me cuido só isso aí [...]a minha mãe dá uma força as vez, né. E o meu filho também quando precisa também eu peço.” (CD 3)

“A gente que se atende né.” (CD 4)

O cuidador domiciliar, ao ter o familiar e o próprio idoso se preocupando com o seu bem-estar, sente-se cuidado. Essa postura pode servir como estímulo e apoio para que o mesmo se mantenha sensibilizado para o cuidado de si.

As falas acima ainda mostram as formas com que o familiar e o idoso demonstram a sua preocupação com o cuidador domiciliar. Esse cuidado pode ser evidenciado de diferentes maneiras, como pela voz, pelos gestos e pelo toque

influenciados pelos sentimentos nutridos pelo outro. O afeto que o cuidador domiciliar recebe da família ou de outras pessoas reflete no cuidado de si e do idoso. A manifestação de sentimentos está presente no *quinto elemento* de cuidado de Watson (2006; 2007) quando refere que a expressão de sentimentos pode ser tanto positiva quanto negativa, e que estes devem ser permitidos e levados em conta numa relação de cuidado, uma vez que possibilita aceitar e sentir o pensar do outro, fazendo com que a interação entre os seres envolvidos aconteça de maneira efetiva e integral.

#### 5.1.2 Descansar, passear, dormir, a gente não tem mais esse direito

Esta subcategoria tem sua denominação retirada da fala de um dos participantes do estudo e desvela os sentimentos do cuidador domiciliar em relação ao cuidado de si, devido às exigências impostas pelo cuidado ao idoso. As falas abaixo assim expressam:

“Então ela me tira do sono, tô sempre cansada, eu não durmo [...] Eu não tenho vida social nenhuma, não tem como.” (CD 7)

“O meu lazer? O meu lazer é lavar a louça (risos) e limpar a casa, não tem como sair, eu não deixo a mãe sozinha de jeito nenhum.” (CD 9)

“Mas nunca posso dizer vou me deitar seis horas ou então sabe vou me deitar agora a tarde toda e vou ficar, não. A gente não tem mais esse direito sabe [...] Nada, nada. Não faço nada. Tem noites que eu não tenho vontade (..) não tenho vontade nem de tomar banho, sabe. A gente fica cansada sabe)” (CD 2)

O cuidador domiciliar, ao mesmo tempo em que se percebe como alguém que cuida do outro, também visualiza que para si não está sendo possível este fazer. Esta situação acaba não permitindo a satisfação das suas necessidades biológicas e psicossociais, como dormir, descansar e ter momentos de lazer, condição que desencadeia um desgaste tanto físico quanto mental, o que acaba comprometendo a sua saúde.

Para o ser atingir o crescimento e desenvolvimento de suas necessidades humanas, é preciso que estas sejam atendidas igualmente, para que seja alcançada a unidade entre mente-corpo-espírito (WATSON, 1996). Desta maneira, ao encontrar um estado de harmonia interna, o cuidador domiciliar terá uma atitude de maior respeito consigo e com tudo que o rodeia, o que refletirá no modo como cuida do idoso.

Além disso, diante da situação na qual a percepção de que o cuidado do outro não permite o cuidado de si, o despertar da consciência para a modificação desta realidade é fundamental, uma vez que, a partir daí, o autoconhecimento ocorre, promovendo a aceitação de suas limitações e potencialidades. Acredita-se que isso poderá fazer com que as ações dos participantes do estudo também se direcionem para as suas necessidades de cuidado (VIANNA e CROSSETTI, 2004). Desta forma, o cuidador domiciliar procura outras formas, dentro das suas possibilidades, para um viver de forma diferente, como manifestado na fala:

“[...] claro tem dia que fico nervosa, que a gente quer sair né, caminhar um pouco né, se distrair. Eu digo, agora eu disse um dia eu vou no centro e eu vou comprar uns tênis pra mim caminhar [...]; a minha filha vende né, então vem as freguesas dela e me enterte, também um pouco né. Converso um pouco com outras pessoas.” (CD 1)

O cotidiano de cuidar faz com que os participantes do estudo sintam-se cansados e acabem procurando formas para modificar esta realidade. Ao desenvolver a consciência sobre suas próprias necessidades, o cuidador domiciliar abre-se para o seu *self* e faz com que, através do uso da criatividade, sejam propiciadas condições para que as mudanças ocorram. Esta condição vem ao encontro do *sexto elemento* de cuidado de Watson (2006; 2007), o qual refere que a resolução criativa de problemas, por meio do novo, aliada a outros saberes, como a consciência e a sensibilidade, melhor identifica o que o cuidador precisa, fazendo com que, por meio das caminhadas e de conversas com outras pessoas, como citado nas falas, torne-se possível a sua implementação.

Na realidade do cuidador domiciliar também desvelam-se outras necessidades humanas afetadas devido aos cuidados dispensados ao idoso, conforme as seguintes falas:

“Eu me privei de bastante coisa, de sair, de bastante coisas, né. Isso aconteceu realmente. Pra poder sair tem que ter alguém que fique com ela ou alguma coisa assim.” (CD 4)

“O que eu precisava mesmo é sair, é a única coisa que eu preciso. Sair um pouco mais, essa rotina mata um pouco a gente, todo o dia a mesma coisa, a mesma coisa, se não sair um pouco disso acho que a gente acho que acaba entrando em parafuso, sei lá. Não agüenta.” (CD 7)

O cuidador domiciliar expressa que as privações e a rotina não permitem que as suas necessidades humanas sejam satisfeitas, fato que acontece devido à falta de outra pessoa para auxiliá-lo nas ações de cuidado ao idoso. As falas demonstram seu desejo de ter liberdade, de ir e vir, o que fica impossibilitado por causa da dependência do idoso em relação a si. A liberdade é uma necessidade humana considerada essencial para o ser humano e a sua satisfação possibilita o bem-estar



e o conforto de saber ou descobrir ser dono de si, sendo está uma forma de vida que expressa o cuidado de si. Watson (2006; 2007) refere que o objetivo de cuidar de forma transpessoal é para que a autonomia e a liberdade do ser humano possam ser alcançadas.

A liberdade deve ser valorizada, tanto pelo cuidador domiciliar quanto pela equipe de saúde, pois a sua privação afeta o cuidado de si e do outro. Quando refere-se ao ambiente de cuidado, Watson (2006; 2007), no seu *oitavo elemento* de cuidado, considera que a criação deste deve permitir a reconstituição, o *healing*, do ser humano em todos os seus níveis de energia e de consciência para que ocorra a potencialização da totalidade, da paz, da beleza, do conforto e da dignidade. Desta forma, o cuidador domiciliar, ao encontrar maneiras de satisfazer esta necessidade ou outras que possam surgir no cotidiano de cuidar, promove o desenvolvimento de um ambiente agradável, o que melhora os estados afetivos, facilita a interação com o outro e a sua satisfação com a vida.

### 5.1.3 Presença da família: uma necessidade sentida pelo cuidador domiciliar

Esta subcategoria desvela que o cuidador domiciliar necessita da participação da família nos cuidado para consigo e com o idoso, como expressam as falas abaixo:

“Se eu precisar do meu filho, que vamos supor uma correria ele atende [...]” (CD 3)

“Sempre, sempre, sempre ela me ajuda e me ajuda muito, aí dela, se não fosse ela eu acho que eu já tava morta [...] os familiares devem saber, que eles devem participar da vida da

gente, devem dar um pouquinho de carinho, nem que seja assim tu tomou teu remédio? Isso aí já é uma maneira de carinho, sabe. É quase nada, nem... mas é importante.” (CD 2)

“Até a velha se preocupa assim, a velha que eu tô dizendo é a mãe. Se eu tiver doente tudo, ela é capaz de caminhar a pé pra me dar um comprimido, uma coisa. A minha irmã também, o meu filho, o meu marido todos eles.” (CD 6)

Contar com a presença da família no seu cotidiano, para o cuidador domiciliar, é de fundamental importância, ação que pode ser evidenciada por meio da sua participação no cuidado ao idoso ou na preocupação acerca das suas necessidades.

Acredita-se que a presença da família cria uma relação de confiança com o cuidador domiciliar e um ambiente de união e solidariedade entre os seus membros, o que pode favorecer um melhor cuidado ao outro, o idoso, e a si mesmo. O cuidador domiciliar, ao estar dentro de um contexto de atenção, seja da família ou da equipe de saúde, acaba favorecendo o estabelecimento de uma relação de ajuda-confiança entre os mesmos, pois, segundo Silva et al (2002), um gesto de atenção, respeito e solidariedade não são esquecidos em um momento de dificuldade, ficando registrados na lembrança de quem recebe e de quem pratica. Quando os envolvidos na relação de cuidado constituem uma sintonia permite-se que a relação de ajuda-confiança se estabeleça, sendo permeada pela empatia e pelo acolhimento do outro (VIANNA e CROSSETTI, 2004). Assim, se forma uma teia de relações de cuidado que, por meio de ações colaborativas, promovem o crescimento e bem-estar dos envolvidos.

A família, ao estar consciente sobre as necessidades tanto do cuidador domiciliar quanto do idoso, possibilita que as ações de cuidado aconteçam de forma intencional, o que, conforme o *primeiro elemento* de cuidado de Watson (2006; 2007), pode promover a reconstituição dos envolvidos no momento de cuidado, pois

quando este ocorre de maneira amorosa e gentil, permite que se adentre no espaço da pessoa cuidada, estabelecendo, assim, uma conexão entre elas e o universo. Portanto, para que o cuidado ao cuidador domiciliar aconteça, baseado nestes valores e seja facilitado, é importante que a família sinta-se partícipe e comprometida com o outro.

