

ISIS MARQUES SEVERO

**VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE APOIO
EDUCATIVO AO FAMILIAR CUIDADOR DO IDOSO
SEQÜELADO DE AVC**

Monografia apresentada à
Disciplina de Estágio Curricular
– ENF 99003 da Escola de
Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul –
UFRGS.

Orientadora: Beatriz Ferreira Waldman

Porto Alegre, 2002

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

**VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE APOIO
EDUCATIVO AO FAMILIAR CUIDADOR DO IDOSO
SEQÜELADO DE AVC**

ISIS MARQUES SEVERO

Porto Alegre, 2002

Dedico esta pesquisa para
minha querida avó Libya que
foi a verdadeira
inspiração.

AGRADECIMENTOS

Neste momento, quando concluo um trabalho que representa uma fase importante da minha vida, é fundamental lembrar das pessoas que contribuíram neste trajeto para expressar-lhes meu agradecimento:

À professora Beatriz Ferreira Waldman, por sua verdadeira orientação: comprometimento, competência e dedicação. Mostrou-me os caminhos à medida que caminhava comigo;

À família: mãe, pai, avó, irmãos e cunhado pelo apoio e carinho;

Ao meu noivo Michel, que me ouviu e encorajou com amor em todos os momentos, especialmente nos de crise;

Ao meu sogro e sogra pela atenção e apoio;

À equipe de enfermagem do Centro de Saúde Vila dos Comerciários que acreditaram e colaboraram para a realização deste estudo;

Aos médicos clínicos do Centro de Saúde Vila dos Comerciários pela disponibilidade e atenção;

Às famílias e aos idosos que me deixaram adentrar em seus domicílios e dividiram comigo o seu viver.

SUMÁRIO

F.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 07 |
| 2 REVISÃO DA LITERATURA | 14 |
| 2.1 REPERCUSSÕES DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO CONTEXTO FAMILIAR DO IDOSO..... | 14 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO | 22 |
| 3.1 O PROCESSO DE CUIDAR EM CONTEXTO..... | 22 |
| 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA | 30 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO..... | 30 |
| 4.2 CONTEXTO DO ESTUDO..... | 30 |
| 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO..... | 31 |
| 4.4 DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES E SEUS CONTEXTOS..... | 32 |
| 4.5 COLETA DAS INFORMAÇÕES..... | 34 |
| 4.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES..... | 36 |
| 4.7 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO..... | 37 |
| 5 TEMAS DE CONVERGÊNCIA | 38 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 67 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 70 |
| OBRAS CONSULTADAS | 76 |
| ANEXO A - Termo de autorização da Diretora do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes para o desenvolvimento da pesquisa | 77 |
| ANEXO B - Termo de autorização da Gerente do Distrito 4 para o desenvolvimento da pesquisa | 79 |

| | |
|--|-----------|
| ANEXO C - Termo de autorização do Chefe do Ambulatório Básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciários..... | 81 |
| ANEXO D - Formulário de possíveis participantes na pesquisa..... | 83 |
| ANEXO E - Parecer da Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre..... | 86 |
| ANEXO F - Termo de Consentimento Informado..... | 88 |
| ANEXO G - Exercícios físicos para o idoso..... | 91 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Figura representativa de um cérebro..... | 44 |
| Figura 2 - Desenho do cérebro elaborado pela pesquisadora..... | 44 |
| Figura 3 - Exercício de estimulação da memória realizado pela idosa Xixom em movimento convergente-assistencial de pesquisa..... | 62 |
| Figura 4 - Exercício de estimulação da memória realizado pela idosa Xixom em movimento convergente-assistencial de pesquisa..... | 63 |
| Figura 5 - Exercício de estimulação da memória realizado pela idosa Xixom em movimento convergente-assistencial de pesquisa..... | 64 |

1 INTRODUÇÃO

Entre as doenças que contribuem para alterar de forma negativa a qualidade de vida da população estão aquelas denominadas de incapacitantes ou doenças crônico-degenerativas como o acidente vascular cerebral, AVC¹, atualmente, denominado acidente vascular encefálico, AVE (CÂMARA, 1994).

De acordo com Barreto (1990), o acidente vascular cerebral, AVC, é definido como uma anormalidade de déficit neurológico, geralmente focal, causada por doença cerebrovascular, normalmente de início súbito, podendo progredir em horas ou dias.

Dentre os fatores predisponentes do AVC estão doenças como a desidratação, diabetes, anemia e hipertensão (SANTOS, 2001). Em se tratando das mulheres, Câmara (1994) refere que os fatores causais mais comuns de doenças cerebrovasculares são além desses, ruptura de aneurisma, o uso de anticoncepcionais e/ou fumo.

A doença cerebrovascular é a terceira causa de morte nos Estados Unidos (HOOD e DINCHER, 1995; SMELZER e BARE, 2002) e a principal causa das mortes de homens e mulheres brasileiros acima de 65 anos. O Brasil apresenta a segunda maior taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral no mundo (KARSCH, 1998).

Levando-se em conta esses dados e tendo em vista que a expectativa de vida da população de nosso país tem aumentado nas últimas décadas, pode-se considerar diretamente proporcional a este aumento, o risco da incidência de acidente vascular cerebral. Inclusive, autores afirmam que “a freqüência da doença cerebrovascular aumenta com a idade” (HOOD e DINCHER, 1995, p. 559).

¹ O termo acidente vascular cerebral, AVC, também pode ser entendido como acidente vascular encefálico, AVE. O presente estudo, adota o termo AVC para identificar o evento.

No Brasil, no início do século XX, a expectativa de vida da população ao nascer era de 33,7 anos, tendo atingido 43,2 anos em 1950. No decorrer da década imediatamente posterior, a expectativa de vida havia aumentado em quase 8 anos. Na década de setenta, a expectativa de vida ao nascer passou a 57,1 anos e em 1980 ela atingiu 63,5 anos (FUNDAÇÃO IBGE² apud KALACHE et al. 1987). A expectativa de vida do brasileiro, que em 1991 era de 66 anos, elevou-se para 68,6 anos em 2000 (LEAL, 2001).

Veras (1994) comenta que durante as próximas décadas, o Brasil será um país com um alto número de jovens e também de “jovens idosos”, sendo que este último contempla a faixa etária de 60 a 69 anos. Inclusive, Kalache et al. (1987), afirmam que nos países em desenvolvimento, o envelhecimento poderia preceder em muito a barreira artificial dos 60 ou 65 anos de idade.

Considerando as tendências atuais de envelhecimento da população brasileira e o censo demográfico de 2000 que mostrou que 7,82% da população de idosos é do sexo masculino e 9,28% é do sexo feminino, correspondendo a um total de 8,56% de idosos no país (BRASIL, 2001), projeta-se como certa a assertiva de que provavelmente “em 2025 o Brasil será a 6ª população de idosos do mundo em termos absolutos” (KALACHE e GRAY³ apud KALACHE et al. ,1987, p. 200).

Nosso país está em um período de transição epidemiológica, em que o desafio social, especialmente na área da saúde pública, é como absorver e lidar com as necessidades dos idosos, uma vez que as prioridades e as políticas de saúde do Ministério da Saúde estão claramente relacionadas a outros grupos etários da população, como é observado pelos programas: Pré-nenê, Pré-crescer, Pré-natal, Climatério e outros.

Ainda assim, existe a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cujo objetivo principal é assegurar os direitos sociais do idoso criando condições para promover sua autonomia, integração e participação

² ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL. [Fundação IBGE]. Rio de Janeiro, 1982. Anual.

³ KALACHE, A.; GRAY, J.A.M. Health problems of older people in the developing world. In: PATHY, M.S.J. (Ed.). **Principles and practice of geriatric medicine**. Chichester: John Wiley & Sons, 1985. p.1279-1287.

efetiva na sociedade, considerando-se o idoso, para efeitos desta Lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade (BRASIL, 1997a).

Nesse sentido, no Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996, no seu Artigo 9º registra que ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde em articulação com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, compete, entre outras instâncias, desenvolver e apoiar programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso e estimular a criação na rede do Sistema Único de Saúde de unidades de cuidados diurnos, de atendimento domiciliar e de outros serviços alternativos para o idoso (BRASIL, 1997b).

Diante desses documentos legais com diretrizes acerca da atenção ao idoso, tem-se que uma alternativa fundamental para prestar atenção de saúde a este cliente é a atenção primária, especificamente realizada por meio da estratégia da visita domiciliar.

Hendrikson⁴ (apud CARLETTI e REJANI, 1996), considera que a visita domiciliar, por meio do diagnóstico e do atendimento das demandas de pessoas idosas, diminui as hospitalizações e a morbimortalidade, sendo que seus resultados são também percebidos pelo aumento da auto-estima, melhor utilização de recursos potenciais próprios dos clientes e de redes de suportes comunitários.

A visita domiciliar é também entendida como uma estratégia de atenção à saúde da clientela que procura as unidades básicas de saúde. Ela é geralmente realizada por enfermeiros, médicos e agentes comunitários, os quais uma vez vinculados a um serviço de saúde passam a estender o atendimento até o domicílio dos clientes.

No âmbito da enfermagem, a visita domiciliar conduz os profissionais a preocuparem-se com os problemas iminentes que a população envelhecida de nosso país enfrenta, estimulando-os a intervirem adequadamente no cuidado ao idoso, especialmente, ao idoso fragilizado, e no apoio educativo aos seus cuidadores.

⁴ HENDRIKSON, C. Preventive home visits among elderly people. *Dan Med Bull*, [S.l.], v.39, p. 256, 1992.

Na universidade, no âmbito do ensino e da pesquisa, a visita domiciliar é uma estratégia que estimula a valorização de conteúdos do currículo da enfermagem relacionados ao idoso, contribuindo para qualificar a formação de profissionais articulados com a política pública de saúde no que diz respeito especialmente, às formas de proteger a população idosa.

Para os idosos, o domicílio e a família, ou melhor, o que lhes é conhecido, torna-se fator de garantia e segurança. Por isso, a visita no domicílio alia a manutenção deste sentimento com a possibilidade de parceria com a enfermeira no sentido de que essa possa oferecer apoio educativo aos familiares cuidadores tendo em vista auxiliá-los no enfrentamento das demandas. Tais demandas representam muitas vezes situações simples, porém, altamente complexas, como por exemplo, providenciar a alimentação ou os cuidados com a pele do idoso.

A visita domiciliar propicia que a família e o doente de AVC expressem suas dúvidas, angústias, ou seus questionamentos. Expressem também, a incompreensão sobre o processo de evolução da enfermidade, o desconhecimento do cuidado com a saúde, o prejuízo causado pela modificação da imagem corporal da pessoa doente e as incertezas acerca da possibilidade de recuperação das funções motoras, sensitivas e emocionais do cliente.

Como as seqüelas motoras do AVC representam o primeiro sinal a emergir ao olhar atento dos familiares, logo, torna-se perceptível para eles a mudança na imagem corporal do doente. Os familiares até então habituados com um idoso que desempenhava com independência e autonomia as atividades da vida diária como cuidados com sua higiene, arrumação da casa, compras, refeições, necessitam rever seu comportamento diante das alterações físicas determinadas pela doença. Tais alterações geralmente implicam em um sério comprometimento das capacidades funcionais do idoso.

Conforme Zimmerman (2000), pode-se dizer que uma pessoa tem autonomia quando consegue se determinar, fazer suas próprias escolhas, tomar decisões. Por exemplo, uma pessoa pode não ter independência em alguns aspectos, mas manter sua autonomia.

Após o AVC, quando despontam as seqüelas, tanto motoras quanto cognitivas, pressupõem-se o aparecimento do familiar cuidador, ou seja, aquela pessoa que irá auxiliar o doente de AVC em suas dificuldades.

De acordo com Andrade e Rodrigues (1999), familiar cuidador é aquele membro da família, com laços de parentesco, geralmente uma mulher que pode ser a esposa ou a filha de um idoso. Este estudo observará essa conceituação acrescentando, contudo, não ser necessário que tal parentesco seja por consangüinidade, mas enfatizando a característica do familiar estar comprometido com o provimento de algum tipo de cuidado, quer seja mantendo as despesas do tratamento, ou atendendo as necessidades básicas como alimentação e higiene.

A exigência da participação de cada membro da família nas múltiplas atividades de cuidado com o idoso, o que faz com que cada um experimente sua dose de cansaço; a rotina de fazer pelo doente, fato que marca alguns espaços mais pesados do cuidado nas tarefas do dia-a-dia e, a possibilidade da ocorrência de desentendimentos entre os envolvidos, pela própria situação de estar sofrendo junto com o doente, repercutem significativamente sobre todos e sobre a capacidade da família em promover um cuidado adequado. Além disso, existem crenças e mitos envolvendo esta doença como por exemplo, a crença na cura divina e o mito em relação a reversão das paralisias.

O desgaste físico e emocional bem como outros prejuízos com que se depara a população de cuidadores, tais como: "isolamento social, dificuldades econômicas, fadiga física e emocional em função das múltiplas demandas exigidas pelo idoso cronicamente enfermo" são comentados como fatores importantes para o planejamento da atenção ao idoso seqüelado de AVC (PIERSON⁵ apud ANDRADE e RODRIGUES, 1999, p. 93). Algumas dessas demandas impostas pela doença são por exemplo, a mudança de decúbito, o banho, os cuidados para alimentar o idoso, bem como realizar higiene oral e a troca de fraldas, entre outras exigências. Os fatores de ordem econômica também pesam para o familiar cuidador como os gastos com materiais de higiene, equipamentos hospitalares, e com a alimentação e as medicações.

⁵ PIERSON, M. A. Identification of a cluster of nursing diagnoses for a caregiver support group. *Nursing Diagnosis*. [s.l.], v.3, n.1, p. 36-40,1992.

A situação do idoso com AVC torna-se um problema de grande complexidade para o familiar cuidador que, geralmente, não detêm o domínio de conhecimentos e habilidades para lidar com situações que envolvem a cronicidade do evento. Mesmo que demonstre compromisso em cuidar de seu idoso, nem sempre o consegue de forma satisfatória. Necessita, assim, de orientações e apoio institucional que possam vir a facilitar-lhe a dura tarefa de cuidar de um idoso seqüelado de AVC no domicílio.

O interesse em realizar este estudo surgiu quando tive a oportunidade de pôr em prática a atividade de visita domiciliar, em várias ocasiões, acompanhada pelas enfermeiras do Ambulatório Básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC) em Porto Alegre, onde realizei estágio extra-curricular durante o ano de 2001. Foi a ocasião em que vivenciei a visita como um momento para realização de um processo educativo junto aos familiares para a promoção da saúde do idoso.

Essa vivência permitiu-me apreender que o papel da enfermeira é fundamental neste contexto social, contribuindo para melhorar a qualidade do cuidado ao idoso seqüelado de AVC, bem como para diminuir o impacto da doença sobre a vida do familiar cuidador, uma vez que encontrei familiares extremamente angustiados e inseguros enfrentando com dificuldades as demandas exigidas pelo idoso doente.

A partir de então, senti-me motivada a realizar um estudo enfocando a importância da atenção profissional ao familiar cuidador com vistas a capacitá-lo para enfrentar as demandas originadas pela situação de cuidar de um idoso seqüelado de AVC.

Nesse sentido, este estudo buscou resposta para as seguintes questões:

- Como o familiar cuidador do idoso seqüelado de AVC absorve as múltiplas demandas exigidas pela situação de cronicidade? Quais as suas necessidades de aprendizagem para a realização do cuidado no domicílio?

Assim, destaco para a pesquisa o seguinte objetivo geral: desenvolver um processo educativo de orientações com os familiares cuidadores de idosos seqüelados de AVC, a fim de capacitá-los para atender as múltiplas demandas decorrentes da situação de cronicidade imposta pela doença.

Os objetivos específicos são: identificar as necessidades de aprendizagem do familiar cuidador para o planejamento e execução do cuidado domiciliar; identificar as formas utilizadas pelo familiar cuidador para enfrentar as múltiplas demandas que o idoso seqüelado de AVC exige e organizar estratégias junto com o familiar cuidador para a otimização do cuidado domiciliar.

Este trabalho servirá de subsídio para a produção de conhecimento na área de enfermagem gerontogeriátrica e salientar a importância da visita domiciliar para a promoção do cuidado ao idoso no domicílio, estimulando futuros programas de apoio a cuidadores que poderão ser implementados pela rede básica de saúde, especialmente, pelo Ambulatório Básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 REPERCUSSÕES DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO CONTEXTO FAMILIAR DO IDOSO

O homem no processo de envelhecimento depara-se com perdas progressivas incluindo a saúde física, a perda dos papéis sociais, da liberdade, das responsabilidades, ficando mais suscetível às doenças crônico-degenerativas. Estas, podem levar a incapacidades e à perda de sua autonomia (SPIER e LAUTERT, 1996; CARLETTI e REJANI, 1996).

As alterações no sistema neurológico surgem a partir de sua complexa anatomia e função, além das mudanças biológicas que acontecem durante o processo de envelhecimento humano (SANTOS, 2001).