Entretanto, neste contexto podem ocorrer relacionamentos que não estão permeados pela participação e envolvimento da família, sem a formação do vínculo de ajuda-confiança, o que é manifestado abaixo:

“Só mais uma irmã de Florianópolis, não tem como. E a minha irmã não dá pra cuidar, a minha irmã não tem jeito pra cuidar [...] Uma que se não tivesse nós, ela tenho certeza que poria a mãe numa clínica, ela não ia cuidar. Ela não ia deixar de sair, não deixar disso, deixar daquilo né, pra ficar com a mãe.” (CD 9)

Estas relações apresentam a falta de envolvimento e participação da família nas ações de cuidado ao idoso e são resultantes de aborrecimentos e sentimentos negativos entre o cuidador domiciliar e seus familiares. Nesta fala, o cuidador domiciliar relata os seus pensamentos acerca da ausência da participação de sua irmã no cuidado ao idoso. O *quinto elemento* de cuidado de Watson (2006; 2007) refere-se à importância de se facilitar a expressão de sentimentos, tanto positivos quanto negativos, pois esta atitude pode servir como um instrumento para que o cuidador domiciliar consiga elaborar as situações vividas com seus familiares e que influenciam nas ações de cuidado ao idoso e de si mesmo.

5.1.4 (Des)equilíbrio do corpo físico e mental, uma resultante percebida no (des)cuidado de si

Nesta subcategoria são desveladas as formas que o cuidador domiciliar percebe o seu adoecimento e as suas causas, como apresentado abaixo:

“Eu ando com artrite aqui do lado, já tirei um raio X da coluna o médico disse que eu tô toda cheia de nó, né. O que que eu vou fazer? [...] mas se eu tivesse que começar de novo eu não faria, porque a minha saúde foi-se sabe, coluna sabe e um monte de coisa que eu não tinha sabe, assim que eu... É horrível eu sei, que a minha, que a minha, que a minha cabeça foi lá, a minha depressão e tudo em prol dela, coitada.” (CD 2)

“Pra me cuidar, olha até eu tava com uma dor nessa perna, daí eu fui fazer uma radiografia e não tem nada no osso. E eu acho que é muscular porque essa perna quando eu cuidava dela, que eu cuido, é a eu pego no peso ali, de mudar, de...” (CD 8)

Os relatos demonstram que o cuidador domiciliar apresenta problemas de saúde que expressam a não satisfação de suas necessidades, resultando no seu adoecimento. Para encontrar o equilíbrio das mesmas, o cuidador domiciliar procura o atendimento de profissionais na busca do restabelecimento da sua saúde. Nas falas acima, o cuidador domiciliar atribui o fato do seu adoecimento ao cuidado que é dispensado ao idoso. A procura por um melhor estado de saúde encontra apoio no *nono elemento* de cuidado de Watson (2006; 2007) quando refere que, a partir da consciência intencional do ser, se oportuniza o que é essencial ao cuidado humano, buscando a sua potencialidade em todos os aspectos. Neste sentido, o cuidador domiciliar, ao estar sensibilizado, tende a se orientar para uma maior preservação do seu corpo e mente, o que demonstra responsabilidade e respeito para consigo.

Esta situação também se constata quando o adoecimento do cuidador domiciliar compreende outros fatores, conforme refere um dos participantes em sua fala abaixo:

“Eu ando muito irritada, insuportável eu ando [...] tensa, sempre tensa, sempre pensando uma coisa, pensando outra, não se isso até... pra mim isso não é normal. Eu não era, eu não era assim eu

fiquei de uns tempos pra cá, fiquei assim [...] Ah eu tô indo com a Laura, com a psicóloga. Tô tendo um tratamentozinho ali com ela e ajuda também né, prá se eu melhora meu sistema, porque ninguém tem nada... ninguém tem culpa de eu estar assim, né.” (CD 3)

Observa-se que a irritabilidade e a tensão são problemas de saúde que estão sendo vivenciados pelo cuidador domiciliar, condição que o leva a procurar ajuda de um profissional para tratá-las. Embora sejam problemas presentes e que está a vivenciar de uns “tempos para cá”, não os associa como consequência de cuidar ou de estar com o idoso. Nesta situação, percebe-se que o cuidador domiciliar preocupa-se consigo, à medida que sente e manifesta sua condição de saúde-doença.

Neste contexto, ao cuidador domiciliar expor os seus sentimentos, refere-se ao *quinto elemento* de cuidado de Watson (2007, 2006), que cita a importância da expressão de sentimentos positivos e negativos, pois ao serem levados em conta na prática do cuidado, permitem uma melhor atuação na promoção e manutenção da saúde do ser cuidado, uma vez que a partir do seu reconhecimento melhor se entenderá o comportamento do outro.

## **5.2 Compromisso Moral com a Consciência de Cuidado do Outro Resultando no (Des)Cuidado de Si**

O cuidado humano se estrutura em valores humanistas, como a bondade, a empatia, o amor e o respeito, a solidariedade, a compaixão, dentre outros construtos que podem ser evidenciados nas maneiras de ser e estar com o outro e que se expressam num dado contexto, baseados na reflexão das experiências vividas. Para

que sejam desenvolvidos estes valores, nesta relação, é necessária a consciência do cuidador, em relação a sua existência e potencialidades de vir-a-ser, para que se manifestem estes sentimentos, em um primeiro momento, no seu interior e, posteriormente, no outro. Quando o cuidado acontece de forma intencional passa a ser reconstituído, uma vez que o cuidador, ao adentrar ao espaço do outro (o ser cuidado) permite a conexão entre estes seres. Desta maneira, a partir do desenvolvimento destes valores e do vínculo entre os envolvidos no momento de cuidar, sentimentos como solidariedade e auxílio ao outro passam a ser um compromisso moral de cuidado.

Esta condição se evidencia no cuidado realizado no domicílio que, por ser contínuo, caracteriza-se pela proximidade daqueles que o fazem acontecer. Fato este que determina formas de cuidar do idoso, possibilitando ir além de uma ação e caracterizando-se por um compromisso moral nesta relação. Assim sendo, embora se desvele um compromisso autêntico do cuidador domiciliar para com o idoso, constata-se que, por mergulhar neste propósito, deixa de considerar o cuidado de si ou de priorizar o seu atendimento, o que resulta no descuido para consigo. A dedicação do cuidador domiciliar em relação ao idoso transcende uma simples ação de cuidar assumindo valores éticos e morais.

Assim, nesta categoria, são desveladas situações em que as ações de cuidado ao idoso são percebidas como prioritárias, resultando no descuido do cuidador domiciliar para consigo, bem como situações em que o cuidador domiciliar consegue conciliar o cuidado de si com o do idoso.

A dificuldade do cuidador domiciliar em dividir o tempo para as suas necessidades e para o cuidado ao idoso pode ser observada nas falas abaixo:

“[...] fiquei dez anos sem consultar [...] vou criar vergonha e fazer uma revisão aí ela mandou eu fazer um regime, aí era pra eu ir uma vez por mês lá pra controlar, não sei o que, digo eu não tenho tempo, digo assim é uma correria né, aí no fim fiquei dois anos e meio sem ir [...] (CD 9)

“Eu tinha máquinas de tecer eu tinha uma lojinha, eu acho que não levou um ano e meio e eu tive que fechar, sabe, eu não conseguia mais conciliar tecer e cuidar da Dona Maria” (CD 3)

A falta de tempo é uma realidade entre os participantes do estudo, seja para atender as suas necessidades de cuidado, as do idoso ou aquelas relacionadas ao seu labor. Estas ações de cuidado ao outro e de descuido para consigo evidenciam a presença conjunta de valores altruístas no cuidador domiciliar, os quais, de acordo com Watson (2006; 2007), existem no ser humano desde a sua formação, pois são resultados da experiência de vida que se desenvolve ao longo da sua existência. Além disso, pode-se considerar que o cuidador domiciliar faz parte de uma família na qual a cultura influencia na sua formação e, conseqüentemente, nas atitudes em relação aos seus cuidados e do outro. Este fato evidencia que, ao estar imbuído por estes valores, o cuidador domiciliar acaba não percebendo a importância dos cuidados para consigo, ou seja, de manter a sua individualidade como ser-no-mundo.

No cuidado ao outro, o cuidador domiciliar constrói uma relação abstrata com o idoso, impossível de mensurá-la; contudo, é percebida pela doação e comprometimento das suas ações. Isso pressupõe um contínuo desenvolver da consciência moral do cuidado para si, na busca de harmonia, compreensão e valorização da vida.

Além da falta de tempo para si, o cuidador domiciliar também deixa de viver etapas importantes do ciclo vital, como a construção de uma família ou de vida própria, como relatado abaixo:

“Trabalhava antes, trabalhei 3 anos e meio numa firma, depois eu parei pra cuidar dele (pai), cuidar dela (mãe) [...] Mudou porque eu deixei de construir a minha família, por causa dos dois né. Então é isso aí né. Eu me dedico mais a ela e menos a mim né.”(CD 5)

Ao refletir sobre as mudanças que ocorreram em sua vida, o cuidador domiciliar percebe que deixou de fazer e viver o seu momento pessoal em prol do idoso, condições que se caracterizam como um modo de não-cuidado para consigo. Este fato gera sentimentos de não realização de desejos e aspirações do cuidador domiciliar, os quais estão presentes em todo ser humano que possui inúmeras potencialidades de vir-a-ser.

Ao realizar o cuidado ao outro, acaba-se desenvolvendo, interiormente no cuidador domiciliar, um compromisso moral e de reverência à vida e ao ser humano. Assim, para que os cuidados prestados ao outro aconteçam com melhores condições, é necessário que o cuidador seja autêntico com seu próprio cuidado, para que haja uma melhora na sua qualidade de vida e de existência (VIEIRA, ALVES e KAMADA, 2007).

Desta forma, o cuidador domiciliar deve perceber-se como um ser que em sua existencialidade possui experiências que devem ser conhecidas, valorizadas e respeitadas. Condição que deixa de ser priorizada devido a sua doação ao outro, no qual o cuidador domiciliar deixa de cuidar de si, como na fala abaixo:

“[...] aí me ensinaram uma pomada (para o idoso), mas disseram que é cara, eu digo ah não importa, eu me privo de comprar qualquer coisa pra mim, mas se fizer mesmo o efeito que for boa eu vou fazer todo o esforço.” (CD 9)

Os participantes do estudo não medem esforços para alcançar o bem-estar do idoso, mesmo que para isso tenham que privar-se de suas necessidades.



Acredita-se que, à medida que o cuidador domiciliar tiver a consciência de que estas dificuldades fazem parte do cuidado ao outro e considere as suas reais possibilidades, essa atitude irá gerar uma melhor aceitação de suas condições para cuidar do idoso.

Ampliar a compreensão acerca de suas possibilidades de cuidado é importante para o cuidador domiciliar, pois, através de ações reflexivas, promoverá o despertar desta consciência que é fundamental no momento de cuidado (WATSON, 1996). O autoconhecimento conduz ao crescimento e à transformação do *self* do cuidador domiciliar, o que é fundamental para que melhor possa cuidar de si e do outro, o idoso.

Contudo, na realidade do cuidador domiciliar, existe a possibilidade de organização do cuidado ao idoso e de satisfação de suas necessidades humanas, o que se constata nas falas abaixo:

“É só saber dividir ali o tempo, que dá tempo pra tudo. Eu não deixo de cortar cabelo, eu não deixo de fazer unha, eu não deixo de pintar cabelo, fazer depilação, não deixo de nada, tudo, tudo eu continuo fazendo igual.” (CD 9)

“De mim normal, saio normal, se tiver que viajar ela fica. Daí ligo né, uma vez por dia pra ver como ela tá, isso ela gosta. Não normal, se tem que sair eu saio.” (CD 6)

Pela forma que o cuidador domiciliar organiza as atividades do seu dia-a-dia, o cuidado ao idoso permite que o cuidado de si aconteça, o que é evidenciado pelos cuidados que realiza com o corpo ou pelas atividades de lazer. Ao poder realizar ações de cuidado para si mesmo, o cuidador domiciliar possibilita que haja harmonia entre corpo-mente-espírito e a abertura da sua sensibilidade para perceber suas necessidades e, também, para as do outro.

A sensibilidade do *self* e a compreensão das emoções permitem a abertura e a descoberta de sentimentos, tanto positivos quanto negativos, que estão presentes no ser humano. O desenvolvimento da sensibilidade para consigo permite a auto-aceitação, crescimento psicológico, bem como um comprometimento moral e espontâneo, que eleva a dignidade humana e promove a existência da esperança (DECESARO, OLIVEIRA e WAIDMAN, 1999).

A expressão de sentimentos positivos e negativos se faz presente no *quinto elemento* de cuidado de Watson (2006; 2007), o qual valoriza e considera essencial a sua presença numa relação de cuidado, pois, a partir da percepção e aceitação do pensar do outro, a interação entre os envolvidos no cuidado pode acontecer.

Assim, atitudes de cuidado de si, como evidenciadas nas falas acima, permitem a constante reflexão e transformação do cuidador domiciliar acerca da realidade vivida, o que leva a uma maior consciência de si e compreensão sobre o seu corpo, mente e espírito.

Como parte das suas necessidades, o cuidador domiciliar encontra no relacionamento social uma forma de encontrar o seu bem-estar, como expresso na fala que segue:

“Tu sabe onde é que eu vou? Eu vou em baile de idoso, que chamam de maturidade [...] eu digo assim pra elas eu não me arrumo pra mim, eu, eu me sentir bem. Isso pra mim, pra gente é muito bom.” (CD 8)

O cuidado pode englobar diversas dimensões, sendo que através da participação em atividades desenvolvidas na comunidade, o cuidador domiciliar encontrou a forma para manter-se num contexto de inserção social. Desta maneira, com o uso da criatividade pode-se encontrar caminhos para alcançar o que emerge no cotidiano de cuidar. A utilização da criatividade é um fator importante momento

de cuidado, uma vez que, a partir da experiência vivida por cada um, o cuidador ou ser cuidado, pode-se promover o novo para as mais variadas situações que possam se apresentar. Watson (2006; 2007) afirma que a criatividade, contemplada em seu *sexto elemento* de cuidado, deve ser usada como uma forma para a resolução de problemas que emergem no cuidado.

### **5.3 Consciência, Sensibilidade e Espiritualidade: transcender no encontro de cuidado para melhor cuidar de si**

Esta categoria revela a forma que os participantes deste estudo buscam, no cotidiano de cuidar no domicílio, transcender na relação de cuidado com idoso. O desenvolvimento de um cuidado baseado na maneira de ser consciente e estar sensível possibilitará o reconhecimento dos seus sentimentos, para as suas necessidades e para o cuidado do outro. Quando o cuidado acontece de forma consciente, ocorrerá de forma intencional de modo a promover a reconstituição do ser cuidado. Watson (2006) considera o cuidado reconstituidor como aquele que leva a aquisição de um novo padrão, em que ocorre a unidade entre mente-corpo-espírito.

O cuidador domiciliar dentro da sua realidade pode fazer uso desta força interna, o *healing*, para cuidar de si, o que possibilita a sua reconstituição, bem como a do outro, o idoso. Para que isso se torne viável, é necessário que este potencial seja mobilizado internamente, em um primeiro momento, e seja reconhecida a força interna do ser humano para, depois, ser estimulado no outro. À medida que o

cuidador manifesta a consciência intencional de cuidado ao outro, acaba adentrando no seu espaço vital, tornando-se capaz de detectar as condições do ser cuidado, da sua alma e espírito. Esta condição permite que o cuidado esteja focalizado na intencionalidade, consciência e reconstituição do ser, e não na doença (WATSON, 2006).

Ao transcender na relação de cuidado com idoso, o cuidador domiciliar procura um sentido existencial para a sua vida, de modo que o cultivo das práticas espirituais promoverá ir além da conexão com o outro, fazendo o mesmo ir ao encontro da sua alma e espírito. O uso destes valores possibilita encontrar respostas não só na ciência, mas também na fé e na esperança, tornando, assim, o cuidador domiciliar mais fortalecido para o enfrentamento das diversidades da vida (WATSON, 2006).

A dimensão espiritual, para Watson (1985; 1996; 1999; 2005), é ponto amplamente discutido, sendo que pela consciência e intencionalidade do cuidado, procura o atendimento do ser humano na sua totalidade, dentro da subjetividade e espiritualidade presentes em cada um. O ser humano ao reconhecer sua espiritualidade, mobiliza forças internas e torna-se capaz de agir de maneira transformadora dentro da sua realidade. O espírito é a essência do ser, que permite um alto nível de consciência de si, pois transcende as limitações de tempo-espaço, permitindo uma visão mais ampliada da sua existência (WATSON, 2005).

A espiritualidade tem como significado lançar-se à essência do outro, da natureza e do cosmos, e, assim, ligar-se a outras dimensões da existência para obter o autoconhecimento de modo que se desenvolva a sensibilidade e se permita a experiência de sensações e de estar atento às expressões do outro ser humano, da natureza e do cosmos (WATSON, 2005).

Desta forma, esta categoria desdobrou-se nas subcategorias: **Deus me ajuda, Deus me dá força, e assim vou cuidando do outro e cuidando de mim; e, a teia dos sentimentos como consciência do cuidado de si do cuidador domiciliar.**

### 5.3.1 Deus me ajuda, Deus me dá força, e assim vou cuidando do outro e cuidando de mim

Essa subcategoria revela o modo como o cuidador domiciliar encontra forças para a realização do cuidado de si e do idoso, bem como para o enfrentamento das suas dificuldades, como se observa nas falas abaixo:

“A gente é espírita né. Somos espiritas né. Ajuda, mas como, como ajuda. Porque se a gente, se a gente não orar, não estiver sempre em contato com Deus e com Jesus pedindo ajuda aos anjos de guarda a gente não agüenta. A parte espiritual é muito importante neste processo. Cuidar do espírito é tão importante quanto cuidar do corpo. Eu acredito nisso.” (CD 7)

“Sozinha. Sozinha não, com Jesus (risos)”. (CD 1)

“Mais que um apoio maravilhoso, que primeiro pra mim é Deus, tudo, tudo que a gente passa é Deus que tá ali, não adianta.” (CD 8)

As falas apontam para a espiritualidade como um construto do cuidado domiciliar, mobilizado pelo cuidador. A presença de Deus no cuidado de si e do idoso representa uma força superior que encoraja na solução dos problemas presentes no cotidiano deste ambiente de cuidar. O reconhecimento do corpo espiritual é percebido como uma fonte de energia reflexiva e compromissada que

forma um conjunto de relações de cuidado que se movimentam em direção ao outro e para si (VIEIRA, ALVES e KAMADA, 2007). Assim, através da conexão com o mundo espiritual o cuidador domiciliar mobiliza forças internas, o *healing*, que o ajuda a cuidar de si e do idoso.

Ainda, constata-se que a espiritualidade é vista com diferentes olhares pelo cuidador domiciliar, como religião e como uma prática espiritual. Este fato é referido por Dezorzi (2006) quando cita que a espiritualidade pode ser expressa pelos indivíduos através de costumes e crenças religiosas que dão significado a sua existência, ou sem ligação a estas práticas, sendo considerada como uma crença espiritual. Ao pensar sobre a espiritualidade no cuidado, Watson (2006; 2007) refere que esta se faz presente, ao fortalecer e sustentar o profundo sistema de crenças, acreditando que pode auxiliar o cuidador domiciliar na busca por um sentido existencial e de transcendência na relação com idoso e consigo mesmo, de modo que esta conexão envolva também a sua alma e espírito.

Sendo assim, emerge, neste estudo, que as práticas espirituais fazem parte do cotidiano do cuidador domiciliar como expressam as falas:

“Eu rezo todos os dias, eu rezo peço à Deus que ela continue assim, se for para piorar porque tem horas, tem gente que entra num estado assim crítico né, e vai sofrendo ainda mais com aquilo ali né. Então eu rezo e peço à Deus que enquanto Ele achar que ela deve ficar aqui, conserve ela.” (CD 9)

[...] assim nós temos muita colaboração da igreja, incentiva muito a gente porque eles vêm aqui na segunda-feira, eles oram, eles cantam, a gente é, junto com eles, então alegre ele, né. (CD 1)

O cuidador domiciliar reconhece que a espiritualidade faz parte da sua vida, na construção do cuidado de si e do idoso, manifestando a sua prática espiritual por meio de orações e cantos, podendo ser esta uma ação individual ou na presença de

outros membros da igreja a que pertencem. Ao estar em contato com a essência mais profunda do ser humano, o cuidador domiciliar transcende na relação com o outro, fazendo com que a consciência de si e das experiências vividas sejam percebidas de forma mais ampliada. Este transcender na relação transpessoal, conforme Lacerda (1996), significa estar com o outro no corpo e no espírito, indo além do físico e mental, compartilhando o mesmo espaço e respeitando sua individualidade. Essa relação acontece quando se entra no campo existencial e energético do outro, de forma intencional, e se acompanha o que está emergindo do ser cuidado. Watson (2007 b) considera esse momento de cuidado como um campo existencial e energético em que cuidador se eleva a uma profunda consciência e intencionalidade para com o outro.