Dentre as alterações no sistema neurológico que surgem durante o processo de envelhecimento, as doenças cerebrovasculares representam as principais doenças crônico-degenerativas que acometem nossa sociedade, especialmente os idosos (ANDRADE E RODRIGUES, 1999).

Nessa categoria, tem-se o acidente vascular cerebral, AVC, que consiste na perda súbita da função cerebral em decorrência da ruptura do aporte sanguíneo para uma região do cérebro (SMELTZER e BARE, 2002).

De acordo com Hausen, Plotnik e Castro (2001), o AVC é classificado como isquêmico e hemorrágico, sendo que o isquêmico corresponde a 85% dos eventos cerebrovasculares e pode ser subdividido a partir de dois mecanismos patológicos principais, trombose e embolia cerebral. Já o AVC hemorrágico corresponde a 15%

desses eventos e tem como apresentações mais freqüentes as hemorragias do tipo intracerebral e subaracnóide.

Vários fatores associam-se e são responsáveis pelo AVC, a começar pela herança genética e pelos fatores ambientais, alguns de controle individual como os comportamentais: tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, uso de anticoncepcionais orais e outros relacionados com a deterioração sócio-econômica, tais como: renda, escolaridade e ocupação. Além disso, doenças como hipertensão, diabetes mellitus, aterosclerose e outras que comprometem o sistema cardiovascular potencializam o desencadeamento do AVC (MEDINA, SHIRASSU e GOLDFEDER, 1998).

A gravidade do AVC depende da região do cérebro e do volume do tecido cerebral atingido. Os comandos de cada hemisfério cerebral dirigem a metade contrária do corpo, como por exemplo: se o AVC aconteceu no hemisfério esquerdo do cérebro onde se encontram as funções da metade direita do corpo, do movimento e sensibilização dos membros superiores e inferiores, do hemitronco direito, além da linguagem, isso resultará em paralisia do lado direito, sendo que o comportamento da pessoa se mostrará lento e desorganizado. Quando o lado esquerdo do cérebro é atingido surge a afasia, isto é, a dificuldade na fala (SANTOS, 2001).

Considerando que no hemisfério direito do cérebro localizam-se as funções da metade esquerda do corpo, movimento e sensibilização dos membros superiores e inferiores e do hemitronco esquerdo, um AVC nesse lado do cérebro resulta em paralisia do lado esquerdo do corpo (hemiplegia), podendo ocorrer também dificuldades de memória, comportamento impulsivo e deficiências perceptuais (SANTOS, 2001).

No AVC ainda podem ser verificadas a disfagia (dificuldade de engolir), a labilidade emocional (passagem do riso ao choro e vice-versa de forma inesperada), a incontinência urinária e a perda da visão do mesmo lado da hemiplegia (SANTOS, 2001).

Sabe-se que o risco de incidência de AVC aumenta com a idade, tornando os idosos vulneráveis a este acontecimento (HOOD E DINCHER, 1995).

As doenças cerebrovasculares representam causa de morte entre os idosos, os negros e os orientais, sendo mais freqüente seu surgimento em pessoas do sexo masculino (CÂMARA, 1994; HAUSEN, PLOTNIK e CASTRO, 2001).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde⁶ (apud ALVAREZ, 2001), o aumento da expectativa de vida é um grande ganho para a humanidade, mas por outro lado, acarreta problemas complexos para as áreas sociais e de saúde. As sociedades se vêem diante de um grande número de pessoas suscetíveis a doenças crônico-degenerativas e a problemas sócio-econômicos que contribuem para aumentar o risco da dependência física e social, a qual as pessoas idosas estão sujeitas.

O impacto da doença, como no caso de um idoso que sofreu um acidente vascular cerebral (AVC), atinge o próprio idoso sua família e a sociedade. A doença altera o curso normal da vida dos envolvidos e também interfere na satisfação das necessidades básicas do indivíduo acometido, bem como nas atividades cotidianas de sua família (ANDRADE e RODRIGUES, 1999).

Em um estudo sobre a incidência de AVC registrada no município de São Paulo, numa amostra de 1600 idosos domiciliados, 8,8% dos homens e 5,8% das mulheres referiram ter sofrido pelo menos um episódio de acidente cerebrovascular (MEDINA⁷ apud MEDINA, SHIRASSU e GOLDFEDER, 1998).

Em outro estudo realizado no município de São Paulo, numa amostra de 378 pacientes provenientes de quatro hospitais gerais, o grupo de pacientes estudados permitiu concluir que as incapacidades tem freqüência alta entre os acometidos de AVC. No mesmo município a cada ano, cerca de 28000 novos pacientes tornam-se seqüelados e, ao final de um ano, 60% deles ainda apresentam incapacidades (MEDINA, SHIRASSU e GOLDFEDER, 1998).

Pesquisa realizada no Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 1997), mostrou que dentre os idosos que vivem no meio urbano, em suas casas ou de seus

⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Aplicaciones de la epidemiologia al estudio de los ancianos**. Genebra: OMS, 1994. Informes técnicos n. 706.

⁷ MEDINA, M.C.G. **Condição previdenciária, saúde e incapacidade de idosos residentes no município de São Paulo**, 1993, ca.110 p. Tese de doutoramento. Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia, USP, São Paulo, 1993.

filhos, 13,10% têm algum tipo de dependência, ou seja, necessidade de auxílio nas atividades da vida diária. Outros números da mesma pesquisa demonstraram que 79,8% dos idosos vivem com seus familiares. Na maioria dos casos, as pessoas que necessitam de cuidados são assumidas pela própria família.

Nos últimos anos as abordagens fisioterápica e fonoaudiológica têm início precoce no tratamento de pacientes seqüelados de AVC.

Yuaso e Squizzatto (1999), demonstraram que quanto mais cedo iniciar o processo de reabilitação em idosos com hemiplegia, maior será o potencial para a aquisição de independência funcional. Para os autores após um AVC haverá, geralmente, uma grande deterioração da qualidade de vida dos idosos, tornando-os, muitas vezes, incapacitados para a vida de relação.

Hood e Dincher (1995) declararam que as metas do tratamento de fisioterapia e terapia de fala em pacientes que sofreram acidente cerebrovascular são: a recuperação das funções, o desenvolvimento máximo da independência e o provimento de formas através das quais o paciente pode enfrentar a situação de cronicidade imposta pela doença.

Entretanto, com o aumento da população idosa no Brasil formou-se uma categoria de idosos necessitados de cuidados especializados que não vem sendo atendida adequadamente pelas instituições sociais e de saúde.

Inclusive, Alvarez (2001) refere que os idosos doentes e fragilizados, quando têm sua situação de saúde agravada, normalmente são levados às emergências dos hospitais públicos. No retorno para o domicílio, a família se vê diante da complexidade do cuidado exigido pela doença e sem um apoio institucional para auxiliá-la a cuidar.

Em uma publicação da Organização Pan-americana de Saúde, Videla⁸ (apud ALVAREZ, 2001) enfatiza a pessoa idosa como alvo das políticas públicas a partir

⁸ VIDELA, J.T. Los ancianos y las políticas de servicios en América Latina y Caribe. In: OPAS. **La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa.** Washington, D.C.: OPAS/OMS, 1994, p. 19-33. Publ. Cientif. n. 546.

de um paradigma que lhe assegure um estilo de vida integrado e autônomo. O objetivo de tais políticas é assegurar o máximo de autonomia individual que proporcione o atendimento das necessidades básicas do idoso nos aspectos funcionais específicos, como saúde, nutrição, aposentadoria, educação, transporte e vida social.

Segundo Velasquez et al. (1998), o sistema de saúde pública no Brasil não está preparado para fornecer recursos e suporte para a população idosa que adoeceu, nem à família que dela cuida. Familiares de pessoas com AVC, cuidadas em seu domicílio revelam que o sistema de saúde, quando muito, garante internação na situação aguda. É evidente que são as famílias de camadas populares que encontram maior dificuldade no cuidado à saúde de seu idoso. A mesma autora afirma que essa dificuldade está relacionada provavelmente, a aspectos tais como: recursos financeiros, ineficiência do sistema de saúde no atendimento dessa população, inadequação da moradia e a necessidade de os membros da família estarem inseridos no mercado de trabalho.

Entretanto, em que se pese as posições contrárias, tem-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado, na realidade atual, através dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), modelos que reafirmam e incorporam os princípios básicos do SUS e possibilitam uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções que vão além das práticas curativas (VIEGAS, 2001).

Para Andrade e Rodrigues (1999), a manutenção de pacientes crônicos em nível domiciliar deve ser estimulada.

O atendimento domiciliar é um recurso oferecido na residência dos clientes de modo a manter ou restabelecer a saúde e o bem-estar do cliente (HOOD e DINCHER, 1995).

Nesse sentido, os avanços das políticas de saúde do país elegem a visita domiciliar como estratégia do SUS e apesar das deficiências crônicas, principalmente de financiamento, o modelo brasileiro ganha novos contornos procurando enfrentar a realidade (VIEGAS, 2001).

Após o AVC, na maioria das vezes, os cuidados à saúde do idoso seqüelado de AVC são assumidos pela família no domicílio (KARSCH, 1998).

Boyd (1990) afirma que a família é um sistema social composto de dois ou mais indivíduos, com um forte compromisso emocional e que vivem dentro de um lugar comum. Para a autora, a família é um sistema vital dentro da sociedade pelas funções que desempenha para seus membros.

As funções da família, conforme Atkinson e Murry (1989) são: prover as necessidades básicas para a vida, tais como alimentação, vestimenta e habitação, bem como conseguir recursos necessários como espaço, tempo e utilidades segundo as necessidades de cada membro e determinar quem faz o quê com o objetivo de garantir apoio, direção e cuidados para a casa e seus membros.

Menezes (1994), comenta sobre as motivações capazes de mobilizar alguém para atuar na posição de cuidador, citando algumas possibilidades: pelo instinto, com o cuidador assumindo o papel motivado por impulsos inconscientes que satisfazem a uma necessidade de sobrevivência seja da espécie, da comunidade ou do indivíduo e por vontade própria, com o cuidador assumindo o papel motivado por uma necessidade de satisfação das próprias emoções através da relação com o outro. Para a autora, a ação não implica em conhecimento teórico, porém manifesta-se em práticas enraizadas culturalmente podendo variar de um indivíduo a outro. Este cuidado surgiria nas relações decorrentes da familiaridade.

Os cuidadores são reconhecidos na literatura de Geriatria e Gerontologia como sendo aquelas pessoas que convivem próximas do idoso e que mantêm com ele relações de parentesco ou de amizade. Podem ser familiares, amigos, vizinhos ou voluntários da comunidade (ANDRADE e RODRIGUES, 1999; CALDAS, 1998; SILVA e NERI, 2000; KARSCH, 1998).

Em relação ao cotidiano dos familiares cuidadores Caldas (1998) afirma que à medida que o idoso vai se tornando mais dependente, há uma mudança de papéis entre os membros da família, por exemplo, se o doente é um dos pais, os filhos adultos assumem a responsabilidade pelo cuidado. Dessa forma, a rotina doméstica altera-se completamente.

Freqüentemente os familiares cuidadores sentem-se limitados e os sentimentos de desespero, raiva e frustração alternam-se com a culpa de talvez “não estar fazendo o suficiente” por um parente amado (CALDAS, 1998, p. 11). A autora refere que o familiar cuidador pode apresentar cansaço, ansiedade e desânimo durante o transcorrer da realização das atividades diárias.

Estudos demonstraram que cuidar de um idoso fragilizado, no seio da família, é um processo que traz consigo muitas dificuldades pela fragilização do cuidador, pela sua exaustão física e mental, pelos conflitos intrafamiliares e pelo desgaste de recursos materiais e econômicos, especialmente no caso de famílias pobres, quando esses já estão escassos (CREUTZBERG, 2000).

O idoso tem uma trajetória de vida que foi alterada com o adoecimento. O fato de não controlar mais seu ir e vir, tira-lhe grande parte de sua auto-estima. É comum aparecerem sentimentos de frustração quando percebem suas limitações (CALDAS, 1998).

Alvarez (2001) menciona que a instalação de doenças crônico-degenerativas, durante o processo de envelhecimento, leva as pessoas a terem suas capacidades diminuídas para as atividades da vida diária em meio ao desconforto dos sintomas e as exigências de tratamento e apoio.

Ainda, a mesma autora afirma que:

[...] as limitações para as atividades como banhar-se, vestir-se, alimentar-se, locomover-se levam à condição de dependência e à exigência de ter sempre alguém junto ao idoso acompanhando-o continuamente[...] (ALVAREZ, 2001, p.76).

Muitas demandas são exigidas do familiar cuidador em função da doença. As demandas incluem a troca de fraldas, cuidados com a higiene, mudança de decúbito, hidratação da pele, preparação da alimentação, apoio psicológico, manutenção da comunicação, estimulação da memória, entre outras. Além dessas, o problema financeiro para a aquisição de materiais e alimentação também é considerado como uma demanda (CREUTZBERG, 2000).

A autora comenta que além dessas atividades cotidianas, outras como tirar ficha médica no posto, pagar contas, buscar ou comprar medicação, acompanhar

em consultas e exames, envolvem o cuidado prestado pelo familiar cuidador e são consideradas demandas.

Portanto é muito importante que a enfermeira considere as repercussões do impacto de uma doença como o AVC, não apenas sobre o indivíduo, mas também sobre seus familiares, pois quando esse impacto atinge um dos membros da família, afeta até certo ponto, os outros membros (ATKINSON e MURRY , 1989).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O PROCESSO DE CUIDAR EM CONTEXTO

O processo de cuidar é uma construção específica de cada situação de cuidado vivida pela enfermeira e pelo cliente, elaborada a partir dos elementos da situação. A situação de cuidado é criada conforme aquilo que se descobre, manejando as informações provenientes da situação, decodificando-as com a ajuda dos conhecimentos dos envolvidos (enfermeira-cliente-família), para compreender o seu significado e como as utilizar na ação de cuidar (LACERDA, 1996).

Segundo a mesma autora, o processo de cuidar sob a ótica da enfermeira pode ser entendido como:

[...] a maneira com que cada enfermeira presta seus cuidados, como acredita no que faz, como se coloca nesta ação, como demonstra este fazer para aquele com quem realiza este cuidado, utilizando-se das mais variadas formas de expressão (LACERDA 1996, p. 33).

Brown⁹ (apud CROSSETTI, 1997), analisando o processo de cuidar a partir da ótica do paciente, verificou que o processo de cuidar compreende o reconhecimento das necessidades do paciente e qualidades individuais que a enfermeira usa para selecionar e implementar as ações adequando-as aos problemas de saúde do paciente.

A forma como a enfermeira presta o cuidado e a forma como o paciente espera ser cuidado, constitui os construtos do cuidar, os quais significam os próprios atos de cuidar que fazem parte do processo de cuidar e outros que fazem parte dos objetivos de cuidar, tais como:

⁹BROWN,L. The experience of care: patient perspectives. **Topics in Clinical Nursing**. [s.l.],v.8,n.2, p.56-62, 1986.

[...] agir para, ter afeição por, prever, assistir alguém, dar atenção, adotar uma atitude no sentido de, confortar, comprometer-se, ter compaixão, preocupar-se com, ter consideração, trocar idéias, procurar informação, coordenar para, enfrentar com, tratar, empatia, capacitar, envolver-se com, auxiliar, sentir por, demonstrar generosidade com, ajuda ao outro, disposição para, esclarecer, ter interesse, fazer conhecer a realidade do outro, ouvir, amar, nutrir (sustentação), agir de forma personalizada, presença, proteger, ser acessível, dispensar, atenção, reabilitar [...] (BOEHS e PATRÍCIO, 1990, p. 113).

Knowlden¹⁰ (apud LACERDA, 1996), relata que a enfermeira usa estratégias objetivas e subjetivas a fim de atender a situação de enfermagem e o contexto da maneira pela qual o cuidado de enfermagem pode se dar e como proceder dentro desse contexto.

Contexto para este trabalho é uma palavra que exigiu-me momentos de reflexão sobre o seu significado. Em se tratando de uma monografia de conclusão de curso de graduação em enfermagem, resolvi investigar o significado desta palavra, indo a alguns dicionários: em Bueno (1996, p. 161) “contexto é um conjunto; texto geral” e para Ferreira (1986, p. 464) “contexto é o todo, a totalidade”.

Neste sentido, de acordo com Waldman (1999), a enfermagem no contexto de pessoas com diferentes orientações culturais e estilos de vida específicos deve compreender o papel da cultura no processo de saúde e doença, essa deve ser vista em seu contexto particular, ou seja, um contexto que

[...] se compõe de elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos, num certo período de tempo, num dado grupo de pessoas. Contexto que não pode ser considerado homogêneo, que possibilite generalizações no que se refere a explicações sobre crenças ou comportamentos relacionados, principalmente, com os cuidados de saúde, pois esses podem expressar um conjunto de hábitos, valores e padrões culturalmente próprios de um grupo de pessoas (WALDMAN, 1999, p. 65).