A espiritualidade pode ser uma forma de o cuidador domiciliar proporcionar o bem-estar, tanto para si quanto para o idoso, a partir da abertura dos mesmos para essa possibilidade. Fato que Watson (2005) alude, ao referir que a espiritualidade tem como significado lançar-se à essência do outro, da natureza e do cosmos, e, assim, ligar-se a outras dimensões da existência para obter o autoconhecimento de modo que se desenvolva a sensibilidade e se permita a experiência de sensações e de estar atento às expressões do outro ser humano, da natureza e do cosmos.

Ao vivenciar a espiritualidade, o cuidador domiciliar também demonstra transcender no cuidado ao idoso, o que significa compreender a interioridade de cada ser, indo além do ego, alcançando a conexão com o espírito e com o universo (WATSON, 1996). Assim, o cuidador domiciliar pode utilizar a espiritualidade como forma de transcender tanto o seu sofrimento quanto o do outro, como desvelado nas falas:

“Só ir na igreja e orar, mais nada né. Fiz a radioterapia, eu fiz só duas quimio. E... isso sim [...] revisão, mas faço tranqüilo, tudo sozinha. Acho que Deus me ajuda, Deus me dá força [...]. A gente não sabe. Deus é quem sabe se vai ser ou não né.” (CD 1)

“Deixa ficar aí até a hora que Deus chamar ela. E que eu me libertá e ela também.” (CD 8)

“Essa situação que se apresentou pra mim e essa situação é que eu tô vivendo, não sou uma pessoa revoltada, bom, mas ela é isso, ela é aquilo, não eu sou uma pessoa que tem muita fé em Deus, eu acho que o que tem que ficar pra gente, ninguém, não fica pra ti, é meu e vai ficar.” (CD 7)

As situações geradoras de sofrimento e a valorização das forças espirituais podem ser uma forma de buscar significados para os acontecimentos da vida. A espiritualidade é referida como parte da essência de quem cuida, sendo uma força que impulsiona nas situações difíceis. No seu *décimo elemento* de cuidado, Watson (2006; 2007) cita a abertura para os mistérios espirituais e dimensões existenciais, os quais se referem à compreensão do ser humano a partir dos seus significados e valores, bem como este percebe as questões existenciais, como a vida, a morte e o adoecimento. Acredita-se que o cuidador domiciliar, na relação de cuidado, atenua o sofrimento do outro, o idoso, e de si mesmo a partir do reconhecimento de sua essência e de suas forças internas, uma vez que ao transcender o sofrimento, os cuidadores buscam significados para a sua vida pessoal (VIANNA e CROSSETTI, 2004).

No cotidiano do cuidado do domicílio, contexto deste estudo, estão presentes muitas situações difíceis que são citadas nas falas, como o adoecimento, o cuidar de uma pessoa doente e o conviver com condições que não podem ser alteradas. Estes fatos que podem ser percebidos com diferentes olhares através de um cuidado baseado na espiritualidade e na dimensão existencial, pois o encontro de cuidado possibilita um ambiente de *healing* mútuo, garantido, assim, crescimento e



benefícios para o cuidador domiciliar ter condições para cuidar de si e, também, do idoso.

### 5.3.2 A teia dos sentimentos como consciência do cuidado de si do cuidador domiciliar

Esta subcategoria refere-se aos sentimentos vivenciados pelo cuidador domiciliar no cotidiano do cuidado ao idoso, sendo esta uma forma de desabafo das suas emoções, como descrito nas seguintes falas:

“A tua vó (filha presente no momento da entrevista) é muito obsessora, ela é muito obsessiva. Eu tenho impressão que no dia que ela morrer, eu vou ouvir ela me chamar um tempão.”  
(CD 7)

“[...] Dona Maria tem horas assim que eu tenho vontade de não sei fazer o que fazer com a senhora, digo jogar janela abaixo, de tão braba que eu fico. Depois que ela ficou assim sabe, às vezes eu to tão atacada assim dos nervo que eu tô mudando dela e eu tô chorando e ela não se dá conta assim sabe. Ela não se da assim da esclerose dela ela não se dá conta [...]”  
(CD 2)

“Tem que chorar, mas eu sou uma pessoa que pelo que eu já passei, sou muito realista, eu tenho muito pé no chão [...]” (CD 8)

As falas dos participantes deste estudo expressam os diferentes sentimentos manifestados no cuidado ao idoso, tais como a ira e a impaciência. Estes sentimentos são existenciais básicos do homem que estruturam a condição humana e se manifestam no encontro de cuidado. Watson (2006; 2007) refere no quinto elemento de cuidado, que a expressão de sentimentos positivos e negativos deve ser considerada como uma forma de elaboração da situação vivida na relação de

cuidado, possibilitando, assim, a promoção e a manutenção da saúde do ser que cuida, bem como a sua reconstituição. Desta maneira, ao reconhecer e expressar estes sentimentos, sejam eles positivos ou negativos, abre-se a possibilidade para a procura de significados para as questões geradoras dos mesmos.

Os sentimentos expressos revelam o modo como o cuidador domiciliar sente-se ao estar com o idoso, situação que afeta o encontro de cuidado. Desta maneira, na prática do cuidado, para melhor entender o seu comportamento e o do outro, o cuidador deve estar atento para os sentimentos manifestos nesta relação, uma vez que assim haverá uma melhor compreensão das suas ações de cuidado.

O cuidador domiciliar também expressa sentimentos que surgem a partir da sua relação com a família e do cuidado ao idoso, como desvela a fala abaixo:

Eles vêm aqui e brigam, batem boca, incomodam e eu não me estresso, largo de mão né. Não adianta a gente se atacar dos nervos né. Porque se não, não vou poder cuidar dela, estressada né. Tem que ter cabeça guria pra agüentar sabe [...]” (CD 5)

A relação entre o cuidador domiciliar e seus familiares demonstra ser conflituosa e o mesmo refere como faz para elaborar os sentimentos que surgem dessas situações de conflito. Neste contexto, percebe-se a existência da consciência do cuidador domiciliar em relação a estes comportamentos. Desta maneira, o cuidado ao idoso permanece demonstrando o compromisso moral e a responsabilidade do cuidador domiciliar com o outro, revelando, ainda, que no encontro de cuidado se evidencia o interesse autêntico com o bem-estar do outro.

Em alguns momentos o cuidador domiciliar faz uso da sua consciência sobre a necessidade de cuidar de si para resolver alguns problemas, co-responsabilizando os demais membros da família, como expressa a seguinte fala:

“Três eu boto na obrigação: fralda eles dão, quando precisa de medicamento [...] Não é fácil pra ninguém. É difícil pra vocês largar o dinheiro, pra mim é difícil cuidar [...]” (CD 8)

Ao tratar da organização familiar para cuidar do idoso, o cuidador domiciliar demonstra estar consciente em relação a necessidade da divisão das responsabilidades com os outros membros da família, já que o cuidado é por ele realizado. A família é vista por Watson (1996) como um sistema interpessoal formado por pessoas que cuidam e interagem por vários motivos, como a afetividade. Neste contexto, a atitude do cuidador domiciliar demonstra a necessidade de que os familiares lhe dêem algum apoio, pois considera ser difícil cuidar sem a ajuda dos outros membros da família.

Em relação as suas atividades, o cuidador domiciliar também demonstra o uso da consciência na organização das mesmas, como expressa a fala:

“Enquanto eu tiver com a mãe, eu tenho que me sujeitar a isso, eu digo aí depois eu vou pensar se eu vou trocar ou continuar na minha vidinha [...] tu acredita que faz seis anos que eu não tiro férias”. (CD 9)

Ao conciliar o cuidado ao idoso com a atividade profissional, o cuidador domiciliar anula suas férias para continuar cuidando do idoso. A fala acima expressa que esta escolha do cuidador domiciliar se deu de forma consciente, por opção do mesmo, ao fazer a análise desta situação. Este fato demonstra a reflexão do cuidador domiciliar acerca das suas atitudes e reconhecimento de suas potencialidades e limitações no cuidado do outro e de si. A partir desta visão real sobre as suas condições, o cuidador domiciliar pode realizar de forma aberta e autêntica o cuidado ao idoso, o que facilita o estabelecimento de uma relação de ajuda e confiança entre os envolvidos (WATSON, 1989).

#### **5.4 A Equipe de Saúde e o Cuidador Domiciliar: a necessidade do cuidado transpessoal**

Ao compreender a importância de cuidar do cuidador domiciliar, procura-se, nesta categoria, conhecer a sua percepção acerca do cuidado recebido pela equipe de saúde.

Na concepção de Watson (1996), o cuidado é considerado como um compromisso moral e ético que, por meio de ações intersubjetivas, representa a busca pela transpessoalidade com vistas a auxiliar o ser cuidado a obter o autocontrole, o autoconhecimento, a promover e preservar a sua existência. Watson (1996) ainda refere que, no cuidado transpessoal, são desenvolvidas ações envolvendo duas pessoas, sendo um momento no qual se entra na subjetividade do outro, buscando o atendimento das necessidades humanas, podendo estas ser de ordem biofísica, psicofísica, psicossocial e interpessoal.

O momento de cuidado é um lugar sagrado, um fundamento filosófico, moral e espiritual; é uma ontologia relacional que enriquece a vida do ser que cuida e do que é cuidado (WATSON, 2005). Assim, a equipe de saúde, ao estar comprometida com o cuidado ao cuidador domiciliar e ao idoso, o realizará com compromisso moral, procurando ser e fazer de forma diferencial, dando sentido à vida dos envolvidos no encontro de cuidar.

Na realidade dos participantes do estudo percebe-se a existência de duas situações em relação ao cuidado realizado pela equipe de saúde: uma em que o mesmo está inserido no contexto de atenção da equipe, e outra em que o cuidado

está centrado somente nas necessidades do idoso, ficando o cuidador domiciliar apenas como o responsável por estas ações, mas não sendo visto como alguém que, também, precisa ser cuidado. Desta forma, esta categoria desdobrou-se nas subcategorias: **na equipe de saúde o apoio necessário no cuidado de si e do outro;** e, **cuidado da equipe de saúde: uma necessidade sentida.**

#### 5.4.1 Na equipe de saúde o apoio necessário no cuidado de si e do outro

Esta subcategoria se caracteriza pela presença da equipe de saúde dando apoio ao cuidador domiciliar, no que necessita para cuidar de si e do idoso, como se evidencia no conteúdo das falas a seguir:

“Mas ali pelo Posto eu sou muito bem atendida, qualquer coisa que eu preciso do Dr João eu falo com ele, chego lá e falo com ele [...] aqui é um lugar assim né, que tem o Posto, eu sei que aqui se eu precisar eu sei que eles tão junto comigo pra me atender [...]” (CD 1)

“Sim, eles me tratam bem e tudo né. Tem uma equipe boa ali [...] perguntam se eu tô bem, se eu tô gostando de cuidar dela [...] tem a Fabiana assistente social, né, depois tem a psicóloga que faz ali estágio né. De vez em quando dou uma passada lá, troco umas palavras com ela lá, pra desabafar né.” (CD 5)

“Nós não temos o que nos queixar não do atendimento lá do posto. As gurias são carinhosas, são queridas, são médicas de família mesmo, médicas de família. Isso aí faz muita diferença, não ser só aquela coisa profissional, elas são carinhosas, atenciosas.” (CD 7)

“Não, não eu, mas eu francamente eu não tenho assim uma queixa, que eles tão dentro do que ele pode fazer, tá, eles tão dentro do que eles podem fazer. Se eu preciso de uma coisa assim eu ligo pro Dr.João ele vai no telefone [...] ele é uma pessoa maravilhosa, eu gosto muito dele, é um profissional muito bom, muito bom.” (CD 8)

“E quando eu vejo que a coisa tá muito preta eu vou no posto.”  
(CD 3)

Os participantes do estudo, em suas falas, referem que os membros da equipe de saúde são atenciosos quando solicitados e que estão disponíveis para atendê-los quando são procurados, sendo que alguns profissionais são destacados pela forma com que os acolhem.

Percebe-se, nas falas dos participantes, a presença de uma relação de ajuda-confiança entre o cuidador domiciliar e a equipe de saúde, o que possibilita o estabelecimento do vínculo e acolhimento dos envolvidos no momento de cuidado. Desenvolver uma relação de ajuda-confiança no cuidado autêntico é referido no *quarto elemento* de cuidado de Watson (2006; 2007), a qual acontece por meio da empatia, da compatibilidade e da calidez. A empatia permite que a equipe de saúde aceite o cuidador domiciliar, sem julgá-lo. A compatibilidade refere-se à relação verdadeira entre os envolvidos no cuidado, através do agir de forma honesta e aberta. E a aceitação positiva da equipe de saúde em relação ao cuidador domiciliar refere-se à calidez. Esta postura da equipe de saúde promoverá um maior envolvimento do cuidador domiciliar em relação ao cuidado de si, à medida que se desenvolve uma relação mais profunda, baseada no respeito e na honestidade. Assim, o cuidador e o ser cuidado quando vivenciam uma experiência de se envolver e entrar no “mundo” do outro, transcendem todas as barreiras materiais, libertando-os da separação e isolamento, e abrindo espaço para comunicarem as suas histórias de vida (DECESARO, OLIVEIRA e WAIDMAN, 1996).

Para o estabelecimento desta relação a utilização da comunicação é um fator essencial a fim de que esta interação ocorra, pois essa estratégia promove um maior vínculo entre cuidador domiciliar e equipe de saúde. Neste contexto, foi criado um

curso de cuidadores na Unidade de Saúde, que foi campo deste estudo, cuja percepção dos participantes é expressa nas falas:

[...] tem lá no Postinho tem um curso de cuidadores de idosos sabe, eu nem preciso ir porque esses dias elas tavam fazendo lá como é que bota os lençol, depois aquele outro que bota por cima né. Daí eu fui e ajudei, ah me dá isso aqui que eu faço pra vocês salteado e de cor, falei que eu não preciso tá aqui. Eu tô participando pra dar força pra elas que não tem muitos alunos né. E quando... e quando eu preciso elas tão sempre aqui né.” (CD 2)

“Gosto, essa vez gostei bem do cursinho, fiquei com ele, fiquei nele [...] ajuda porque daí elas dão instruções como é que tu tem que... a paciência que tu tem que ter, né.” (CD 3)

Esta iniciativa da equipe de saúde busca manter o cuidador domiciliar em um contexto de atenção além do domicílio, de modo a inseri-lo num contexto social no qual possa aprender, compartilhar e trocar suas experiências de cuidado de si e do outro.

A participação do cuidador domiciliar no curso de cuidadores é uma forma de manter a sua proximidade com a equipe de saúde. Nas falas acima o cuidador domiciliar considera ter sido atendido sempre que necessário, então, a sua participação seria uma retribuição pela atenção recebida. Além disso, o cuidador domiciliar considera que as orientações fornecidas são importantes para a realização dos cuidados ao idoso. Contudo, referem, os participantes do estudo, que certas informações abordadas no curso já são do seu conhecimento, pois algumas já fazem parte do seu cotidiano de cuidar, fato que desestimula sua participação devido ao domínio que acredita ter sobre o assunto tratado.

Entretanto, em algumas situações, existem fatores que impedem que o cuidador domiciliar participe do curso, como relatado abaixo:

“Eles querem que eu participe de um curso ali pra ajudar os idoso, mas não tem que fique com ela, né. Eu nem faço questão porque vai lá cada um tem um problema mais daí eu fico nervosa, é brabo, né, naquelas reuniões e palestras né [...] eu não fui. Eu não fui porque eu digo assim ó eu vou lá ouvir falar de doença, eu já tenho uma doença em casa, [...] eles falaram tu não entende, tu vai ser um exemplo pra quem tá começando agora, mas a pessoa não vai ter a minha cabeça [...] elas falam que vai haver uma conversa, vão interagir entre vocês, pra falar, eu não quero, não quero, eu não quero, eu quero saber que eu tenho essa missão ali e dessa missão eu vou cuidar e assim como eu fui aprendendo aos poucos a chegar até ali, também vão aprender, quem tá começando, vai aprender. (CD 5)

O cuidador domiciliar, na sua realidade, muitas vezes, não conta com outras pessoas para dividir as ações de cuidado ao idoso, e, desta forma, por ser o único cuidador, fica impossibilitado de participar do curso de cuidadores. Além disso, cuidadores acreditam que a troca de experiências com outras pessoas não lhes trará benefícios para os cuidados com o idoso; pelo contrário, trará prejuízos para a sua saúde mental, uma vez que considera que o compartilhar de experiências com outras pessoas lhe deixará mais nervoso.

A equipe de saúde pode agir no sentido de criar um ambiente de reconstituição para o cuidador domiciliar o que, conforme Watson (2006; 2007), refere-se ao oitavo elemento de cuidado. Através da criação deste um ambiente de reconstituição pode-se potencializar a beleza, conforto, dignidade dos seres cuidados. A equipe de saúde, tanto no curso de cuidadores quanto nas visitas domiciliares, pode observar e inteirar-se da realidade vivida em cada domicílio, possibilitando assim a sua intervenção em conjunto neste ambiente, através do seu auxílio e do uso de mecanismos para o enfrentamento das situações vivenciadas.



#### 5.4.2 O cuidado da equipe de saúde: uma necessidade sentida

Esta subcategoria refere-se à ausência da equipe de saúde em relação às necessidades de cuidado do cuidador domiciliar e do idoso. O cuidador domiciliar assim expressa suas dificuldades:

“E pra mim eu, ah pra, ele às vezes, pra mim conseguir chegar até o Dr João é um pouquinho difícil né. E eu gosto porque ele já entende e ele sabe de todos os problemas dele e tudo direitinho [...]”. (CD 1)

“[...] mais é ela né, mais é ela, a atenção é pra ela né [...] não, pra gente a gente vai ali se a gente precisa. Eu até consulto com a Andréa. [...] eu até tive um bom atendimento até.” (CD 4)

As falas dos participantes do estudo mostram a dificuldade de acesso à equipe de saúde quando o cuidador necessita de cuidados e salientam que o foco do cuidado é o idoso. Estas atitudes dificultam o estabelecimento de uma relação de ajuda-confiança entre o cuidador domiciliar e a equipe de saúde, pois um dos fatores que facilitam a formação deste vínculo é a preocupação com o bem-estar do outro (WATSON, 1989) o que está ausente na relação de cuidado, no contexto deste estudo. Ações como essas podem gerar sensação de abandono ao cuidador domiciliar, ou seja, de não estar sendo cuidado. Desta maneira, as ações de cuidado com o cuidador domiciliar ficam sob sua responsabilidade, ficando a equipe de saúde distante desta ação. Além disso, percebe-se que o princípio do SUS – equidade – não está se fazendo presente no atendimento prestado, pois o cuidado não está sendo realizado conforme a necessidade apresentada em cada domicílio.