George (2000) refere que Leininger foi a primeira enfermeira no mundo a obter um doutorado em antropologia, observando os indivíduos dentro de seu contexto particular e utilizando pela primeira vez, os termos “enfermagem transcultural” e “etnoenfermagem”.

¹⁰KNOWL DEN, Virgínia. **Nurse Caring as Constructed Knowledge**. Denver, June 1988. p. 17-18, Palestra proferida na Caring and nursing explorations in the feminist perspectives. Mimeografado.

Leininger¹¹ (apud GEORGE, 2000, p. 286), levando em conta o contexto individual e os valores culturais das pessoas, definiu a enfermagem transcultural como:

Um subcampo ou ramo oculto da enfermagem que focaliza o estudo comparativo e a análise de culturas, no que diz respeito a enfermagem e às práticas de cuidado à saúde-doença, crenças e valores, buscando a oferta de serviços de cuidado em enfermagem significativos e eficazes às pessoas, de acordo com seus valores culturais e contexto de saúde-doença.

Definiu também a etnoenfermagem como:

O estudo das crenças, valores e práticas de cuidado em enfermagem, tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura, através de sua experiência direta, crenças e sistemas de valores (LEININGER¹¹ apud GEORGE, 2000, p.287).

Gonçalves (2001, p.17) definiu em seu estudo o termo crenças como: “idéias ou opiniões que a pessoa possui e que são consideradas como verdadeiras a partir do que é afirmado ou realizado por alguém ou pelo grupo do qual ela faz parte”.

Em suas pesquisas Leininger¹² (apud WALDMAN, 1999) estava interessada em descobrir como os fatores da estrutura social, como parentesco, política, religião e outros valores culturais específicos influenciaram ou estruturaram as práticas de cuidado nas sociedades humanas. Por isso, ressaltava o ponto de vista antropológico na enfermagem, importante para assimilar o papel e as atividades de cuidado nas diferentes culturas.

Desde a infância as pessoas são educadas, através da família, amigos, vizinhos, professores e outros, a se cuidarem conforme determinados padrões culturais. Cuidar ou não de si mesmas, de seus semelhantes e do ambiente natural que as cerca, tem-se refletido sobre sua qualidade de vida e, conseqüentemente, em sua saúde (LEININGER¹² apud WALDMAN, 1999).

¹¹ LEININGER, M. (1979). **Transcultural nursing**. New York: Masson (esgotado).

¹¹ Idem.

¹² LEININGER, M. **A relevant nursing theorie: transcultural care diversity and universality**. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1985, Florianópolis. Anais... Florianópolis: UFSC, 1985a.

¹² Idem.

Os sistemas de saúde popular e profissional têm uma interação efetiva em relação às pessoas assistidas. Para Leininger¹² (apud WALDMAN, 1999) é a partir disso que ocorre rompimento da tradição imposta pelo modelo biomédico, no qual as pessoas são tratadas de maneira uniforme, a partir de suas doenças, sem considerar suas diferenças.

A ação de enfermagem em contexto, considera a união dos modos de cuidar do profissional com aqueles próprios do paciente. Tal ação, propicia a base para três modos de decisões e ações de atendimento de enfermagem:

- a) preservação ou manutenção do cuidado cultural refere-se àquelas ações e decisões profissionais, de assistência, apoio, facilitadoras ou de capacitação que ajudam pessoas de uma determinada cultura a reter e/ou preservar valores culturais relevantes desde que eles possam manter seu bem-estar, curar doenças ou enfrentar incapacitações e morte.
- b) ajustamento ou negociação do cuidado cultural refere-se àquelas ações e decisões profissionais de assistência, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se, ou negociar com, para uma saúde benéfica ou satisfatória com profissionais provedores de cuidado.
- c) repadronização ou reestruturação do cuidado cultural refere-se a todas as ações e decisões profissionais de assistência, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam clientes a reordenar, trocar, ou modificar seus modos de vida para novos, diferentes e benéficos padrões de cuidado de saúde, enquanto respeita os valores e crenças culturais dos clientes e ainda permitindo um benefício ou saudável modo de vida que depois das trocas, ficam ratificados com os clientes (LEININGER¹³ apud GEORGE, 2000, p.300).

Para George (2000), Leininger preocupa-se com a possibilidade da enfermeira estar envolvida num choque cultural ou numa imposição cultural.

Segundo a autora, choque cultural pode resultar, quando um estrangeiro, por exemplo, tentar compreender um grupo cultural diferente, ou adaptar-se efetivamente a ele. O estrangeiro, provavelmente experimentará desconforto e desamparo, pois haverá diferenças nos valores, crenças e práticas culturais. O choque cultural pode ser reduzido, através da busca de conhecimento acerca desta cultura.

¹² Idem.

¹³ LEININGER, M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: Leininger, 1991.

Para Waldman (1999) a imposição cultural se refere à tendência do profissional a impor seus valores, sem estar atento aos valores e crenças do cliente.

De acordo com Leininger¹² (apud WALDMAN, 1999), as culturas originam valores que são geralmente mantidos por longos períodos de tempo e servem para orientar a tomada de decisões dos membros dessas culturas. Os valores culturais são as forças que comandam ou dão sentido às ações de cuidar e constituem o padrão cultural de comportamento que se transmitirá por várias gerações em uma cultura.

Para Helman (1994), na área da saúde é importante se observar os fatores genéticos, físicos, sócio-culturais e psicológicos do comportamento humano para que se compreenda o motivo de um indivíduo desenvolver determinada doença em determinado momento. Porém, variáveis como classe social, posição econômica, gênero, eventos da vida, crenças e práticas culturais podem estar correlacionadas com a distribuição de determinadas doenças.

Assim, segundo Waldman (1999), os profissionais de enfermagem têm interesse em realizar uma prática contextualmente adequada, sem deixar de ser científica, ao procurarem mudar normas profissionais tradicionais, considerando os modos multiculturais e diversos de realizar cuidados de saúde. A autora expõe ainda:

Cuidados que indo além da atenção às necessidades físicas, emocionais e sociais da pessoa, tragam a satisfação global pela atenção ao seu potencial cultural de pensar, planejar e agir. Isso tudo no sentido de promover, manter ou recuperar-lhes a saúde, favorecendo, assim, melhores condições para desenvolverem seu processo de viver (WALDMAN, 1999, p. 66).

Por tudo isso, para Padilha (1994) a visita domiciliar como método de trabalho da enfermagem, junto as famílias tem as seguintes vantagens:

- a) proporciona a observação e o conhecimento do indivíduo dentro do seu verdadeiro contexto de meio ambiente, caracterizado pelas condições de habitação, de higiene, saneamento básico e pelas relações afetivas e sociais, entre os vários membros da família;

¹² Idem.

- b) facilita a adaptação do planejamento da assistência de enfermagem conforme a situação sócio-econômica familiar;
- c) assegura a possibilidade de adequar a prática assistencial às terapias alternativas.

Uma vez que o atendimento ocorre em casa, a família é a unidade de saúde que desempenha papel fundamental na execução das tarefas. Pelo fato do atendimento dar-se na comunidade, as características sócio-econômicas, culturais, políticas e ambientais da comunidade influenciam as atividades de atendimento domiciliar (HOOD e DINCHER, 1995).

A enfermeira é considerada de fundamental importância neste contexto social, realizando a visita domiciliar que configura:

[...] uma atividade desenvolvida desde a antigüidade, estando porém mais atual a cada dia que passa [...] e ela é redescoberta como resposta à necessidade de se prestarem cuidados aos pacientes em suas próprias casas, quer por falta de instituições hospitalares, quer pela dificuldade financeira deles frente a esta situação e até mesmo pelos altos custos relativos aos tratamentos e permanência hospitalares (CUNHA¹⁴ apud LACERDA, 1996, p. 15).

A visita domiciliar institucionalizada, no Brasil, tem seu marco inicial em 1919, com a criação de um Serviço de Visitadoras no Rio de Janeiro, que surgiu para responder à necessidade de controlar as doenças endêmicas existentes. Nesta mesma época, Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, trouxe ao Brasil enfermeiras americanas para formar pessoal de saúde destinado a auxiliar em problemas como tuberculose, cólera, febre tifóide e outras epidemias. Tal iniciativa incluiu a visita domiciliar como atividade de Saúde Pública (MAZZA¹⁵ apud VIEGAS, 2001).

Em 1942, foi criada a fundação SESP, que objetivava promover o saneamento das regiões Amazônica e do Vale do Rio Doce, afetadas pela febre amarela e malária. A assistência prestada era, predominantemente, domiciliar,

¹⁴ CUNHA, Isabel C.K.O. **Organização de serviços de assistência domiciliária de enfermagem**. 1991. ca.110p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, UFSP, São Paulo, 1991.

¹⁵ MAZZA, Márcia M.P.R. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. São Paulo. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Disponível em: <<http://www.fsp.usp/MAZZA.htm>>. Acesso em: 20 out. 99.

sendo realizada por pessoal de nível médio ou pelas visitadoras sanitárias, que eram supervisionadas por enfermeiras (VIEGAS, 2001).

Bastos¹⁶ (apud VIEGAS, 2001) acredita que a visita domiciliar assegura uma estratégia preventiva em Saúde Pública e constitui-se em um instrumento eficiente para trabalhar com a família na promoção e detecção de suas necessidades de saúde e valorização da qualidade de vida.

Para Collière¹⁷ (apud LACERDA, 1996), os cuidados de enfermagem realizados através do processo de cuidar, podem ser percebidos conforme três vertentes: as que dizem respeito ao paciente, as que dizem respeito a sua doença, as que dizem respeito aos que o cercam e ao seu meio. Assim, a família é um elemento participante do cuidado no domicílio.

A família não é apenas o elo afetivo mais forte dos pobres, mas constitui o núcleo da sobrevivência das classes populares (CREUTZBERG, 2000).

Pelos pobres considerarem a família lugar de proteção, entendem que o melhor lugar para o cuidado ao idoso fragilizado é na família (CREUTZBERG, 2000).

Por isso, essa perspectiva está relacionada, entre outras, à noção que a família é a instituição mediadora principal entre o indivíduo e a sua realidade circundante (AYÉNDEZ¹⁸ apud CREUTZBERG, 2000).

Assim é de extremo valor a união do profissional com a família uma vez que essa, de uma maneira geral, "é quem arca com a responsabilidade de continuar controlando e cuidando da saúde de seus membros [...]" (ANDRADE, MARCON e SILVA, 1997, p. 123). Nesta perspectiva, necessita de apoio da enfermeira quem entre outros profissionais da saúde, "está na posição mais indicada para promover e orientar o cuidado diário e a manutenção dos idosos fragilizados [...]" (GONÇALVES,

¹⁶BASTOS, N.B. **Educação sanitária: fundamentos objetivos e métodos.** Rio de Janeiro: Fundação Especial de Saúde Pública, 1963.

¹⁷COLLIÈRE, Marie F. Invisible care and invisible women as health care-providere. **International Journal of Nursing Studies.** v.23, n.2, p.95-112, 1996.

¹⁸AYÉNDEZ, Melba S. El apoyo social informal. In: PEREZ, Elias et al. **La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa.** Washington: Organización Panamericana de la Salud. 1994. p. 361-368. Publicación Científica n. 546.

SILVA e PFEIFFER, 1996, p.39)), dentro do contexto domiciliar que é permeado de sentimentos e valores da família como um todo.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo observou a orientação da pesquisa qualitativa. Em sua trajetória utilizou-se o referencial da pesquisa convergente-assistencial conforme proposta de Trentini e Paim (1999). Este tipo de pesquisa mantém, durante todo processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social.

A pesquisa convergente-assistencial é conduzida para descobrir realidades. Se caracteriza como um trabalho de investigação porque se propõe a refletir sobre a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto. O ato de assistir/cuidar cabe como parte do processo da pesquisa que valoriza o saber pensar e o saber fazer do pesquisador. Portanto, este tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado (TRENTINI e PAIM, 1999).

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O contexto social do estudo constituiu-se pelo Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC) e pelos domicílios dos clientes pertencentes à sua área adstrita.

A seguir, apresento as características de tal contexto:

O CSVC é um serviço da rede pública de saúde. Trata-se de uma unidade de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, localizada na Vila Cruzeiro. O CSVC é caracterizado como um posto de grande porte, de acordo com a caracterização do Ministério da Saúde para aqueles serviços que possuem uma equipe diversificada e complexa, tendo como área de abrangência uma população que varia, em média de 10000 a 16000 habitantes, podendo chegar até 50000 (RAMOS e LIMA, 2000). É constituído pelo Ambulatório Básico que compreende: área 08 - vacinas, injeções, nebulizações e verificação de pressão arterial; área 10 – clínica médica e gineco-obstetrícia; área 17 – pediatria, fonoaudiologia e nutrição; pelo Ambulatório Especializado que compreende: área 11 – cardiologia e ortopedia; área 18 – endocrinologia, neurologia, ortopedia, dermatologia e nefrologia e área 19 – atendimento dentário, oftalmologia e atendimento para ostomizados e pelo Serviço de Pronto Atendimento.

Os domicílios dos clientes pertencentes a área adstrita do CSVC são geralmente de famílias de baixa renda e multigeracional. Na sua maioria, são construções de alvenaria atendidas pelo saneamento básico de água, luz e coleta de lixo, as quais praticamente se fundem nas estruturas, caracterizando várias residências num mesmo terreno. O terreno, em declive, é irregular. Os pátios, quando existem, são pequenos e úmidos. É comum nestes locais a existência de cachorros, gatos, galos, patos e outros animais domésticos. As ruas, em sua maior parte, não possuem asfalto constituindo-se em becos e ruelas. A região é suprida por transporte público e está localizada na Zona Sul de Porto Alegre.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo representam 5 familiares cuidadores de 3 idosos seqüelados de AVC. Nesse sentido foram considerados familiares cuidadores aquelas pessoas que mantêm laços de parentesco com o idoso, sem necessariamente ser de consangüinidade. A seguir, apresento as características dos mesmos, relacionando-os com os idosos clientes do CSVC.

Procurando atender os princípios éticos da pesquisa com seres humanos os participantes e os idosos serão identificados com apelidos.

4.4 DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES E SEUS CONTEXTOS

Negrinha e Nani – familiares cuidadoras de Cira

Negrinha é a filha mais velha de Cira. Tem 49 anos e três filhas, atualmente com 12, 17 e 22 anos de idade. Separada do marido há vários anos, trabalha como empregada doméstica para prover o sustento do domicílio.

Na mesma casa que é alugada vivem sete pessoas: Negrinha com suas três filhas, um irmão de Negrinha que tem 42 anos, Cira e seu esposo.

Cira tem 66 anos é portadora de seqüela de AVC com paresia à direita, ocorrido há 2 anos. A idosa é casada há 50 anos e vive com o marido de 75 anos, debilitado por uma recente retirada de tumor do estômago. O casal teve seis filhos.

Os familiares cuidadores são representados por Negrinha e Nani, sua filha de 12 anos, que se revezam nos cuidados aos idosos, especialmente à Cira.

Os outros filhos do casal de idosos visitam-nos esporadicamente e contribuem com a provisão de dinheiro para táxi ou acompanhando a idosa em consultas no posto de saúde.

Nena – familiar cuidadora de Teno

Nena e Teno são casados há 36 anos. O casal teve onze filhos.

Nena é católica e freqüentemente vai à Igreja.

Teno tem 60 anos de idade, portador de seqüela por infarto agudo do miocárdio e AVC. Apresenta diminuição de força de membros inferiores, principalmente o direito, diminuição de força do membro superior direito e disartria.

No domicílio do casal moram um de seus filhos com 20 anos, a nora de 19 anos e dois netos de 2 e 12 anos, sendo que este último é criado por Teno e sua cuidadora.

Seis dos filhos do casal moram na Vila dos Comerciários, próximo à casa dos pais e visitam-nos, principalmente em finais de semana e datas comemorativas. Entretanto, dois desses filhos contribuem com a provisão de alimentos, calçados e roupas.

Nilde e Tuca – familiares cuidadoras de Xixom

Nilde, 30 anos, solteira. É a filha mais nova de Xixom. Tem um filho com 2 anos de idade. No momento está desempregada.

Xixom tem 62 anos de idade. Sofreu um AVC há um ano e apresenta paresia à direita. A idosa mora com a filha Nilde e o neto de 2 anos. Tem outros dois filhos: uma de 32 anos e um de 35 anos. Tuca é a filha de 32 anos, casada. Tem uma filha de 14 anos de idade. Moram próximas do domicílio de Xixom.

Separada do marido há vários anos a idosa é cuidada pelas filhas Nilde e Tuca que dividem as tarefas para prestação de cuidados inclusive, no que se refere a provisão de materiais e medicamentos.

O contexto domiciliar, cenário deste estudo, pode ser considerado o de famílias pobres, como fica evidente nas seguintes descrições:

O domicílio de Negrinha, Nani e Cira – A casa é de tamanho médio, alugada, tem seis cômodos: a cozinha, o banheiro, a sala e três quartos, isso por que a sala foi dividida dando lugar a um quarto. Os móveis são simples.