As ações de não-cuidado da equipe de saúde, neste estudo, são objetos de citação pelo cuidador domiciliar, expressas em outras situações, como nas falas abaixo:

A Fabiana (membro da equipe de saúde) faz tempo que não vem aqui ela tá sempre atucanada de compromisso [...] (CD 5)

“Eles ficaram uns seis meses sem vir [...] a gente olhando assim ela tá muito bem, mas internamente, exames, essas coisas assim a gente não sabe né. Vocês só sabem perguntar pela vó, mas ir lá pra ver a vó, ver como ela tá, medir pressão isso, aquilo não sei o que, faz seis meses que vocês não aparecem mais lá [...] ela vai lá no Posto, marca consulta para mim, aí eu vou consulto. Pra tudo é lá no Posto.” (CD 9)

Nestes depoimentos percebe-se que o cuidador domiciliar sente falta da presença da equipe de saúde no domicílio. Pelas falas, observa-se que, na visita domiciliar, o foco da atenção mais uma vez é o idoso, fato que exclui o cuidador domiciliar do contexto de atenção. Para ser atendido necessita ir até a Unidade de Saúde para marcar a consulta. Como justificativa para a ausência da equipe de saúde, o cuidador domiciliar refere o excesso de trabalho do profissional.

O cuidado no domicílio não é realizado somente por um profissional, e sim por diferentes membros da equipe multiprofissional, pois deste trabalho em equipe depende o desenvolvimento das ações de cuidado ao cuidador domiciliar e ao idoso. Desta maneira, para que a equipe de saúde possa cuidar é preciso que esteja envolvida, motivada e comprometida como profissionais e seres humanos. Assim sendo, é preciso desenvolver uma relação de parceria e de compromisso moral, uma vez que é difícil corresponder a todas as situações que se apresentam no cotidiano de cuidar. Então, deve-se envolver os profissionais de saúde, clientes e seus familiares para realizar um trabalho conjunto e, assim, desencadear uma nova postura frente a este viver (LACERDA, 1996).

Neste contexto de atenção para consigo, pela equipe de saúde, o cuidador domiciliar sugere para o atendimento em saúde na Unidade de Saúde, campo deste estudo, o que segue:

“É o que eu gostaria mais assim que, vamos dizer o que eu acho ruim ainda é marcação de exame muito cedo, eu não tenho como eu não tenho como, por exemplo, se eu quiser marcar uma médica tem que estar ali, por exemplo, uma hora da tarde, ficar até tal hora esperando ou então de manhã tem que estar ali às sete pra tal hora abrir, eu não tenho condições. Eu não me sinto bem, eu canso, eu fico toda... sabe como é, me baixa a pressão eu fico toda ruim. [...] Só esse o caso da dificuldade é a marcação. Se desse assim pra mim marcar por telefone era melhor pra marcar. Só isso mais nada.” (CD 3)

Propostas de modificações no sistema de marcação de consultas são feitas pelos participantes, que consideram difícil ficarem esperando devido a seus problemas de saúde. Assim, sugerem que a marcação por telefone possa tornar-se uma forma para melhorar esse atendimento.

A partir da preocupação da equipe de saúde com o cuidado de si do cuidador domiciliar torna-se necessário que sejam viabilizados meios que facilitem estas ações, pois ao encontrar obstáculos relativos à marcação de consultas, o mesmo poderá se desestimular e até deixar de cuidar-se. Para que o cuidado humano aconteça em todos seus âmbitos, através de um compromisso moral que vise a proteção, preservação e melhora da humanidade, faz-se necessário que cuidadores e seres cuidados estejam em conexão entre si na busca de percorrer um caminho mais digno de ser, viver e estar no mundo (VIEIRA, ALVES e KAMADA, 2007). Assim, a equipe de saúde, ao estabelecer uma relação transpessoal com o cuidador domiciliar, por meio de um estar autêntico com o outro, estará mais aberta para perceber e satisfazer suas necessidades de cuidado.

## 6 REFLEXÕES SOBRE A REALIDADE EMERGIDA

Ao buscar conhecer como o cuidador domiciliar do idoso percebe o cuidado de si e o cuidado recebido pela equipe de saúde, procurei revelar a realidade vivida por estes indivíduos para melhor entender estas experiências e, conseqüentemente, para descrevê-las, na tentativa de conhecer como o mundo do cuidado se apresenta em cada domicílio, em cada família, através do referencial de Watson em sua Teoria do Cuidado Humano (1985; 1996; 1999; 2005; 2006; 2007).

A escolha pela entrevista semi-estruturada realizada no domicílio de cada cuidador domiciliar, como forma de coleta de dados, permitiu que este momento acontecesse de forma mais próxima, pois se adentrou na realidade em que cada um vive, na intimidade do lar, o que permitiu que este encontro acontecesse não só como um fazer de perguntas e respostas, e sim como um diálogo marcado por sentimentos, emoções, desabafos e relatos do que tem sido experienciado pelos cuidadores domiciliares ao longo de anos de cuidado ao outro.

A escolha pela Teoria do Cuidado Humano de Watson (1985; 1996; 1999; 2005; 2006; 2007) como subsídio teórico permitiu a reflexão acerca da necessidade do cuidador domiciliar ser percebido pelas pessoas com quem convive, como familiares, vizinhos, equipe de saúde e, também, por si mesmo, como um ser que precisa estar inserido num contexto de cuidado, para que as suas inúmeras potencialidades e possibilidades possam acontecer. Neste estudo, o processo *clinical caritas* (2006; 2007), através dos seus dez elementos de cuidado, foi utilizado como um referencial para refletir acerca da realidade expressa pelo cuidador domiciliar no processo de cuidar e ser cuidado por si e pela equipe de

saúde. Acredita-se que estes elementos de cuidado possibilitaram que os participantes do estudo pudessem ser vistos de forma ampliada, considerando a singularidade e complexidade presentes em cada ser humano.

Desta maneira, considera-se que o processo *clinical caritas* (2006; 2007) permite que o encontro de cuidado possa ser visto pelo cuidador domiciliar e pela equipe de saúde como um verdadeiro compromisso entre os envolvidos momento de cuidado, de modo que se desenvolva uma consciência de cuidado para consigo e com o outro.

Cuidar do idoso requer muitas exigências para os participantes do estudo, tanto físicas quanto psíquicas, o que acaba trazendo prejuízos a sua saúde, sendo evidenciados pelo cansaço, pelo estresse e, até mesmo, por seu adoecimento devido à sobrecarga que lhe é imposta. Esta condição faz com que sejam reconhecidos alguns dos motivos que resultam na falta do cuidado de si.

Desta forma, as ações que expressam o não-cuidado para consigo são exercidas conscientemente pelo cuidador domiciliar, os quais relatam, ainda, a dificuldade de mudarem esta realidade devido ao dever moral que se auto-impõe em relação ao cuidado do idoso, à falta de apoio da família e da equipe de saúde, bem como ao excesso de tarefas. Entretanto, visualizam-se algumas iniciativas vindas dos participantes deste estudo na busca de um caminho para ir ao encontro do cuidado de si que se caracteriza por meio de caminhadas, do convívio com vizinhos ou da participação nas atividades existentes na comunidade, como bailes e orações.

Conforme Watson (1985), o cuidado para consigo deve ser anterior ao cuidado com o outro. Este pressuposto pode auxiliar os profissionais de saúde para darem maior atenção para o cuidador, pois na medida em que este se sente acolhido, valorizado e tendo as suas necessidades atendidas, melhor condição terá

para cuidar do idoso. Desta maneira, acredita-se na importância de avaliação e intervenção da equipe de saúde, na busca de identificação destas situações e de possíveis diretrizes para que possam acontecer mudanças nesta realidade. Este profissional pode ser mediador para acionar a família ou outros recursos que possam ser mobilizados no auxílio do cuidador domiciliar.

Em relação à divisão dos cuidados ao idoso, os participantes do estudo demonstraram que, apesar de ser sua a maior responsabilidade, em alguns momentos contam com apoio de familiares e vizinhos para compartilhar essas ações. No contexto deste estudo, para os participantes a presença de um cuidador formal para auxiliar nos cuidados ao idoso é uma forma de ajuda, podendo ser em tempo integral ou em alguns dias da semana. O desejo de ter uma pessoa contratada é manifestado mesmo em situações em que não é possível devido a fatores econômicos.

Neste sentido, acredita-se que o cuidador domiciliar, ao se organizar ou ao desejar ter uma rede de apoio, manifesta a existência de uma conexão profunda com seu *self*, no qual a percepção acerca da sua consciência, leva-o a expressar quais são os seus limites ao mesmo tempo em que aponta o que precisa ser modificado no seu dia-a-dia. Desta maneira, é preciso que a equipe de saúde esteja presente, no sentido de ouvir quais são as necessidades sentidas pelo cuidador domiciliar para que possa apoiá-lo, e, numa ação conjunta, procurar meios para que sejam realizadas a partir da sua realidade.

A liberdade é uma necessidade essencial para a existência humana. Não vivenciá-la foi apontada pelo cuidador domiciliar, que expressa ter dificuldade de atendê-la devido à dependência que o idoso tem em relação aos seus cuidados. As

privações e a rotina lhe são impostas, o que, com o passar dos anos, pode levar ao seu adoecimento e, conseqüentemente, afetar o cuidado de si e do idoso.

O cuidado transpessoal (WATSON, 2006), em seus construtos, busca que a autonomia e a liberdade do ser sejam alcançadas. Desta forma, a equipe de saúde, ao estabelecer esta relação com os participantes do estudo, deve procurar dentro do ambiente de cuidado permitir a reconstituição do ser cuidado. Essa reconstituição acontece a partir da criação de um ambiente reconstituidor, em que o cuidador domiciliar poderá potencializar, tanto para si quanto para o idoso, a paz, a beleza, o conforto, a dignidade, no seu cotidiano, o que facilita suas relações com os indivíduos com quem convive e a sua satisfação com a vida. Neste contexto, os profissionais de saúde podem agir como agentes mobilizadores deste ambiente. Contudo, acredita-se que para que isto aconteça é preciso que o profissional de saúde realmente se faça presente e conheça como o cuidado do cuidador domiciliar e do idoso acontece em cada domicílio.