As paredes são de madeira, envelhecidas e sem pintura. O piso também é de madeira. O forro em algumas partes da casa está caindo. Tem canalização de água, esgoto e rede elétrica. A água do tanque escorre pelo pátio.

O domicílio de Nena e Teno – A casa de Nena é de alvenaria e fica num beco estreito onde as construções, em sua maioria, são de madeira e folhas de compensado.

A casa tem cinco peças: uma sala, uma cozinha, dois quartos e um banheiro. Um dos quartos serve de residência para um de seus filhos, têm todos os móveis como fogão, cama, guarda-roupa, armário de alimentos, só não possui geladeira, mas eles usam a de Nena. Neste quarto moram também a nora e o neto de Nena com dois anos.

O banheiro fica fora de casa. As condições de higiene interna e externa são boas.

Os móveis são antigos. Na sala somente um sofá, uma cadeira velha, uma mesa e uma cômoda.

As paredes não têm pintura e não há forro. O piso é de lajota. Tem canalização de água, esgoto e rede elétrica.

O domicílio de Nilde e Xixom– Quanto as condições de moradia fica clara a precariedade. A casa fica numa lomba e é de madeira está, inacabada e com falhas na construção tendo vários buracos nas paredes. Tem três cômodos: uma sala que também serve de cozinha e dois quartos. Não há banheiro, usam o da vizinha.

As paredes não têm pintura e não existe forro. O piso é de madeira. Não há canalização de água e esgoto, mas possui rede elétrica.

Para entrar na casa é necessário subir uma escada de madeira com degraus de diferentes alturas.

Quase no pátio do vizinho fica o tanque de onde a família pega água.

4.5 COLETA DAS INFORMAÇÕES

De acordo com as recomendações da pesquisa convergente-assistencial a fase da coleta das informações observou os seguintes aspectos:

a) entrada no campo: foi solicitada oficialmente a permissão às chefias do CSVC (ANEXOS A, B, C) para a realização do estudo com a clientela adstrita à instituição, especialmente aquela cadastrada no serviço de clínica médica devido ao evento AVC.

b) busca ativa: foi realizada uma reunião com os profissionais do serviço de clínica médica do CSVC com a finalidade de expor-lhes os objetivos do estudo. Na ocasião, foi-lhes entregue um formulário (ANEXO D) para orientá-los na indicação de possíveis participantes. A partir das indicações dos médicos, procurei formular aos pacientes o convite de participação na pesquisa;

c) estratégia para a coleta de informações: foram realizadas 15 visitas domiciliares às famílias de 3 idosos. Foi utilizada a técnica da observação participante, observando o referencial de André (1995, p. 28), o qual "o pesquisador tem sempre um grau de interação com a situação estudada, afetando-a e sendo por ela afetado". Foi utilizada também a entrevista aberta ou informal aconselhada por Trentini e Paim (1999), conduzida através do diálogo a partir de contatos repetidos ao longo de um mês e sete dias. Foram realizados 5 encontros com cada família, com duração média de 40 minutos cada um. As informações e as anotações foram registradas em um diário de campo. Durante as visitas procurei interagir com os membros da família e observar a dinâmica do cuidador com o idoso, estabelecendo um diálogo cordial, propício para o desenvolvimento da entrevista, observando a formulação de perguntas geradoras de informações, tais como:

- O que você sabe sobre o AVC?
- Como você cuida do seu familiar idoso?
- Quais as dificuldades para prover o cuidado ao idoso?

4.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Essa fase desenvolveu-se simultaneamente à coleta de informações. Para tanto, foram observadas as recomendações de Trentini e Paim (1999) para analisar as informações, observando o enfoque narrativo qualitativo para contextualizar as situações descobertas, tendo por base a análise de conteúdo de Bardin (1977) e utilizando a técnica da análise temática operacionalizada em suas três fases:

- Pré-análise: compreendeu a ordenação das informações quando os registros do diário de campo foram organizados e submetidos à leitura determinando-se unidades de registro;
- Exploração do material: quando a leitura das mensagens buscou a compreensão do texto e a agregação das unidades de registro em unidades de significação;
- Interpretação inferencial: possibilitou a interpretação dos conteúdos manifestos nas unidades de significação.

Visando atender as recomendações da modalidade de pesquisa convergente-assistencial (TRENTINI e PAIM, 1999) as unidades de significação foram reanalisadas sob a luz do referencial teórico e das percepções da pesquisadora, com vistas a se atingir o movimento de convergência que representou a ação de desenvolver o processo educativo com os familiares cuidadores no sentido de capacitá-los para o cuidar do idoso seqüelado de AVC no domicílio. Tal movimento de convergência foi denominado Temas de Convergência e é apresentado em capítulo próprio.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Foram observados os aspectos eticamente corretos para projetos de pesquisa com seres humanos (GOLDIM, 2000).

Este trabalho foi revisado e aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre em 19/07/02 (ANEXO E), n. de protocolo 01.033335.02.8.

Os familiares cuidadores dos idosos foram convidados a participar do estudo, mediante o Termo de Consentimento Informado (GOLDIM, 2000) conforme ANEXO F.

Foi realizada a leitura deste Termo de Consentimento para os participantes, ficando uma cópia com cada participante e outra com o pesquisadora, após as devidas assinaturas.

Segundo Goldim (2000), o Termo de Consentimento Informado é todo um processo de informação, onde é importante o fornecimento adequado de informações prévias e o esclarecimento de dúvidas durante os contatos entre o pesquisador e a pessoa que está sendo convidada a participar de uma pesquisa.

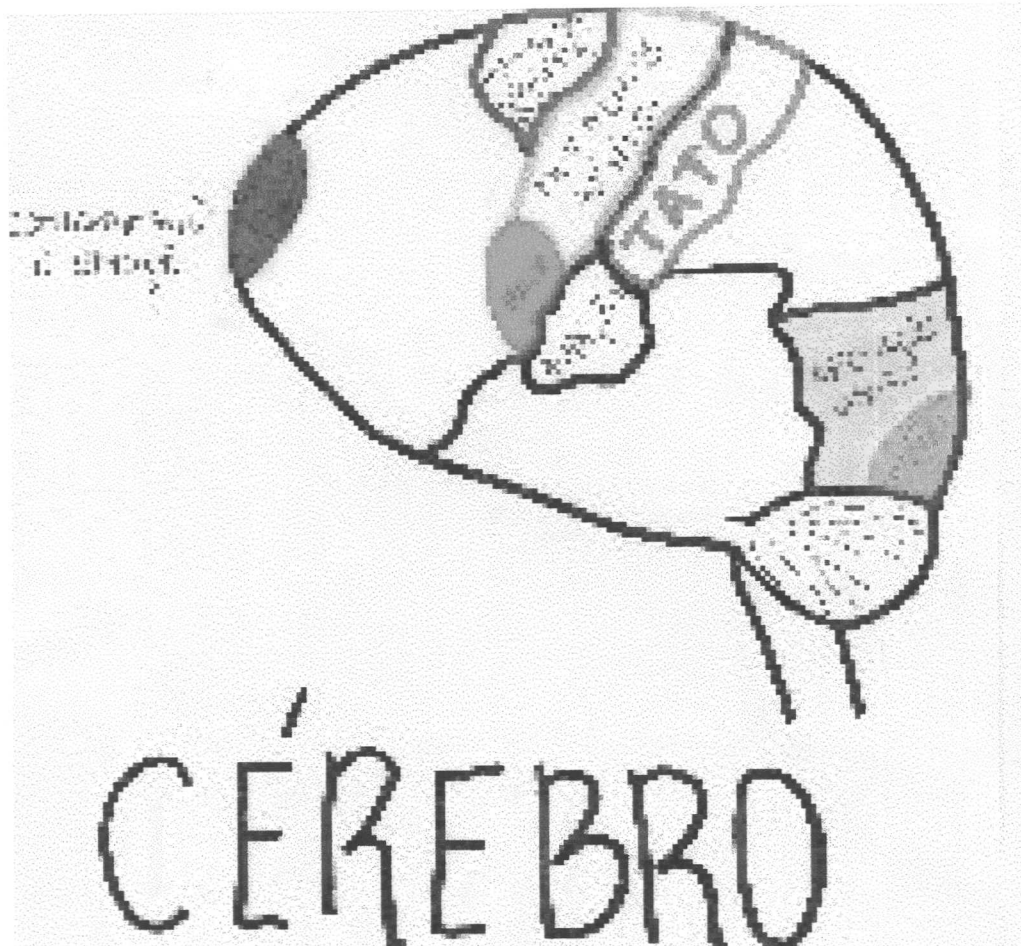
Foi respeitada a vontade dos participantes no sentido de estabelecer os horários e a periodicidade das visitas domiciliares, uma vez que a pesquisadora se preocupou em não invadir a privacidade das famílias.

5 TEMAS DE CONVERGÊNCIA

Da análise e interpretação transversais das informações dos familiares cuidadores acerca do cuidado ao idoso seqüelado de AVC em contexto domiciliar surgiram descobertas, aqui identificadas como unidades de significação, que geraram os temas de convergência apresentados a seguir; a partir da exposição do quadro de referência convergente assistencial:

| UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO | TEMAS DE CONVERGÊNCIA |
|--|--|
| <i>NUNCA OUVI FALAR</i> | <i>ESCLARECENDO SOBRE O AVC</i> |
| <i>FAÇO O QUE POSSO</i> | <i>APOIANDO O FAMILIAR CUIDADOR</i> |
| <i>A BENGALA ELA NÃO PEGA NEM QUE REZE</i> | <i>MOTIVANDO O IDOSO E SEU FAMILIAR CUIDADOR</i> |

ESCLARECENDO SOBRE O AVC



NUNCA OUVI FALAR

* Desenho elaborado pela pesquisadora e utilizado no movimento convergente-assistencial de pesquisa com os idosos e seus familiares cuidadores.

Este tema de convergência está relacionado com a unidade de significação **Nunca ouvi falar** identificada a partir da análise e interpretação dos conteúdos expressos e latentes dos participantes.

Nos três domicílios visitados percebeu-se o desconhecimento do que é o AVC pelos familiares cuidadores. Isso foi observado durante a realização das visitas domiciliares e expresso pelos sujeitos da pesquisa nas entrevistas, conforme se identifica: “AVC não é derrame. Me falaram que AVC é uma veia que seca no cérebro” (NANI, encontro 1); “Nunca ouvi falar em AVC” (NENA, encontro 1); “Meu avô também teve um derrame, mas não sei o que é. Até hoje eu não sei o que a mãe (Xixom) tem” (NILDE, encontro 1); “Sinceramente eu não sei o que é o derrame” (TUCA, encontro 2); “Eu acho que AVC é a pressão alta” (TUCA, encontro 2).

A descoberta do desconhecimento sobre o AVC não provocou surpresa, uma vez que é de domínio público que a grande maioria da população desconhece, muitas vezes, as informações mínimas sobre as doenças que padecem.

Em um projeto de assistência domiciliar desenvolvido em Maringá, foram visitadas setenta e sete famílias, das quais quarenta e sete desconheciam informações a respeito da doença crônica de um de seus membros (MARCON et al., 2000).

Apesar de os idosos freqüentarem as consultas com os médicos clínicos no posto de saúde, de terem sido atendidos em emergências públicas e sofrido internações hospitalares, constatou-se que os mesmos não receberam muitas orientações a respeito da doença. Os familiares cuidadores, em função disso, demonstraram descontentamento em seus depoimentos: “Os médicos não nos dizem o que é o derrame, só mandam procurar um neurologista” (NILDE, encontro 1); “Declarou no Vila Nova que era um AVC e não nos explicaram o que estava acontecendo” (NEGRINHA, encontro 1).

Como se pode notar é evidente a despreocupação dos profissionais da saúde, principalmente os médicos, em orientar os familiares que se transformam em cuidadores dos idosos quando estes permanecem no domicílio.

Nesse sentido, a pesquisa intitulada “Estudo do suporte domiciliar aos adultos com perda da independência e perfil do cuidador principal”, realizada no município de São Paulo, no período de 1991 à 1995, mostrou que pessoas com idade acima de 50 anos que sofrem um AVC têm alta hospitalar, geralmente, sem nenhuma orientação aos familiares e com muita pouca informação sobre o ocorrido (FELGAR, 1998).

Henckemaier (2002) confirma esta situação quando comenta que ao atuar em um setor de emergência, pode verificar que os profissionais da saúde estão mais voltados para atender os indivíduos, principalmente em situações de urgência e emergência, ou seja, possuem um enfoque voltado à patologia. Deixam para segundo plano às pessoas que estão ligadas ao paciente por fortes e profundos vínculos, geralmente os familiares, os quais gostariam de participar do cuidado, receber orientações e apoio que lhes amenizem a angústia da situação da doença.

Mesmo com esta pouca informação fornecida, dois familiares cuidadores identificaram a pressão alta como um fator de risco para o AVC: *“Dá derrame de coração e de cabeça em quem tem pressão alta, então ele (Teno) tem risco de ter outro derrame”* (NENA, encontro 1); *“Quem tem pressão alta eu acho que pode ter derrame. A mãe (Cira) parou de tomar o remédio para pressão alta e daí teve derrame”* (NEGRINHA, encontro 1).

Barreto (1990) ; Medina, Shirassu e Goldfeder (1998) definem como fatores de risco para acidentes cerebrovasculares doenças como hipertensão, diabetes mellitos, cardiopatias e uma história de AVC prévio.

A pesquisa de Felgar (1998) constatou que quase 50% dos indivíduos acometidos de AVC são hipertensos e que mais de 14% são portadores de cardiopatias, configurando os chamados fatores de risco do AVC.

Como se pode observar, os familiares cuidadores do presente estudo também associaram o AVC à hipertensão arterial.

Inclusive, em um trabalho desenvolvido com cinco famílias em um bairro de classe média da cidade de Santa Maria no ano de 1995, foi consenso entre os familiares de mulheres hipertensas que a pressão alta tem como pior consequência o AVC, podendo também levar a doenças cardiovasculares (CERESER, 2002).

Após o evento do AVC os familiares cuidadores perceberam mudanças na imagem corporal do doente: *“De noite no mesmo dia, ela (Cira) ficou tonta e não podia se movimentar”* (NANI, encontro 1); *“[...] daí ficou com um problema na língua e caminhava tremendo (imita a forma do caminhar) [...] ele (Teno) ficou como está assim”* (NENA, encontro 1); *“Em maio agora, ela (Xixom) teve outro derrame que ficou com a boca torta e chegou a contorcer os braços. Três dias depois ela ficou mau e daí só entortou a boca”* (NILDE, encontro 1); *“Ficou com um problema na perna para caminhar”* (TUCA, encontro 1).

Carraro (1997) em sua Dissertação de Mestrado procurou responder ao seguinte questionamento: O que significa para o familiar o estado de inconsciência do seu paciente? Sua pesquisa desenvolveu-se em dois hospitais públicos de Porto Alegre, onde identificou as percepções dos familiares acerca do corpo e da imagem do doente. Descobriu que para a família existem seqüelas no corpo e paralização de algumas partes ou até mesmo do corpo todo do doente.

Assim acontece no AVC, no qual o paciente pode apresentar algumas alterações motoras como por exemplo, paresia ou hemiplegia, as quais tornam-se visíveis aos olhos dos familiares (SANTOS, 2001; MENDES, 1998). Esse fato pode gerar angústia e incertezas para o paciente e familiares, uma vez que não se encontram suficientemente esclarecidos sobre o problema.

É no contexto do domicílio que as dificuldades podem ser amenizadas com a atuação da enfermeira, principalmente no que se refere à orientação destas famílias (MARCON et al., 2002).

Considerando as situações descobertas na vivência com os familiares cuidadores e seus idosos portadores de seqüela de AVC, procurei realizar na

terceira visita domiciliar, um movimento de convergência, adequando às necessidades de orientação da família com a prática de enfermagem, conforme a realidade de cada contexto observando o referencial teórico eleito.

Nas orientações realizadas com as três famílias empreguei termos da linguagem comum respeitando porém, a cientificidade das informações. Substituí, por exemplo, palavras como "artérias" e "vasos" por "veias", por ser do entendimento das famílias. Utilizei o termo "derrame" por assim ser conhecido popularmente o AVC (KARSCH, 1998).

No domicílio de Xixom, as familiares cuidadoras realmente desconheciam a doença da idosa, o que foi comprovado no questionamento de uma delas: *"Então, no caso, a mãe teve mesmo um derrame? Sabe, porque nunca nos falaram, isso que já estivemos em vários hospitais"* (NILDE, encontro 3). Inclusive, tentaram procurar explicações para o ocorrido:

A mãe ficou assim também porque teve muitas decepções na vida: o filho dela é ex presidiário, tem um homicídio e ficou sete anos preso. Às vezes, ela não tinha dinheiro para ir lá visitá-lo em Charqueadas. Depois o ex marido dela trocou ela por outra mulher e foi morar no Rio de Janeiro. E por último, a minha irmã se envolveu com uma pessoa aí (NILDE, encontro 3).

Neste momento sentada numa poltrona, expliquei que Xixom teve mesmo um derrame ou AVC e apresentei a figura de um cérebro, conforme pode ser visualizado a seguir (fig. 1) , orientando que o AVC é quando uma veia do cérebro entope ou estoura. Com isso, o sangue de uma de suas partes é cortado. Como cada parte cerebral é responsável por uma função do corpo, no local onde o AVC aconteceu as funções ficam descontroladas.

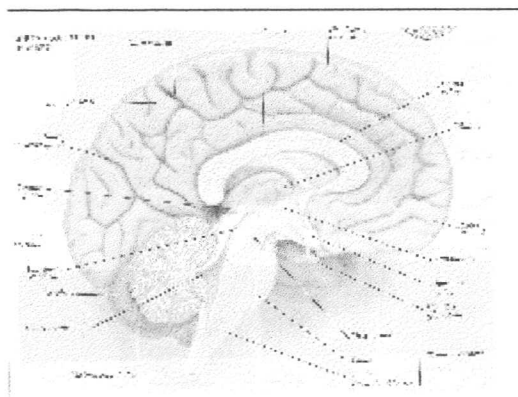


Figura 1: Figura representativa de um cérebro

Fonte: ATLAS VISUAIS: o corpo humano e animais. Porto Alegre: Zero Hora, 1995. 1 atlas (128p.), color.

Então, mostrei um desenho do cérebro (fig. 2) por mim elaborado, que está representado a seguir, identificando algumas funções corporais e associando com o caso específico da idosa. Esclareci que as funções que foram prejudicadas em Xixom foram as responsáveis pelos movimentos corporais e que por isso, ela tem dificuldade para caminhar.

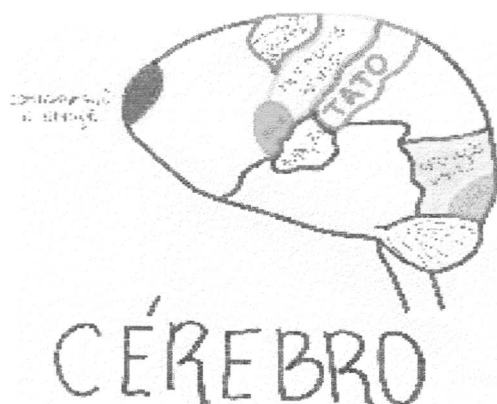


Figura 2: Desenho do cérebro elaborado pela pesquisadora.

Perguntei para uma das familiares cuidadoras se ela havia entendido e para minha surpresa sua resposta foi: *"Na realidade não"* (TUCA, encontro 3).

A partir de então, utilizei outras formas de comunicação como levantar da poltrona, gesticular, associar o entupimento de uma artéria ou vaso com uma

mangueira de água entupida em que a água não passa, e uma hemorragia cerebral com um derramamento de sangue.

Silva (2000) refere que a comunicação não é somente verbal, mas são todos os sinais transmitidos através de nossas expressões faciais, do nosso corpo, da nossa postura corporal, da distância que mantemos entre as pessoas, a nossa capacidade e jeito de tocar e usar determinada roupa.

Levantei da poltrona e expliquei novamente: o AVC ou derrame é quando pelo menos uma veia do cérebro entope não deixando o sangue passar, como uma mangueira de água que entope e a água não passa ou como o próprio nome derrame diz, quando há um derramamento de sangue em uma parte do cérebro. Com isso, essa parte fica descontrolada. Em Xixom a parte cerebral atingida foi à direita que é responsável pelos movimentos do lado esquerdo do corpo.

Observei que Xixom estava atenta nas orientações, com o olhar fixo em mim.

Quando questionadas novamente sobre o que haviam entendido as familiares cuidadoras expressaram: *“O derrame é quando uma veia do cérebro entope ou estoura e que depois disso, a mãe ficou com o lado esquerdo do corpo afetado”* (TUCA, encontro 3); *“Agora entendi. É possível que a memória da mãe também esteja prejudicada?”* (NILDE, encontro 3).

Inclusive, como se pode observar, uma das cuidadoras associou o AVC a perda de memória da idosa.

Expliquei que é possível que a memória de Xixom esteja prejudicada, pois a medida que envelhecemos vamos tendo um desgaste normal da memória e o AVC ou derrame de Xixom aconteceu no lado direito do cérebro que também é responsável por esta função.

Para o alívio da cuidadora: *“A mãe esquece das coisas de agora e do passado. Agora me sinto mais tranqüila, pois isso eu não entendia”* (NILDE, encontro 3).

No quarto encontro com esta família procurei indagar sobre as orientações do anterior e trabalhei as dificuldades de memória da idosa.

Levei alguns exercícios para estimulação da memória, conforme recomendação de Giesen e Garcia (1993) e orientei que as familiares cuidadoras podem pedir a idosa nomes de cantores, flores, começando por uma determinada letra. Expliquei que estimular é manter a mente ativa. Para isso, apresentei os exercícios, preocupando-me se Xixom os havia entendido. A idosa leu os enunciados, demonstrando entendimento.

Uma das familiares cuidadoras ficou surpresa com a atividade falando: "*Vou ajudar a mãe nas tarefas*" (TUCA, encontro 4).

Zimerman (2000) refere que a maneira mais eficaz de fazer com que o idoso tenha mais qualidade de vida, a aceitação e a inserção na sociedade é a estimulação. O que acontece é que, se estimulado, o velho ganha auto-estima, fica mais esperto, mais participativo, começa a se envolver mais nas questões que o rodeiam, reivindica, reclama.

Para Ferrari (2000) no atendimento domiciliário do idoso, com frequência nos deparamos com queixas de esquecimentos por parte dos mesmos. Os familiares cuidadores sentem-se constrangidos e muitas vezes incapazes de dar uma resposta, e até mesmo sentem-se sem condições de lidar com este problema.

Por isso, também é preciso que as atividades, os exercícios, sejam do interesse do idoso, aplicados às suas necessidades cotidianas e que correspondam ao seu nível de capacidade (FERRARI, 2000).

No domicílio de Xixom foi utilizada conforme Leininger¹³ (apud GEORGE, 2000) dois modos de atendimento de enfermagem que são explicados a seguir:

- a) quando uma das familiares cuidadoras se disponibilizou a ajudar a idosa nas tarefas, foi utilizado o ajustamento ou negociação do cuidado, uma vez que os clientes adaptaram-se com formas simples de estimulação da memória;
- b) quando da indicação do grupo de hipertensos do posto foi feita uma repadronização ou reestruturação do cuidado, ajudando os clientes a

¹³ Idem.

reordenarem seus modos de vida para novos, conhecendo o grupo de hipertensos e incorporando seus esforços para a melhora da saúde.

No domicílio de Teno, também foi evidente o desconhecimento da doença. Sua cuidadora Nena sabia apenas que ele havia sofrido um infarte, como pode ser visualizado: “ *Há mais ou menos 10 anos atrás, né véio?* (o idoso faz sinal de afirmativo com a cabeça) *ele teve uma ameaça de infarte do coração*” (NENA, encontro 1).

Orientei sobre os diagnósticos médicos de infarte e AVC.

Durante a orientação, assim como na família de Xixom, utilizei um vocabulário de termos simples, com o objetivo de promover uma explicação clara, sem deixar de ser científica, troquei palavras como artérias por veias, explicando: o infarte é quando falta sangue em uma área do coração por entupimento de uma veia. O AVC é conhecido também como derrame e acontece no cérebro.

Os idosos observaram a orientação com atenção. Mostrei a figura de um cérebro (fig. 1, p. 44) e eles ficaram impressionados: “*Mas é assim o cérebro? Eu não sabia*” (NENA, encontro 3).

Expliquei que acontece um AVC quando o sangue que alimenta uma parte do cérebro é cortado. Neste instante apresentei um desenho do cérebro (fig. 2, p. 44), identificando as funções corporais. O sangue que alimenta uma parte do cérebro é cortado, quando uma veia entope ou se acontece um sangramento. Como consequência, todas as funções controladas por esta área afetada ficam descontroladas.

Relacionei ao caso de Teno, mostrando as áreas cerebrais responsáveis pela fala e pelos movimentos e associando ao motivo do idoso ter dificuldade por exemplo, para falar e caminhar.

Falei que se o AVC ou derrame aconteceu no lado esquerdo do cérebro, funções da metade direita do corpo ficam prejudicadas. A cuidadora Nena demonstrou entendimento dizendo: “*Por isso que ele tem dificuldade de escrever com a mão direita e o filho tem que ser procurador*” (NENA, encontro 3). Sua

explicação foi ainda mais clara no quinto encontro, quando se identificou uma verdadeira propagadora das informações:

O AVC é quando uma veia do cérebro entope ou estoura. Se dá de um lado do cérebro, prejudica o outro do corpo. E daí esse lado fica esquecido. Isso eu entendi e é muito importante enquanto a gente vive, para cuidar bem. A gente leva adiante, assim são as coisas da saúde, como o evangelho, devemos transmitir aos outros (NENA, encontro 5).

Uma outra situação de cuidado trabalhada nesse tema de convergência foi o problema de voz do idoso.

De acordo com o referencial de Leininger¹³ (apud GEORGE, 2000) a estratégia de cuidado utilizada foi a preservação ou manutenção do cuidado cultural, como pode ser observado:

As pessoas da família acham que ele está bravo por causa da voz dele, mas é porque ele tem dificuldade, daí o som sai alto e ele fica angustiado com a situação, eu tenho que estar perto para ajudar (NENA, encontro 4).

Expliquei à Nena que é importante ela estar junto e que pode orientar os familiares que este é um problema decorrente da doença de Teno. Lembrei que ela pode explicar às pessoas para terem paciência e esperarem a resposta quando fazem perguntas ao idoso.

Para meu encanto a cuidadora completou: *“Esta semana já expliquei para alguns familiares o que aconteceu com o véio e que por isso ele ficou com problema para falar”* (NENA, encontro 4).

No domicílio de Cira as duas familiares cuidadoras desconheciam a doença da idosa como pode ser observado na seguinte afirmação: *“AVC não é derrame”* (NANI, encontro 1).

Expliquei sobre o AVC, seguindo a mesma linha das outras famílias e uma das cuidadoras mencionou o AVC do tipo isquêmico dizendo: *“[...] o médico disse que a mãe teve um isquêmico, uma espécie de isquemia cerebral”* (NEGRINHA, encontro 3).

¹³ Idem.

A cuidadora de 12 anos de idade, Nani, observou atentamente a figura de um cérebro (fig. 1, p. 44) e o seu desenho (fig. 2, p. 44) que representava as funções cerebrais.

Quando as familiares cuidadoras foram questionadas sobre o que entenderam, responderam resumidamente: “ O AVC é quando uma veia entope ou estoura” (NANI, encontro 3); “Entendi que o derrame acontece no cérebro e é quando uma veia entope, assim como aconteceu na mãe” (NEGRINHA, encontro 3).

Aproveitando a oportunidade para esclarecer suas dúvidas, Negrinha perguntou se sua mãe pode estar com depressão? Expliquei que sua mãe pode estar deprimida e se ela não faz as coisas, não é porque seja preguiçosa, mas porque não tem vontade, isso acontece em pessoas que tiveram um AVC.

Negrinha desabafa que já não sabe mais o que fazer diante do fato de que sua mãe se mostra triste e pouco colaborativa, parecendo que não quer se cuidar, conforme se percebe na fala:

Não sei mais o que fazer, é a mãe e o pai para cuidar [...] e a mãe não se ajuda, ela diz que não sai da cama porque não quer. A gente tem que ajudar até para ela sair da cama, ela se segura forte, às vezes a gente até se desequilibra (NEGRINHA, encontro 1).

Neste momento Negrinha começa a chorar e Nani olhando o desespero de sua mãe também chora: “Depois da janta ela fica deitada. Ela não faz força nem para puxar o lençol. Daí nós fazemos” (NANI, encontro 2).

O fato do cuidar dos idosos estar basicamente na mão das mulheres, justapostos ao seu desempenho profissional, dona de casa, esposa e mãe, deixa-as sobrecarregadas física e emocionalmente confirmado por Creutzberg (2000); Karsch (1998) e Helman (1994).

Numa situação abrupta de cuidar de um ente próximo há uma turbulência de sentimentos: amor, pena, alívio, culpa e até mesmo revolta pela dependência do outro. Muitas vezes o cuidador desejaria que nada tivesse acontecido (MENDES, 1998).

Por isso, o familiar cuidador precisa obter conhecimentos sobre a doença, sobre as estratégias que devem ser usadas nos cuidados, compreender seus

sentimentos em relação ao doente e ainda conhecer mais a respeito de si mesmo (CALDAS, 1998).

Negrinha comenta que *“Cira chora sem motivos, às vezes está bem e quando vê está chorando”* (encontro 3).

Expliquei que isso chama-se labilidade emocional, comum em pacientes que sofreram AVC (SANTOS, 2001) e que é importante demonstrar entendimento pela situação vivida pelo paciente.

Durante minhas descobertas com esta família era motivo de reclamação os lençóis sujos com as eliminações da idosa: *“De madrugada levantamos para ver se a mãe quer ir no banheiro. Ela não quer mais usar fralda. Às vezes, de manhã, a cama está toda suja até de cocô”* (NEGRINHA, encontro 1).

Ofereci como propostas um saco desses de lixo para forrar a cama e o uso de um lençol móvel, ou um paninho que sirva de forro, mesmo durante à noite. Orientei também, diminuir a ingestão de líquidos à noite. A idosa estava presente e gostou da idéia.

Conforme Leininger¹³ (apud GEORGE, 2000), trata-se do ajustamento ou negociação do cuidado cultural onde o profissional ajuda os clientes a adaptarem-se a uma determinada situação para uma saúde benéfica.

No quarto encontro com esta família a idosa estava presente e aproveitei para avaliar suas condições de deambulação. Alcancei uma bengala, ajudei a levantar da cama e a estimulei para dar alguns passos. Sentou-se na sala para que pudesse escutar as orientações. Parabenizei o seu esforço, orientando os familiares a estimularem a idosa para realizar as atividades que consegue desempenhar sozinha.

¹³ Idem.

APOIANDO O FAMILIAR CUIDADOR*

Dou o banho na mãe de bacia. Não sei se tu reparou mas aqui não tem banheiro. Xixi e cocô a mãe faz num balde que nós temos aí ... Pego um pano, ensabão com a água que amorno do tanque. Primeiro só tiro as roupas da parte de cima. Lavo, passo o pano de novo para tirar bem o sabão. Seco e visto a parte de cima. Enquanto isso ela fica sentada na cama. Depois, levanto ela, fica de pé em cima da bacia e daí limpo as partes íntimas.

TUCA, encontro 2

FAÇO O QUE POSSO

* Representação elaborada pela pesquisadora para ilustrar a verbalização de uma familiar cuidadora.

Este tema de convergência está relacionado a unidade de significação **Faço o que posso** identificada a partir da análise transversal e interpretação das expressões manifestas dos familiares cuidadores.

Durante as visitas domiciliares os familiares cuidadores foram questionados sobre como cuidam dos seus idosos seqüelados de AVC. Foram encontradas diferentes formas de cuidar, entre elas as relacionadas com a alimentação: “*Eu dou comida para ela na hora [...]*” (NEGRINHA, encontro 2); “*Quando o Teno levanta às 9 horas, deixo o café na mesa pronto [...]*” (NENA, encontro 2); “*Dou a comida na hora*” (TUCA, encontro 2); “*Hoje a minha filha (neta de Xixom) é quem deu o almoço para mãe*” (TUCA, encontro 2).

Os familiares cuidadores passam 24 horas envolvidos com o preparo da alimentação:

Almoço e deixo o almoço na mesa para hora que ele (Teno) quiser comer, pois às vezes, ele não almoça meio dia... De tarde, de vez em quando, eu saio quando precisa, mas deixo o chimarrão pronto. A janta é às 19:30 horas [...] (NENA, encontro 2).

Segundo Alvarez (2001) a alimentação é uma preocupação constante do cuidador, tanto em prepará-la como em manter o idoso em situação fragilizada de saúde alimentado, sempre oferecendo algo para ele comer. Os cuidados com a comida incluem seu preparo, pensar no que fazer, preparar o prato e ,às vezes, insistir e/ou vigiar para que o idoso se alimente.

A autora refere que a alimentação envolve um seqüência de tarefas que consome bastante tempo do cuidador, mantendo-o preso aos cuidados com o idoso.

Um outro cuidado básico realizado pelos familiares cuidadores foi o banho. Todos demonstraram envolvimento com esta atividade que era executada dentro de cada contexto:

O banho é comigo de tarde porque o banho dele (Teno) é bem demorado. Não é como a gente que se seca rapidinho. Ajudo a tirar a roupa e ele se lava sozinho. Fica sentado na cadeira plástica que eu coloco no banheiro. Na hora de secar, ele se seca até a cintura, dá cintura para baixo eu seco e ajudo a colocar a roupa. Se eu saio, na hora do banho eu volto (NENA, encontro 2).