Quando questionados em relação ao cuidado de si, os participantes do estudo expressaram a sua responsabilidade para que este ocorra. Entretanto, nem sempre está ação se dá de forma isolada, ocorrendo com a participação da família, do próprio idoso ou da equipe de saúde no encontro de cuidado. Neste sentido, existem momentos em que o cuidado de si não acontece, o que está relacionado com o comprometimento do cuidador domiciliar com o idoso, devido ao desenvolvimento de uma consciência intencional de cuidado ao outro, fazendo, então, com que esta ação se torne um dever moral, o que resulta, muitas vezes, em deixar de priorizar as suas necessidades biológicas, psicológicas ou sociais.

Contudo, existem fatores que impedem essa concretização, quando este é para si, sendo expresso pela falta de tempo, de ter com quem deixar o idoso, de

apoio da família e da equipe de saúde. Para mudar esta realidade é preciso que o cuidador domiciliar esteja consciente para as suas necessidades, sendo, também, de fundamental importância o olhar das pessoas com quem convive nesta direção, pois a partir desta sensibilização, todos os envolvidos poderão criar maneiras de contribuir para que esta ação seja valorizada e possa acontecer. Percebe-se que a equipe de saúde se faz presente parcialmente no cuidado ao cuidador domiciliar, uma vez que a sua presença se dá a partir da sua solicitação.

Desta forma, enfatiza-se novamente a importância de que os profissionais devem se fazer presentes na realidade vivida em cada domicílio, para que possa ter subsídios para promover ações de cuidado para com o cuidador domiciliar e idoso. Sendo assim, o cuidado transpessoal (WATSON, 1996) pode ser usado como um meio da equipe de saúde perceber o cuidador domiciliar como um ser humano merecedor de atenção, no qual, através da sensibilização e comprometimento dos envolvidos momento de cuidado, este poderá ser desenvolvido de forma autêntica.

Considera-se que a equipe de saúde deve olhar para o cuidador domiciliar, não se centrando somente nas suas ações para o idoso. Ao estabelecer uma relação transpessoal (WATSON, 1996) entre os envolvidos no momento de cuidado, esta ação de preocupação com o outro passa a ser um compromisso moral, baseada em valores humanistas como o amor, a gentileza e a imparcialidade, o que resulta em uma relação mais próxima e autêntica entre os mesmos. Desta maneira, os profissionais de saúde estarão mais próximos às reais necessidades apresentadas pelo cuidador domiciliar e, conseqüentemente, pelo idoso.

No mundo do cuidado desvelado pelo cuidador domiciliar se fazem presentes diferentes sentimentos, tanto positivos quanto negativos, que a partir da realidade vivenciada emergem na relação com o idoso, com a família e com os profissionais



de saúde, sendo que estes influenciam no modo que este vê e percebe a si mesmo e ao mundo a sua volta.

Considera-se que os sentimentos oriundos da relação de cuidar e ser cuidado se fazem presentes nos participantes do estudo, pois nas entrevistas as falas estiveram, em muitos momentos, permeadas pelos mesmos. Watson (2006) cita que sentimentos estão presentes no momento de cuidado e levam à compreensão das situações vividas. Corrobora-se com Watson no sentido de que a presença destes sentimentos são existenciais da condição do ser humano e que precisam ser manifestados para que o cuidador domiciliar mantenha-se na condição de cuidar do idoso. A consciência do cuidado de si é uma forma do cuidador domiciliar desenvolver o seu autoconhecimento sobre as suas condições, propiciando, assim, a abertura para a expressão de sentimentos e emoções com outras pessoas, como a família e, também, com a equipe de saúde.

Outro fator que se faz presente no cotidiano do cuidador domiciliar é a espiritualidade, cuja importância desvelou que os participantes do estudo necessitam de cuidados não só com o corpo, mas também com o espírito. O cultivo de práticas espirituais é percebido como uma forma de busca de significados para a sua vida e para as suas dificuldades.

Acredita-se que a dimensão espiritual apresenta a possibilidade do cuidador domiciliar transcender na relação de cuidado para consigo e com o idoso, de modo que sejam encontradas respostas para as questões existenciais vividas. Esta atitude está fundamentada na crença da fé e da esperança, sendo considerada importante para que se tenham ações que possam transformar qualquer realidade, uma vez que o primeiro passo é acreditar na sua modificação para que se possa atuar nessa direção.

Quanto ao atendimento que recebem da equipe de saúde, os participantes do estudo expressam que em alguns momentos sentem-se acolhidos e cuidados, o que evidencia a formação de uma relação de vínculo entre os mesmos. Entretanto, também referem que, em outros momentos, esta realidade não ocorre, pois encontram dificuldades em relação ao acesso à equipe de saúde e a falta da sua presença no domicílio.

Acredita-se que a atenção da equipe de saúde deve ser direcionada para o cuidador domiciliar e não só para o idoso, pois se percebe que as ações de cuidado acontecem somente quando este solicita. Pelos relatos dos participantes do estudo pode-se constatar que a relação transpessoal acontece em poucos momentos. Pensa-se que este fato ocorra devido ao distanciamento dos profissionais de saúde, uma vez que o cuidador está na maior parte do tempo no domicílio cuidando do idoso, bem como pela superficialidade das relações. A relação transpessoal (WATSON, 1999), para acontecer, necessita da presença autêntica e intencional dos envolvidos no momento de cuidado, para que o mundo vivido por ambos seja compartilhado e valorizado. Considera-se que para que o cuidado ao outro ocorra de maneira integral, é preciso que aconteça juntamente com valores, como a afetividade, o respeito, o acolhimento, a presença, a compreensão. Além disso, o cuidado da equipe de saúde ao cuidador domiciliar deve acontecer de maneira intencional e consciente, para que esta relação realmente se estabeleça.

Acredita-se que as diretrizes definidas pelos órgãos competentes relativas aos Programas de Cuidado Domiciliar, têm definido que estas ações devam se estender não só ao indivíduo doente, como o idoso, o acamado, dentre outros, mas também aos outros membros da família no sentido de acompanhar, conservar, tratar, recuperar e reabilitar estes indivíduos em diferentes faixas etárias. Neste

sentido, depara-se com um agir da equipe de saúde no qual a saúde da família, no domicílio, não é contemplada.

A equipe de saúde, ao estar trabalhando com o cuidado domiciliar, a partir do que foi revelado nesta pesquisa, deve considerar, também, os participantes do estudo como integrantes do Programa de Assistência Domiciliar e não somente o idoso, pois para que este aconteça se faz necessário que exista alguém que tenha condição física, mental e espiritual para cuidar do outro. Desta forma, o cuidador domiciliar deve ser atendido tanto nas suas necessidades próprias, quanto nas que surgem desse processo de cuidar. Acredita-se que estes aspectos devem ser considerados para qualificar o atendimento realizado pela equipe de saúde. Neste contexto, ressalta-se a importância da realização de estudos e avaliações periódicas do Programa a fim de se intervir nos problemas de saúde reais e potenciais da população atendida.

Quanto ao curso de cuidadores promovido pela Unidade de Saúde, campo deste estudo, observa-se este como uma estratégia de aproximação dos profissionais de saúde com os participantes. Entretanto, percebe-se uma verticalização por parte da equipe em relação aos conteúdos desenvolvidos, uma vez que muitos já eram de conhecimento dos cuidadores, o que leva ao desinteresse na participação no curso. Percebe-se, ainda, que a participação no curso não é possível para todos os cuidadores, pois nem todos possuem uma pessoa para lhe substituir por este período no cuidado ao idoso, sendo esta questão de fundamental importância para ser discutida pela equipe de saúde, na tentativa de buscar uma alternativa para esta situação, com vistas a possibilitar outra forma de atenção a estes participantes.

A partir dos relatos percebe-se que o cuidador domiciliar expressa a necessidade de modificação de alguns fatores relativos ao atendimento que recebem como: o acesso aos profissionais, a periodicidade das visitas domiciliares, a marcação de consultas e exames.

Assim, a partir deste estudo, surgem algumas sugestões que poderão contribuir para os programas de cuidado domiciliar, no que se refere à assistência, bem como, ao ensino e à pesquisa em enfermagem:

- recomendar que a equipe de saúde, dentro das suas possibilidades, considere as sugestões dadas pelo cuidador domiciliar para melhorar o atendimento a eles prestado;
- construir novas pesquisas para aprofundar o conhecimento sobre a Teoria do Cuidado Humano Watson, bem como, a sua aplicação;
- propor que o Programa de Assistência Domiciliar seja avaliado sob a ótica dos usuários e da equipe de saúde;
- desenvolver estudos que possibilitem avaliar a dialogicidade entre a equipe e o cuidador domiciliar;
- sugerir que seja verificado se o alcance dos objetivos propostos pelo Programa de Assistência Domiciliar estão sendo alcançados;
- sugerir à equipe de saúde que estabeleça um plano de ação para o atendimento dos integrantes do Programa de Assistência Domiciliar e seus cuidadores/familiares, com toda equipe reunida;
- propor que a equipe de saúde que realize reuniões com os familiares; e,
- apresentar à equipe de saúde da Unidade de Saúde, campo deste estudo, os resultados desta pesquisa, possibilitando um novo olhar do momento de cuidado com base na Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson.

A relevância deste estudo insere-se na busca de uma compreensão da realidade vivida pelos participantes do estudo, a partir do relato de suas experiências. A partir daí, considera-se um desafio, como profissional de saúde, enfatizando o trabalho da enfermagem, de cuidar de forma que se atenda a todas as necessidades percebidas e manifestadas pelo cuidador domiciliar. Assim, a partir do desenvolvimento de pesquisas e com o aumento do conhecimento nesta área, acredita-se que possa ser alcançada esta meta, mas, neste sentido, ainda se tem um longo percurso a se percorrer e se construir, mas já se está caminhando nesta direção.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. L. **Característica dos Cuidadores de Idosos Dependentes no Contexto da saúde da Família**. 2005. 141f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social)-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ÂNGELO, M. **Com a Família em Tempos Difíceis: uma perspectiva de enfermagem**. Tese (Livre-Docência)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

BECKER, S.G. **Cuidar de Si, cuidando do outro, ampliando a consciência do eu**. 2004. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Senado Federal. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Senado Federal, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Assistência Domiciliar Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com Dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jan./jun. 2003. p. 861-866.