Eu dou o banho. Levo ela (Cira) no banheiro, sento no vaso sanitário. Depois ligo o chuveirinho, lavo e seco ela. Levo ela até o quarto enrolada numa toalha e coloco a roupa nela (NANI, encontro 1).

Dou o banho na mãe (Xixom) de bacia. Não sei se tu reparou mas aqui não tem banheiro. Xixi e cocô a mãe faz num balde que nós temos aí [...] Pego um pano, ensabão com a água que amorno do tanque. Primeiro só tiro as roupas da parte de cima. Lavo, passo o pano de novo para tirar bem o sabão. Seco e visto a parte de cima. Enquanto isso ela fica sentada na cama. Depois, levanto ela, fica de pé em cima da bacia e daí limpo as partes íntimas (TUCA, encontro 2).

Sgambatti (2000) comenta que quando o idoso tem déficit para o auto-cuidado em relação à higiene pessoal e ao vestuário a presença do cuidador é fundamental para auxiliá-lo ou para fazer por ele apenas o necessário, estimulando ao máximo a sua participação.

Quando o cuidador compreende a importância da higiene na manutenção do conforto e na prevenção de complicações e consegue executá-lo, estabelecendo uma rotina de cuidados apropriados, promove uma adequada assistência ao seu familiar (ALVAREZ, 2001).

O cuidar como atividade envolve um conjunto de ações absorventes: administrar remédios, assegurar uma dieta alimentar, efetuar a higiene pessoal, pentear o cabelo, escovar os dentes, cortar as unhas, dar o banho, locomover de um lugar para o outro, subir escada, sentar, deitar e outras (MENDES, 1998).

Uma outra atividade mencionada por Mendes (1998) e que os familiares cuidadores incorporaram em uma forma de cuidar foi a administração de medicação: *“Enquanto ela se escova, eu faço o café com leite pra ela. Depois levo a mãe (Cira) para a cama e dou o café com os remédios”* (NEGRINHA, encontro 1); *“ [...] dou o remédio para o vô e para a vó (Cira)”* (NANI, encontro 1); *“ Os remédios ele (Teno) toma sozinho, mas eu sei os dele, os meu e o do guri (neto de 12 anos). Eu sempre pergunto se ele tomou os remédios, é muito difícil ele esquecer”* (NENA, encontro 2).

A medicação é considerada importante para os familiares cuidadores, tanto que nunca deixam faltar: *“Remédio a gente nunca deixa faltar”* (NEGRINHA, encontro 2); *“Quando minha vó vai ao médico ela pega a receita. Nunca falta remédio”* (NANI, encontro 2); *“Remédio é muito difícil precisar comprar, eu consigo no SUS, mas também batalho, se não tem num posto eu vou no outro”* (NENA, encontro 2);

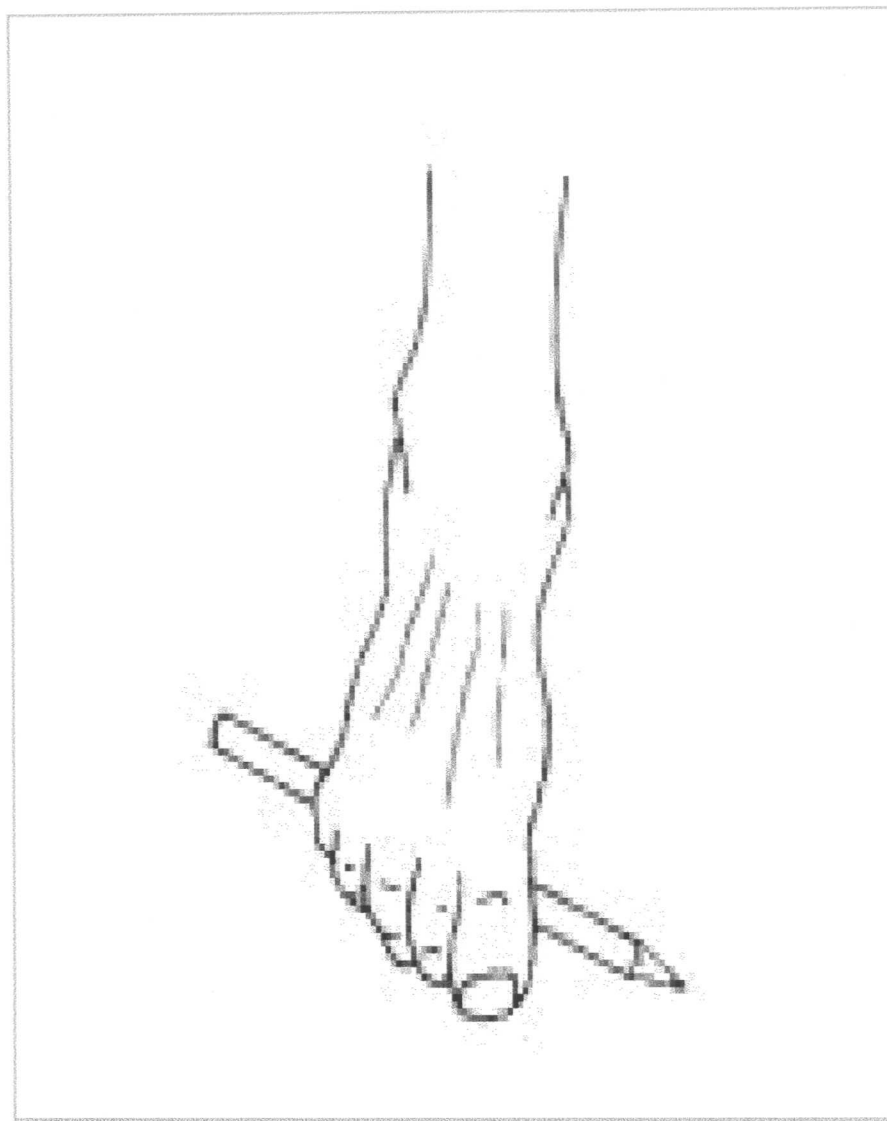
“Quando não tem remédio no posto a gente compra, nunca deixamos faltar” (TUCA, encontro 1).

Os familiares cuidadores deste estudo são em sua totalidade mulheres, sendo que resumiram a forma como cuidam de seus idosos da seguinte maneira: *“ [...] vejo se ela precisa de ajuda”* (NANI, encontro 2); *“Eu faço o que posso [...]”* (NENA, encontro 1); *“A gente faz o que pode”* (TUCA, encontro 2).

A maioria das pessoas mais diretamente envolvidas com o cuidado ao idoso são mulheres, confirmando o que é apresentado na literatura (CREUTZBERG, 2000; KARSCH, 1998).

Observando o referencial teórico, no domicílio dos três idosos foi feita uma preservação ou manutenção do cuidado cultural, pois levou-se em conta o contexto das familiares cuidadoras com estilos de vida específicos que se expressam na forma com que cuidam dos idosos.

MOTIVANDO O IDOSO E SEU FAMILIAR CUIDADOR*



**A BENGALA ELA NÃO PEGA NEM
QUE REZE**

* Material utilizado no movimento convergente-assistencial de pesquisa com a idosa Cira e seus familiares cuidadores.

Fonte: CANTERA, I. Ruipérez. **Geriatrics**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2000. 391p.

Este tema de convergência está relacionado com a unidade de significação **A bengala ela não pega nem que reze** identificada a partir da análise transversal e interpretação das expressões manifestas pelos sujeitos da pesquisa.

As familiares cuidadoras expressaram nas visitas domiciliares a compreensão de que as idosas não estavam se ajudando para a realização das atividades da vida diária como, por exemplo, sair de casa. Expressaram o fato de elas não se ajudarem como uma dificuldade para prover os cuidados, conforme se percebe nas seguintes manifestações: *“Dificuldade dela não se ajudar [...] tenho dificuldade de convencer a mãe (Cira) a sair da cama”* (NEGRINHA, encontro 1); *“A dificuldade é quando tem que sair [...] Ela (Xixom) mesmo tem que se ajudar, não é só nós”* (TUCA, encontro 2); *“É uma briga ela (Xixom) sair de casa, não se concentra em nada, só quer saber de dormir e dorme que ronca”* (NILDE, encontro 1).

À medida que a recuperação de um AVC apresenta redução ou melhoria das seqüelas, o paciente tem mais condições físicas e psicológicas para deixar o domicílio (FELGAR, 1998).

Em uma pesquisa desenvolvida em São Paulo no período de 1991 à 1995 foram realizadas 242 visitas domiciliares, nas quais foi identificado que o hábito diário de sair de casa não existiu para 85% dos pacientes, o mesmo ocorrendo com a periodicidade semanal, para quase 70% desses pacientes (FELGAR, 1998).

Segundo Alvarez (2001) o cuidador espera do idoso compreensão da situação em que está envolvido e que colabore no sentido de não complicar mais ainda a tarefa do cuidador. O idoso por sua vez, nem sempre consegue ser cordato e generoso. Para a autora, a forma como o idoso viveu e se relacionou com sua família está diretamente relacionado ao modo como se sente cuidado pelo familiar.

Em certos momentos visualizei o desespero do familiar, angustiado e sem saber como lidar com um idoso desmotivado: *“Às vezes eu choro, de manhã, para meus filhos não verem”* (NEGRINHA, encontro 1).

O fato de não conseguir lidar com suas dificuldades pode levar o idoso a comportamentos incompreensíveis ou inadequados como mau humor e resistência ao tratamento, o que na realidade configura uma reação defensiva ao meio que é percebido como constrangedor (CALDAS, 1998).

É difícil para a família compreender as atitudes autodestrutivas do idoso que sofre e ao mesmo tempo nega-se ao tratamento e cuidados, deixando aflitos os familiares que se preocupam sentindo-se no dever de cuidar e seguir todas as determinações de tratamento de saúde (ALVAREZ, 2001).

Porém há situações em que o familiar cuidador mesmo enfrentando dificuldades, valoriza os papéis que ainda cabem ao idoso: *“Mas ele me ajuda também, ele corta a carne e os legumes para mim por causa da minha tendinite”* (NENA, encontro 1).

Este tipo de reação foi encontrada no domicílio onde a familiar cuidadora era a esposa do idoso.

Para cuidadoras esposas, o ato de cuidar está embutido no seu papel de mulher casada, a partir do compromisso assumido e selado desde o momento do matrimônio. O compromisso ético-religioso associa-se a valores como responsabilidade e obrigação. Paralelamente, o cuidar está inserido num projeto único do casal que é um projeto de vida em comum (SILVA, 1998).

Outras dificuldades foram identificadas a partir das entrevistas e de minhas observações: *“A única dificuldade é para ela caminhar. Tem dia que ela tem medo, por isso que ela cai ”* (NANI, encontro 1); *“Dificuldade dela não querer caminhar, não sei o que houve lá na minha irmã que ela caiu e depois disso ficou com medo de caminhar”* (NEGRINHA, encontro 1) ou *“A mãe (Xixom) deve caminhar?”* piscando o olho para mim com a idosa do seu lado (NILDE encontro 3).

Nesta última situação a cuidadora queria que eu estimulasse sua mãe, já que ela vinha caminhando pouco, sendo que quanto ao uso da bengala menciona: “*A bengala ela (Cira) não pega nem que reze*” (NEGRINHA, encontro 2) e “*A mãe tem bengala, mas ela (Xixom) não usa e se usa nem encosta no chão*” (NILDE, encontro 3).

Izzo (2000) refere que é importante analisar quais os recursos que o paciente poderá dispor ou não: muletas, cadeiras de roda, bengalas, andadores, cama hospitalar e outros.

No paciente restrito ao domicílio por queda, o medo de voltar a caminhar é tão intenso que chega a paralisá-lo (IZZO, 2000).

No caso do paciente idoso com seqüela motora de AVC “ele não consegue perceber as outras partes do corpo, que não perderam a função e que poderiam ajudá-lo a se recuperar” (IZZO, 2000, p. 468).

A instalação de doenças crônicas, durante o processo de envelhecimento, leva as pessoas a terem suas capacidades diminuídas para as atividades da vida diária (ALVAREZ, 2001).

Com as diferentes manifestações que o AVC pode causar, entre elas as dificuldades de deambulação, surgem dúvidas sobre a possibilidade de: “*A mãe (Xixom) vai voltar a ficar como era antes?*” (NILDE, encontro 3); “*Será que ela (Cira) fica como antes?*” (NEGRINHA, encontro 4).

Os familiares cuidadores lembraram o antes da doença: “*Antes de ter essa doença ela (Xixom) fazia tudo, subia essa lomba correndo, era alegre*” (NILDE, encontro 1); “*[...] antes ela (Cira) fazia tudo sozinha [...]ela não precisava de ninguém. De uma hora para outra ficou assim*” (NANI, encontro 2); “*Antes da mãe (Cira) ficar assim ela ia morar na minha irmã. Eles estavam até construindo uma casa para mãe e o pai. Depois que ela adoeceu parou tudo [...]. Acho que eu precisava de mais ajuda*” (NEGRINHA, encontro 2).

O cotidiano da família é radicalmente alterado, em função das novas atividades colocadas pela dependência de cuidados do familiar seqüelado de AVC. Em decorrência de uma nova rotina, a dinâmica familiar se altera, desestabilizando e deslocando relações de poder, de dependência, entre outras, reinstituindo novas relações de intimidade e reprodução do grupo familiar (MENDES, 1998).

Em relação a concepção sistêmica acerca da família, Boyd (1990) refere que a família modifica-se a partir do momento que um dos membros sofre alteração em sua vida diária.

Ao decidir assumir os cuidados do idoso, o cuidador imaginava ser capaz de realizá-los. Porém, com o passar do tempo, tendo que abrir mão de suas necessidades pessoais juntamente com o processo de fragilização do idoso exigindo-o cada vez mais, o cuidador sente-se sozinho e percebe que precisa de ajuda e apoio, como também dividir responsabilidades e ajuda financeira (ALVAREZ, 2001).

As familiares cuidadoras desta pesquisa, quando trabalham, recebem o equivalente a um ou dois salários mínimos ou dependem da aposentadoria dos idosos, contaram que recebem ajuda financeira dos outros membros da família: “Os irmãos alcançam dinheiro para táxi quando precisa. Nem sempre eles podem” (NEGRINHA, encontro 1); “Eu tenho uma irmã que está bem de vida ela ajuda, dá rancho e dinheiro para táxi quando precisa” (NILDE, encontro 1); “Os filhos me ajudam: o filho da padaria ajuda com o alimento e a filha do bingo com a roupa e o calçado” (NENA, encontro 2).

De acordo com Creutzberg (2000), os recursos das famílias de classe popular são escassos e o desemprego de quem pode trabalhar é uma realidade constante.

Inclusive, uma das familiares cuidadoras do presente estudo estava desempregada, tendo que depender da aposentadoria da idosa: “Infelizmente eu dependo dela (Xixom) que é aposentada pelo Estado e ganha dois salários mínimos. Dependendo dela para dar alimento ao meu filho” (NILDE, encontro 1).

Assumir o cuidado de um parente idoso significa para o cuidador, na maioria das vezes, ter que parar de trabalhar ou ainda, não conseguir conciliar as tarefas de cuidar com o emprego. Essas duas alternativas diminuem as possibilidades de ganhos financeiros, o que resulta na falta de dinheiro para o sustento da família (ALVAREZ, 2001).

O cuidador, que em geral, está na faixa dos 50 a 70 anos, tem além dos cuidados diários ao paciente outras tarefas domésticas ao seu encargo: limpar a casa, lavar roupa, cozinhar, fazer compras, etc (MENDES, 1998).

Em função deste acúmulo de atividades surgem os problemas físicos e psicológicos: *“A única dificuldade que eu encontro agora é a tendinite e a coluna que eu não posso forcejar. No início era pior, erguia ele (Teno) da cama e eu não sentia nada, agora eu sinto”* (NENA, encontro 2); *“A minha nora corta as minhas unhas e as dele (Teno). Perdi a força dos braços. Tenho muitas dificuldades com as minhas mãos”* (NENA, encontro 4); *“[...] eu tenho problema nas costas, ciático, não consigo nem me abaixar direito”* (NEGRINHA, encontro 5); *“Eu sou estressante, às vezes eu xingo ela (Xixom)”* (NILDE, encontro 1).

Gonçalves, Silva e Pfeiffer (1996) afirmam que entre as dificuldades encontradas pelo cuidador na promoção do cuidado ao idoso fragilizado estão a exaustão física e mental e a deterioração da saúde, sendo que muitas vezes o cuidador atua como estressor.

As situações que induzem a um estresse ainda maior do cuidador, constituem desde a inabilidade no desempenho de cuidados complexos até o desconhecimento de uma situação simples de cuidado (GONÇALVES, ALVAREZ e SANTOS, 2000).

Observando o referencial teórico de Leininger¹³ (apud GEORGE, 2000), no domicílio de Xixom utilizei dois tipos de atendimento de enfermagem: o ajustamento

¹³ Idem.

ou negociação e a reestruturação ou repadronização do cuidado cultural, o que pode ser identificado no seguinte relato:

Orientei que a bengala serve para Xixom se firmar, para não se desequilibrar e que quando estiver caminhando é importante que a use para diminuir o risco de uma queda.