CARVALHO, V. L.; PEREIRA, E. M. Crescendo na diversidade pelo Cuidado Domiciliar aos Idosos – Desafios e Avanços. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 54, n. 1, jan./mar. 2001. p.7-17

CENTA, M. L; CARNEIRO, F. A; PINTO, M. N. Experiências Vivenciadas pelos Familiares-Cuidadores. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 2, 2003. p. 87-88.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev de Saúde Pública**, São Paulo v. 31, n. 2, 1997. p. 184-200.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996.

DECESARO, M. N; OLIVEIRA, N. L. B; WAIDMAN, M. A. P. Os fatores cuidativos de Watson na ótica de docentes de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba v. 2, n. 4, 1999. p. 28-35.

DEZORZI, L.W. **Diálogos sobre Espiritualidade no Processo de Cuidar de Si e do Outro para a Enfermagem em Saúde Intensiva**. Porto Alegre. 2005. 142f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

DIOGO, C; CEOLIM, M. F; CINTRA, F. A. Orientação para Idosas que Cuidam de Idosos no Domicílio. **Rev. Escola de Enf. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, 2004. p. 97-102.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: [http://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sintese\\_de\\_indicadores\\_2000/aspectos\\_demograficos](http://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sintese_de_indicadores_2000/aspectos_demograficos).> Acesso em 20 de jan 2005.

FIORANI, C. A; SHARAMM, F. R. Atendimento Domiciliar ao Idoso: problema ou solução? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2004. p. 986-994

LACERDA, M. R; OLINISKI, S. R. Familiares Interagindo com a Enfermeira no Contexto Domiciliar. **Rev. Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, 2005. p. 76-87.

LACERDA, M. R. **Tornando-se Profissional no Contexto Domiciliar – vivência do cuidado da enfermeira**.2000. 234 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem)-Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

LACERDA, M. R. **O Cuidado Transpessoal de Enfermagem no Contexto Domiciliar**. Curitiba, 1996. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Curitiba, 1996.

LAVINSKI, A. E.; VIEIRA, T. T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 26, n. 1, 2004. p. 41-45.

LUZARDO, A. R. **Sobrecarga do Cuidador do Idoso com Doença de Alzheimer em um Serviço de Neurologia**. 2005. 84 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

KARSH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jan./jun. 2003. p.861-66.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC – ABRASCO, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2529 de 19 de outubro de 2006. Disponível em <http://www.ciape.org.br/AtenDom2529.pdf>. Acesso em 10 de agosto de 2006.

MOTTA, M. G. C. **O Ser Doente no Tríplice Mundo da Criança, Família e Hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais**.1997. 223 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem)-Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

NASCIMENTO, K.C. **As Dimensões do Cuidado em Unidade Crítica: emergindo o cuidado transpessoal e complexo**. 2005. 185 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

PAIM, P. Vida nova para os idosos. In: Rio Grande Do Sul. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. **Relatório Azul 2004: garantias e violações dos direitos humanos**. Edição comemorativa. Porto Alegre: CORAG, 2004. p. 322-329.

PASKULIN, L. M; DIAS, V. R. Como é Ser Cuidado em Casa: as percepções dos clientes. **Rev. Bras. de Enferm**, Curitiba, v. 55, n. 2, mar./abr. 2002. p.140-145.

POLIT, D. F; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SANTOS, B. R. L. *et al.* O Domicílio como Espaço do Cuidado de Enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Salvador. **Anais...** Salvador: ABEn/BA, 1998.



SILVA, et al. Análise dos Fatores de Cuidado de Watson em uma Unidade de Emergência. **Rev. Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre, v.23, n.2, jul, 2002.

STEFANELLI, M. C. O profissional e a Família em Situação de Doença. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 2, 2003. p. 50-52.

SOMMERHALDER, C. **Significados Associados à Tarefa de Cuidar de Idosos de Alta Dependência no Contexto Familiar**. 2001. 95 f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais** – a pesquisa qualitativa em educação. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1987.

VIANNA, A. C. A; CROSSETTI, M. G. O Movimento entre Cuidar e Cuidar-se em UTI: uma análise através da teoria Transpessoal de Watson. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, 2004. p. 56-69.

VIEIRA, A.B.D; ALVES, E; KAMADA, I. Cuidando do Cuidador: percepções e concepções de auxiliares de enfermagem acerca do cuidado de si. **Texto e Contexto Enferm**, v.16, n.1, jan-mar, 2007. p. 15-25.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WATSON, J. **Nursing: human science and human care**. New York: National League for Nursing; 1985.

\_\_\_\_\_. Theory of Human Care in Action. In: RHIEL-SISCA, J. (ed). **Conceptual Model for Nursing Practice**. 3 ed. Norwalk: Appleton & Lange, 1989. p. 219-236.

\_\_\_\_\_. **Theory of Human Care in Action**. New York: National League for Nursing Press, 1996.

\_\_\_\_\_. **Postmodern Nursing and Beyond**. London: Churrchill Livingstone, 1999.

\_\_\_\_\_. **Caring Science as a sacred science**. Philadelphia: Davis, 2005. \_\_\_\_\_.

**Theory of Human Caring: overview and evolution of Theory**. 2006. Disponível em: <http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/evolution.asp>. Acesso em: 20 maio 2006.

\_\_\_\_\_. Watson's Theory of Human Caring and Subjective Living Experiences: carative factors. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n.1, 2007. p. 129-135.

## APÊNDICE A

**Projeto: Cuidador Domiciliar do Idoso – cuidando de si e sendo cuidado pela equipe de saúde uma análise através da teoria transpessoal de Jean Watson**

### **Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada**

Nome:

Nº da entrevista:

Sexo:

Idade:

Parentesco com o Idoso:

Profissão:

Filhos: ( ) sim ( ) não

Tempo que realiza cuidado ao idoso:

1. Conte para mim como é seu dia-a-dia?
2. O que você faz no seu dia-a-dia para cuidar de si?
3. O Sr./Sr<sup>a</sup> conta com alguma ajuda para cuidar do idoso?
4. Quem cuida de você? Como cuida?
5. Cuidar de um familiar idoso modificou alguma coisa na sua rotina de cuidado que você tem consigo? O quê? Por quê?
6. Além do que foi perguntado, você gostaria de fazer mais algum comentário?

## **APÊNDICE B**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL ESCOLA DE ENFERMAGEM CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Você, cuidador domiciliar, que aceitou participar deste estudo, cujo título é “Cuidador Domiciliar do Idoso - cuidando de si e sendo cuidado pela equipe de saúde uma análise através da teoria do Cuidado Humano de Jean Watson”, manifesta o consentimento, através da assinatura deste documento, em participar desta pesquisa em seu domicílio, com o objetivo conhecer a percepção do cuidador domiciliar do idoso sobre o cuidado de si e o cuidado que a equipe de saúde lhe proporciona, no domicílio, à luz da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson.

Recebi da Enfermeira pesquisadora Thaís Schossler, autora desta pesquisa, os seguintes esclarecimentos:

1. a pesquisadora não contém vínculo empregatício com a Unidade da Vila Floresta do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Assim, as informações emergidas, neste estudo, serão conhecidas pela instituição quando da publicação do relatório final desta pesquisa, no qual estará assegurado o anonimato dos participantes;
2. a participação na entrevista é de caráter voluntário, ficando garantida a possibilidade de desistência na participação a qualquer momento;
3. as entrevistas serão gravadas em fita cassete, para posterior transcrição. As fitas após a transcrição serão desgravadas e o conteúdo transcrito ficará de posse do pesquisador por 5 anos, após será destruído;
4. as informações emergidas das entrevistas serão utilizadas somente para divulgação dos resultados deste estudo, preservando o seu anonimato;
5. a participação nessa pesquisa não implicará em riscos no seu atendimento ou do idoso na Unidade da Vila Floresta/GHC
6. fica garantido o direito de requerer esclarecimentos acerca das entrevistas, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à investigação;

As pesquisadoras responsáveis por este estudo são a Enfermeira Thaís Schossler (Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e sua orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria da Graça Crossetti.

Caso necessite de algum esclarecimento sobre sua participação no estudo, poderá contatar com a pesquisadora responsável pelo projeto, Thaís Schossler pelo telefone (51) 99061837 ou com a orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria da Graça Crossetti (51) 33165324 e para qualquer dúvida ética poderei entrar em contato com Dr. Julio Baldisserotto, Coordenador Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone (51) 33572407.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Data

Este formulário foi lido para \_\_\_\_\_ (nome do paciente)  
em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (data) pelo \_\_\_\_\_ (nome do pesquisador)  
enquanto eu estava presente.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Data

## **ANEXO A**



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO  
CEP - GHC  
RESOLUÇÃO**

Porto Alegre, 13 de setembro de 2006.

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-GHC, em reunião ordinária em 13/09/2006 analisou o projeto de pesquisa:

**Nº CEP/GHC: 034/06**  
**FR: 90694**

**Título Projeto:** Cuidador domiciliar do idoso: Percebendo o cuidado de si e o cuidado da equipe de saúde para consigo à luz da teoria transpessoal de Jean Watson.

**Pesquisador(es):** Thaís Schossler

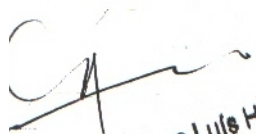
**PARECER:**

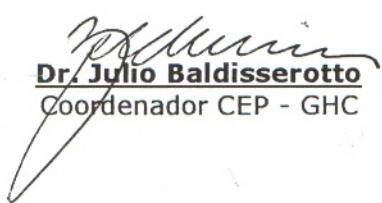
**Documentação:** Aprovada  
**Aspectos Metodológicos:** Aprovados  
**Aspectos Éticos:** Aprovados

**Parecer final:** Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de **APROVADO**, neste CEP.

**Grupo e área temática:** Projeto pertencente ao Grupo I - Área Temática (Ciências da Saúde - Enfermagem 4.04).

**Considerações finais:** Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/GHC. O autor deverá encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.

  
**Dr. Lauro Luis Hagemann**  
Assistente de Coordenação de Pesquisas:  
Gerência de Ensino e Pesquisa  
GEP/GHC

  
**Dr. Julio Baldisserotto**  
Coordenador CEP - GHC