Neste instante, a idosa levantou-se do sofá e avisou as filhas Nilde e Tuca que gostaria de ir até o posto *“tirar a pressão”* (XIXOM, encontro2).

As familiares cuidadoras demonstraram sua satisfação com um sorriso.

Xixom foi até o quarto, sentou-se na cama, pegou um espelho e penteou o cabelo. Colocou um blusão. Pegou a bengala e disse que estava pronta.

Era um dia chuvoso, estava garoando. Descemos juntas a lomba que leva ao posto. Então, elogiei o esforço da idosa. Expliquei para Tuca que os familiares devem parabenizar os avanços da idosa que verbalizou: *“Agora eu vou tentar mudar”* (XIXOM, encontro 4), demonstrando motivação.

A motivação, o estímulo ao idoso configura-se no incentivo a buscar satisfação na realização das atividades do dia-a-dia, tornando-se empolgado, ajustado, valorizado e integrado em sua família e na sociedade (ZIMERMAN, 2000).

Tal situação se confirmou no quinto encontro quando ao chegar no domicílio de Xixom, para minha surpresa, ela estava aguardando-me sentada na sala com os exercícios de estimulação da memória já finalizados. Tais exercícios consistiam num elenco de imagens para as quais era necessário relacionar uma identificação, conforme pode ser observado na fig. 3:



Figura 3: Exercício de estimulação da memória realizado pela idosa Xixom em movimento convergente-assistencial de pesquisa

Fonte: GIELSEN, Maria Regina C.; GARCIA, Vanda A. **Descobrimo a vida:** alfabetização numa perspectiva sócio-construtiva. São Paulo: E. do Brasil, 1993.

Neste exercício de estimulação da memória Xixom escreveu o nome dos desenhos. É claro seu capricho com a tarefa, sua familiar cuidadora mencionou que *“ela queria pintar com lápis de cor, mas não deu, porque os lápis do meu filho (neto de Xixom) ficaram na creche”* (NILDE, encontro 5).

Em outro exercício de estimulação da memória (fig. 4) que consistia em gravuras, das quais faltavam algumas partes, a idosa desenhou o que estava faltando :



Figura 4: Exercício de estimulação da memória realizado pela idosa Xixom em movimento convergente-assistencial de pesquisa
Fonte: GIELSEN, Maria Regina C.; GARCIA, Vanda A. **Descobrendo a vida:** alfabetização numa perspectiva sócio-construtiva. São Paulo: E. do Brasil, 1993.

No exercício acima, num segundo momento, Xixom desenhou rostos que expressam alegria, tristeza e espanto.

Em um exercício semelhante ao anterior, Xixom completou o que estava faltando nos desenhos, conforme pode ser visualizado na fig. 5:

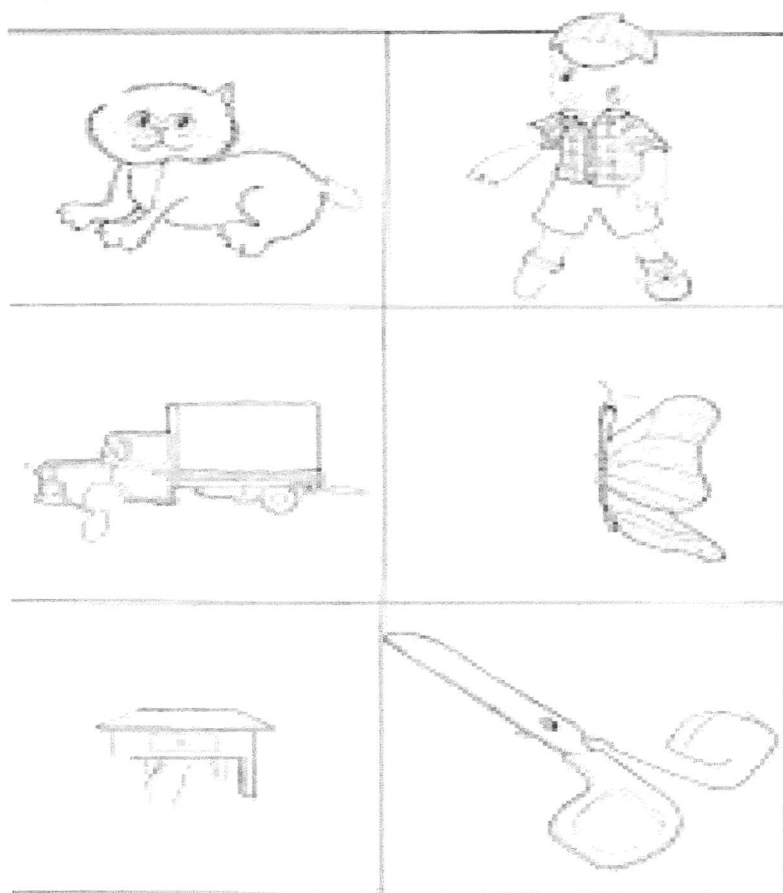


Figura 5: Exercício de estimulação da memória realizado pela idosa Xixom em movimento convergente-assistencial de pesquisa
Fonte: GIELSEN, Maria Regina C.; GARCIA, Vanda A. **Descobrimo a vida:** alfabetização numa perspectiva sócio-constructiva. São Paulo: E. do Brasil, 1993.

Porém, o que mais me impressionou ao chegar no domicílio de Xixom foi que a idosa havia se maquiado.

O que aconteceu foi que Xixom, uma vez estimulada, aumentou sua auto-estima o que também se configurou em sua rotina diária: *“Tenho percebido uma mudança no comportamento da mãe, ela está com mais vontade de fazer as coisas, tem até caminhado mais”* (NILDE, encontro 5).

No domicílio de Teno como decisões de atendimento de enfermagem utilizei a preservação ou manutenção do cuidado cultural recomendado por Leininger¹³ (apud GEORGE, 2000), no sentido de reter ou preservar valores culturais relevantes: “ [...] *nós temos essas madeiras de apoio nas portas e no banheiro*” (NENA, encontro 1).

Observei que Teno firmava-se nos suportes de madeira para passar da sala para a área do domicílio.

Segundo Mendes (1998), os cuidados operados na esfera doméstica têm suas peculiaridades, a saber: adaptações físicas para acomodação do ente familiar que depende dos cuidados de outro, mudanças na organização familiar e nas rotinas domésticas. Além disso, assimilação de novas tarefas acrescentadas ao cotidiano. Para a autora, os cuidadores buscam na prática, nos erros e acertos, a melhor forma de realizar os cuidados ao familiar seqüelado de AVC, usando de criatividade e originalidade.

Creutzberg (2000) confirma esta situação, quando refere que a família se reestrutura para assumir o cuidado ao idoso que tem sua saúde fragilizada.

E no domicílio de Cira enfatizei as possibilidades de reabilitação do idoso seqüelado de AVC.

Expliquei para Cira e suas familiares cuidadoras que as pessoas que tiveram um AVC têm grandes chances de recuperação, mas que para isso, elas devem se exercitar e fazer sozinhas o que conseguem. Por exemplo, pentear o cabelo, colocar uma blusa, almoçar na cozinha junto com os familiares, etc.

Nesse momento Negrinha acrescentou: “*Esta semana eu dei um espelho para mãe e ela se penteou. Até a pasta de dente ela colocou sozinha na escova de dente*” (encontro 4).

No quinto encontro com esta família questionei as familiares cuidadoras sobre o que perceberam de progresso em Cira e elas indagaram: “*A mãe está fazendo as refeições na mesa com a gente. Parece que ela está com mais vontade de fazer as*

¹³ Idem.

coisas" (NEGRINHA, encontro 5); *"Está indo até o banheiro [...] com a bengala"* (NANI, encontro 5).

Expliquei que nas primeiras semanas é importante que alguém permaneça junto da idosa enquanto ela caminha.

Então, apresentei em forma de cartazes uma série de exercícios recomendados por Cantera (2000), para serem feitos pelo idoso no domicílio, com o objetivo de manter sua mobilidade (ANEXO G). Aconselhei as familiares cuidadoras a retirarem os tapetes soltos do chão, pois poderiam causar a queda de Cira.

Após, a idosa escolheu o seu quarto como o local onde fixamos os cartazes e mencionou: *"Eu tenho que me esforçar"* (CIRA, encontro 5).

Cira sentiu-se motivada a realizar as atividades diárias, quando trabalhada sua mobilidade.

Cantera (2000) refere que os objetivos da reabilitação são conseguir a máxima recuperação e independência funcional do idoso, assim como sua máxima integração ao meio familiar.

De acordo com Izzo (2000), é importante verificar no domicílio do paciente objetos, degraus, pisos escorregadios, ou seja, tudo que possa impedir o idoso de deambular internamente. A autora refere ainda, que o cuidador deve ser orientado na maneira de ajudá-lo a transpor esta barreira com segurança redobrada. Sua atitude deve ser afetiva e encorajadora.

Sob a luz do referencial teórico foi realizado um ajustamento ou negociação do cuidado cultural, quando foi trabalhada a deambulação de Cira, os familiares se sentiram motivados a também estimular a idosa, pois viram seus avanços. Para que o objetivo fosse alcançado, negocie uma adaptação do domicílio que propiciasse uma maior independência da idosa, preservando sua segurança.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o rápido aumento da expectativa de vida da população brasileira formou-se uma categoria de idosos necessitados de atendimento especializado à saúde tendo em vista que se sabe que com o processo de envelhecimento podem surgir as doenças crônico-degenerativas, provocando deterioração da qualidade de vida das pessoas afetadas.

Este trabalho deu atenção especial ao idoso que sofre uma dessas doenças, o AVC, e cujo cuidado é assumido pela família no domicílio. É notório que os familiares ao se tornarem cuidadores, deparam-se com uma série de dúvidas, incertezas e questionamentos a respeito da doença e, principalmente, sobre como fazer para conviver com ela no seu cotidiano.

Isso foi confirmado quando adentrei nos domicílios de três idosos seqüelados de AVC da Vila Cruzeiro de Porto Alegre. Os familiares cuidadores, apesar de terem acompanhado internações hospitalares desses idosos e consultas médicas no posto de saúde, desconheciam a doença. Bastaram cinco visitas domiciliares com cada família para que vários anos de desconhecimento acerca da doença fossem resolvidos. Torna-se assim, clara a fundamental importância da enfermeira neste contexto de cuidados não profissional.

Não é fácil a tarefa do familiar cuidador que sofre com seus sentimentos, encontra-se perdido e admite que não sabe mais o que fazer. Por outro lado, um idoso que desempenhava suas atividades de vida diária com independência, após a instalação do AVC, geralmente, sofre com suas perdas tornando-se incapaz para realizar as atividades mais simples como alimentar-se ou banhar-se sozinho. Entristecido e desmotivado, precisa de uma nova luz que ilumine seu caminho e siga junto com seu cuidador.

O que também foi comprovado através dessa modalidade de estudo, é que o suporte educativo fornecido por meio da visita domiciliar aumenta a auto-estima do

idoso, sendo que ele sente-se mobilizado a utilizar de forma mais entusiasmante seus próprios potenciais, contribuindo para qualificar o processo de cuidar conduzido por seu familiar cuidador.

Formas simples de cuidado podem ser utilizadas para o alcance deste objetivo e foi assim que tudo aconteceu, pois tive a feliz oportunidade de iluminar este trajeto.

Através desta vivência educativa e assistencial descobri que os familiares cuidadores encontram suas próprias formas de cuidar. Nos erros e acertos do dia-a-dia, modificam o contexto, colocam suportes nas paredes e no banheiro ou cadeira plástica para o banho, em busca de um melhor cuidado a oferecer ao seu idoso.

O contexto social deste estudo pode ser considerado de classe popular. Num dos domicílios não havia banheiro. Porém, mesmo com a óbvia precariedade, o cuidado ao idoso era realizado com dedicação e comprometimento.

Penso que a orientação de enfermagem deve respeitar cada contexto específico. O domicílio é o local onde estão as lembranças e os segredos da família. É nele, que a enfermeira auxiliada por um referencial humanista e munida de estratégias culturalmente contextualizadas para conduzir sua ação de orientação, deve empenhar-se em capacitar os familiares cuidadores para a prestação de um cuidado adequado. Isso não implica em desfazer o que já existe, pode mesmo ser para reter formas de cuidar elaboradas por essas pessoas.

Contudo, o que esta pesquisa mostrou-me é que muito mais pode ser feito para o atendimento das necessidades do idoso, e é aí que está o diferencial dos construtos de cuidar.

Tornou-se claro para mim que o cuidado deve ser construído em um processo de interação interpessoal, no caso, idoso-enfermeira-familiar, pois assim a troca de informações permitirá um adequado movimento de convergência na assistência às necessidades da família que cuida do idoso com AVC.

Acredito que este estudo poderá gerar estímulo à produção de conhecimento na área gerontogeriatrica ao se entender que os familiares cuidadores dos idosos

devem ser considerados clientes dos serviços de saúde, tanto quanto àqueles, pois suas demandas identificadas neste estudo, tais como o desgaste físico e psicológico, bem como a necessidade de apoio nas decisões precisam de atenção profissional.

Espero que ao término desta trajetória os profissionais de enfermagem, principalmente, se inspirem na minha experiência para ampliar a atenção à saúde dos idosos na nossa sociedade, considerando que estarão contribuindo para melhorar a qualidade de vida dos envolvidos, idosos e seus familiares. Além disso, é importante salientar que estarão contribuindo para implementar a operacionalização das diretrizes da Política Nacional do Idoso, que preconizam a promoção do envelhecimento saudável com a manutenção ou reabilitação da capacidade funcional do idoso, com ênfase no apoio ao desenvolvimento dos cuidadores informais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, Ângela Maria. **Tendo que cuidar**: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. Florianópolis: [UFSC], 2001.

ANDRADE, Oséias G. de; MARCON, Sonia S.; SILVA, Doris M. P. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. **Rev. Gaúcha de Enf.**; Porto Alegre, v.18, n.2, p. 123-132, jul. 1997.

ANDRADE, Oseias G. de ; RODRIGUES, Rosalinda A. P. O cuidado familiar ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral. **Rev. Gaúcha de Enf.** , Porto Alegre, vol. 20, n 2, p. 90-109, jul. 1999.

ANDRÉ, M. E. D. **Etnografia da Prática Escolar**. Campinas: Papyrus, 1995. 130 p. (Série Prática Pedagógica).

ATKINSON, Leslie D.; MURRY, Mary E. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: E. Guanabara, 1989, cap. 16, p.203-210.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, Sérgio Menna e cols. **Rotinas em Terapia Intensiva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

BOEHS, Astrid E. & PATRÍCIO, Zuleica M. O que é este "cuidar/cuidado?" : uma abordagem inicial. **Rev. da Escola de Enf. da USP**, São Paulo, v.24 , n.1, p. 111-116, abril 1990.

BOYD, Sheryl T. Base conceptual para la intervencion de enfermeria con las familias. In: HALL, Joanne E.; WEAVER, Barbara Redding. **Enfermeria en salud comunitaria**: un enfoque de sistemas. Washington: OPAS, 1990. p. 184-200.

BRASIL. Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. **Política Nacional do Idoso**, Brasília: MPAS,SAS, 1997a.

BRASIL. Decreto nº 1948, de 3 de julho de 1996. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Política Nacional do Idoso**, Brasília: MPAS, SAS, 1997b.

BRASIL. Proporção de idosos na população. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2001/a14.htm>>. Acesso em: 20 mai. 2002.

BUENO, Francisco da S. **Mini dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: FTD, 1996.

CALDAS, Célia Pereira (Org.). **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: E. UERJ, 1998.

CÂMARA, Vilma D. (Col.). Acidente vascular encefálico: prevenção, condutas e reabilitação. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (Org.). **Caminhos do Envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. p.125-129.

CANTERA, I. Ruipérez. **Geriatría**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2000. 391p.

CEREZER, Helena L. A vivência da hipertensão arterial na família: quando o doente é a mulher. In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia S.; SANTOS, Mara Regina dos. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2002. p.293-310.

CARLETTI, Suzana Maria da M. ; REJANI, Mirian I. Atenção Domiciliária ao Paciente Idoso. In: PAPALÉO NETO, Matheus. (Org.). **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 415-430.

CARRARO, Vanderlei. **O ser humano inconsciente: como o seu familiar o compreende**. 1997. 113 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Expansão Pólo UFRGS, Florianópolis: UFSC; Porto Alegre: UFRGS, 1997.

CREUTZBERG, Marion. **Vivências de famílias de classe popular cuidadoras de pessoa idosa fragilizada: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar**. 2000. 194p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, UFRGS, Porto Alegre, 2000.

CROSSETTI, Maria da Graça O. **Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial na enfermagem**. 1997. 157p. Tese (Doutorado em Filosofia em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, UFSC, Florianópolis, 1997.

FELGAR, Júlia A. S. Uma expressão da linguagem numérica. In: KARSH, Úrsula Margarida S. (Org.). **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: Educ, 1998. p. 47-86.

FERRARI, Maria Auxiliadora C. Trabalhando a memória do idoso. In: DUARTE, Yeda Aparecida de O.; DIOGO, Maria José D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: E. Atheneu, 2000. p. 455-459.

FERREIRA, Aurélio Buarque de H et al. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro: E. Nova Fronteira, 1986.

GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: E. Artmed, 2000.

GIELSEN, Maria Regina C.; GARCIA, Vanda A. **Descobrimos a vida**: alfabetização numa perspectiva sócio-construtiva. São Paulo: E. do Brasil, 1993.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. 2 ed. Porto Alegre: E. Dacasa, 2000.

GONÇALVES, Annelise de Carvalho. **Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno**. 2001.138p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, UFRGS, Porto Alegre, 2001.

GONÇALVES, Lúcia H. T.; ALVAREZ, Ângela Maria; SANTOS, Sílvia Maria A. dos S. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: DUARTE, Yeda Aparecida de O.; DIOGO, Maria José D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: E. Atheneu, 2000. p. 102-110.

GONÇALVES, Lúcia H. T.; SILVA, Yolanda F. e ; PFEIFFER, Susan. O cuidado do idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto domiciliar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.1, n.2, p. 39-47, jul./dez. 1996.

HAUSEN, Sérgio Roberto; PLOTNIK, Rose; CASTRO, João de Carvalho. Acidentes Vasculares Cerebrais. In: BARRETO, Sérgio Saldanha Menna et al. **Rotinas em Terapia Intensiva**. 3 ed. Porto Alegre: E. Artmed, 2001.p.319-329.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HENCKEMAIER, Luizita. Dificuldades ao cuidar da família no hospital. In: ELSSEN, Ingrid; MARCON, Sonia S.; SANTOS, Mara Regina dos. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2002. p. 403-419.

HOOD, Gail Harkness ; DINCHER, Judith R. **Fundamentos e prática de enfermagem: atendimento completo ao paciente**. 8 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

IZZO, Helena. Fisioterapia domiciliária: técnicas de relaxamento e exercícios compensatórios. In: DUARTE, Yeda Aparecida de O.; DIOGO, Maria José D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: E. Atheneu, 2000. p. 467-476.

KALACHE, A . et al. O envelhecimento da População mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p. 200-210, 1987.

KARSCH, Úrsula Margarida S. (Org.). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: Educ, 1998.

LACERDA, Maria Ribeiro. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar**. 1996. 116p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Expansão Pólo I, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1996.

LEAL, Luciana Nunes. IBGE: expectativa de vida cresceu no país. *Jornal do Estado de São Paulo*, São Paulo, 4 de dez. 2001. Disponível em: <<http://www3.estado.com.br/editoriais/2001/12/04/ger015.htm>>. Acesso em: 07 jun. 2002.

MARCON, Sonia S. et al. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos. In: ELSSEN, Ingrid; MARCON, Sonia S.; SANTOS, Mara Regina dos. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2002. p. 311-335.

MEDINA, Maria Cecília G.; SHIRASSU, Mirian Matsura e GOLDFEDER, Maria do Carmo. Das incapacidades e do acidente vascular cerebral. In: KARSCH, Úrsula Margarida S.(Org.). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: Educ, 1998. p. 199-213.

MENDES, Patrícia M. T. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. In: KARSCH, Úrsula Margarida S. (Org.). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: Educ, 1998. p. 171-197.

MENEZES, Ariana Kassiadou. **Caminhos do Envelhecer**. Rio de Janeiro: E. Revinter, 1994.

PADILHA, Maria Itayra C.S. et al. Visita domiciliar: uma alternativa assistencial. **Rev. Enf. UFRJ**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p. 83-90, maio 1994.

RAMOS, Donatela Dourado Ramos; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. O espaço de enfermagem em saúde coletiva na rede municipal de saúde de Porto Alegre. **Rev. Gaúcha de Enf.**, Porto Alegre, v. 21, n. esp., p. 45-55, 2000.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do Idoso. **Os idosos do Rio Grande do Sul**: estudo multidimensional de suas condições de vida. Relatório de pesquisa. Porto Alegre: CEI, 1997. 124p.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. **Enfermagem Gerontogerátrica**: reflexão à ação cuidativa. 2 ed. São Paulo: Robe, 2001.

SGAMBATTI, Marília S. Cuidando da higiene e do vestuário do idoso em domicílio. In: DUARTE, Yeda Aparecida de O. ; DIOGO, Maria José D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: E. Atheneu, 2000. p. 249-255.

SILVA, Edinete B. do N.E.; NERI, Anita L. Questões geradas pela convivência com idosos: indicações para programas de suporte familiar. In: NERI, Anita L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. 3 ed. Campinas, SP: Papyrus, 2000. p.213-236.

SILVA, Ivone Pereira da. As relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras. In: KARSCH, Úrsula Margarida S. (Org.). **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: Educ, 1998.p. 148-169.

SILVA, Maria Júlia P. A importância da comunicação verbal e não verbal no cuidado domiciliar de idosos. In: DUARTE, Yeda Aparecida de O.; DIOGO, Maria José D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: E. Atheneu, 2000. p. 203-212.

SMELTZER, Suzanne C. ; BARE, Brenda G. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 9 ed. v.4. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SPIER, Márcia Elize S. ; LAUTERT, Liana. **Cuidando de um cliente crônico na visita domiciliar baseado nos pressupostos de Travelbee**. Porto Alegre:UFRGS, 1996.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em Enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: E. da UFSC, 1999.

VELASQUEZ, Mariza D. et al. As trajetórias de vida dos cuidadores principais. In: KARSCH, Úrsula Margarida S. (Org.). **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: Educ, 1998. p. 87-145.

VERAS, Renato P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

VIEGAS, Karin. **O cuidado de enfermagem no espaço domiciliar**: o modelo assistencial do Hospital Mãe de Deus. 2001.175 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, UFRGS, Porto Alegre, 2001.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

WALDMAN, Beatriz Ferreira. **O enfoque transcultural no processo de educação em saúde**. 1999.166 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Expansão Pólo UFRGS, Florianópolis: UFSC; Porto Alegre: UFRGS, 1999.

YUASO, Denise Rodrigues; SQUIZZATTO, Guilherme Turolla. Fisioterapia em pacientes idosos. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1999, p. 331-347.

OBRAS CONSULTADAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: apresentação de citações de documentos. Rio de Janeiro, 2001. 4p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: trabalhos acadêmicos - apresentação. Rio de Janeiro, 2001. 6p.

BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (Elab.). **Normas para Apresentação de Trabalhos da Escola de Administração**. Porto Alegre: [UFRGS], 2002. 45 p.

CRUZ, Anamaria da Costa; PEROTA, Maria Luiza L. R.; MENDES, Maria Tereza R. **Elaboração de referências (NBR 6023/2000)**. Rio de Janeiro: Interciência; Niterói: Intertexto, 2000. 71p. 28 cm.

**ANEXO A - Termo de autorização da Diretora do Centro de Saúde Vila dos
Comerciários para o desenvolvimento da pesquisa**

Porto Alegre, 18 de junho de 2002.

Senhora Diretora.

Eu, Isis Marques Severo, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, venho por meio deste, solicitar à Vossa Senhoria autorização para desenvolver a pesquisa intitulada **Visita domiciliar como uma estratégia de apoio educativo aos familiares cuidadores de idosos seqüelados de AVC.**

Trata-se de uma pesquisa que caracteriza uma monografia de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, cujo projeto está em fase de avaliação na coordenação da disciplina de Estágio Curricular - ENF 99003.

Em anexo encaminho-lhe uma síntese do projeto de pesquisa.

Agradecendo pela atenção, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente.

Isis Marques Severo
Isis Marques Severo

Acadêmica de Enfermagem

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Ilma Sr^a.

Dr^a . Maria da Glória Cirena Acioli

MD. Diretora do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes

Nesta.

De Acordo

Dra. Maria da Glória Cirena Acioli Sirena
Diretora CSVC/RSMS

ANEXO B - Termo de autorização da Gerente do Distrito 4 para o desenvolvimento da pesquisa

Porto Alegre, 18 de junho de 2002.

Senhora Gerente.

Eu, Isis Marques Severo, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, venho por meio deste, solicitar à Vossa Senhoria autorização para desenvolver a pesquisa intitulada **Visita domiciliar como uma estratégia de apoio educativo aos familiares cuidadores de idosos seqüelados de AVC.**

Trata-se de uma pesquisa que caracteriza uma monografia de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, cujo projeto está em fase de avaliação na coordenação da disciplina de Estágio Curricular - ENF 99003.

Em anexo encaminho-lhe uma síntese do projeto de pesquisa.

Agradecendo pela atenção, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente.

Isis Marques Severo

Isis Marques Severo

Acadêmica de Enfermagem

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Ilma Sr^a.

Dr^a . Donatela Dourado Ramos

MD. Gerente do Distrito 4

Nesta.

*De acordo com
a realização da
pesquisa no âmbito
da Gerência Distrital
Glória Cuzeiro Cristal*

PMPA - SMS - GD IV
Enf.^a Donatela Dourado Ramos
Matr. 14189.5
Gerente Distrital

216102

PMPA - SMS - GD IV
Enf.^a Donatela Dourado Ramos
Matr. 14189.5
Gerente Distrital

**ANEXO C - Termo de autorização do Chefe do Ambulatório Básico do Centro
de Saúde Vila dos Comercários**

Porto Alegre, 18 de junho de 2002.

Senhor Chefe.

Eu, Isis Marques Severo, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, venho por meio deste, solicitar à Vossa Senhoria autorização para desenvolver a pesquisa intitulada **Visita domiciliar como uma estratégia de apoio educativo aos familiares cuidadores de idosos seqüelados de AVC.**

Trata-se de uma pesquisa que caracteriza uma monografia de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, cujo projeto está em fase de avaliação na coordenação da disciplina de Estágio Curricular - ENF 99003.

Em anexo encaminho-lhe uma síntese do projeto de pesquisa.

Agradecendo pela atenção, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente.

Isis Marques Severo
Isis Marques Severo

Acadêmica de Enfermagem

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Ilmo Sr.

Dr. Antônio Cláudio Espinosa Moreira da Silva

MD. Chefe do Ambulatório Básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes

Nesta.

ANEXO D- Formulário de possíveis participantes na pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Projeto de pesquisa: **VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE APOIO EDUCATIVO AO FAMILIAR CUIDADOR DO IDOSO SEQÜELADO DE AVC**

Pesquisadora: **Isis Marques Severo**

Fone: (051)33399581

Orientadora: **Beatriz Ferreira Waldman**

Fone: (051)33125228

RESUMO

O Projeto de pesquisa intitulado **VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE APOIO EDUCATIVO AO FAMILIAR CUIDADOR DO IDOSO SEQÜELADO DE AVC** tem como objetivo geral desenvolver um processo educativo de orientações com os familiares cuidadores de idosos seqüelados de AVC, a fim de capacitá-los para atender as múltiplas demandas decorrentes da situação de cronicidade imposta pela doença. Os objetivos específicos são: identificar as necessidades de aprendizagem do familiar cuidador para o planejamento e execução do cuidado domiciliar; identificar formas utilizadas pelo familiar cuidador para enfrentar as múltiplas demandas que o idoso seqüelado de AVC exige e organizar estratégias junto com o familiar cuidador para otimização do cuidado domiciliar. O contexto do estudo é constituído pelo Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (CSVC) e pelos domicílios dos clientes pertencentes à sua área adstrita. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizará a modalidade de pesquisa convergente-assistencial. A pesquisa será realizada por meio da estratégia da visita domiciliar. O período destinado à coleta das informações, segundo o cronograma, compreende o mês de agosto de 2002.

A partir das informações coletadas e através da análise das mesmas, pressupõe-se que este trabalho servirá de subsídio para potencializar a enfermagem gerontogeriatrica e salientar a importância da visita domiciliar para a promoção do cuidado ao idoso no domicílio, estimulando futuros programas de apoio educativo a cuidadores que poderão ser implementados pela rede básica de saúde, especialmente, pelo Ambulatório Básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (CSVC).

**ANEXO E – Parecer da Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal
de Saúde de Porto Alegre**



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Comitê de Ética e Pesquisa

Av. João Pessoa, 325 - 4º andar - Fone.: 32892833 ou 32892822

Parecer para a Comissão de Ética e Pesquisa

Trabalho: Visita domiciliar como estratégia de apoio educativo ao familiar cuidador do idoso seqüelado de AVC

Autora: Isis Marques Severo

Projeto Monografia de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Orientação: Professora Beatriz Ferreira Waldman

Os aspectos éticos estão adequados, portanto aprovo o projeto para ser desenvolvido em Serviço desta Secretaria. Ao término da pesquisa a acadêmica deverá entregar cópia da monografia para a Assessoria de Planejamento e Programação desta Secretaria.

Porto Alegre, 19 de julho de 2002.

Maria Regina Varnieri Brito
Chefe da Equipe de Controle Epidemiológico
Mestre em saúde Pública ENSP/FIOCRUCZ

RECEBIDO

31.07.02

plho

ANEXO F - Termo de Consentimento Informado

Termo de Consentimento Informado

I – Objetivos da Pesquisa

O Projeto de pesquisa *Visita domiciliar como estratégia de apoio educativo ao familiar cuidador do idoso seqüelado de AVC*, procurará focar a importância da atenção profissional ao familiar cuidador com vistas a capacitá-lo para enfrentar as demandas originadas pela situação de cuidar de um idoso seqüelado de AVC. É necessário que os familiares cuidadores do doente saibam como fornecer um cuidado adequado, frente às dificuldades inerentes à situação de cronicidade.

O projeto tem como objetivo geral: desenvolver um processo educativo com os familiares cuidadores de idosos seqüelados de AVC, a fim de capacitá-los para atender as múltiplas demandas decorrentes da situação de cronicidade imposta pela doença.

Sendo assim, os objetivos específicos são:

- * identificar as necessidades de aprendizagem do familiar cuidador para o planejamento e execução do cuidado domiciliar;
- * identificar formas utilizadas pelo familiar cuidador para enfrentar as demandas que o idoso seqüelado de AVC exige;
- * organizar estratégias junto com o familiar cuidador para otimização do cuidado domiciliar.

II – Como será realizada a pesquisa:

A pesquisa será desenvolvida durante os meses de julho a outubro de 2002. Será realizada por meio da estratégia da visita domiciliar, através da técnica da observação participante e da entrevista aberta ou informal. As informações serão registradas em um diário de campo.

III – Benefícios da pesquisa

O apoio educativo que se visa desenvolver no processo de pesquisa capacitará os familiares cuidadores de idosos seqüelados de AVC no enfrentamento

das múltiplas demandas decorrentes da situação de cronicidade imposta pela doença.

Fui informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta relacionada com a pesquisa;
- da liberdade de deixar de participar do estudo, bem como expressar queixas;
- da segurança de que será mantido o anonimato das informações relacionadas a privacidade das pessoas envolvidas;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos.

A pesquisadora responsável por este projeto é Isis Marques Severo, aluna da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), fone 3339.95.81, tendo este documento sido revisado e aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre em 19/07/2002.

Data:

Nome e assinatura:

Assinatura da pesquisadora:

ANEXO G - Exercícios físicos para o idoso

4.1 Exercícios feitos no domicílio para manter a mobilidade

4.1.1 Exercícios da cabeça e do pescoço

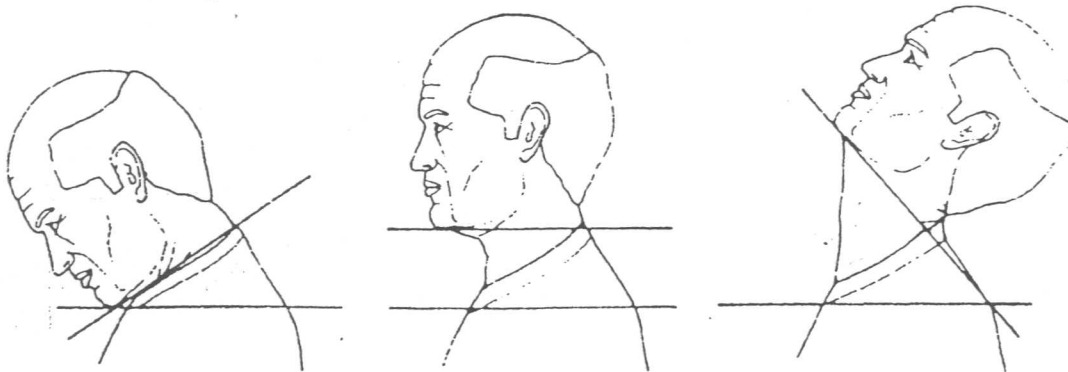
- Girar a cabeça para a direita e a esquerda.



- Inclinações laterais. Inclinar a cabeça, tentando tocar o ombro. Inclinar para a direita e para a esquerda.



- Flexão e extensão. Tentar tocar com o queixo no peito. Olhar para o teto.

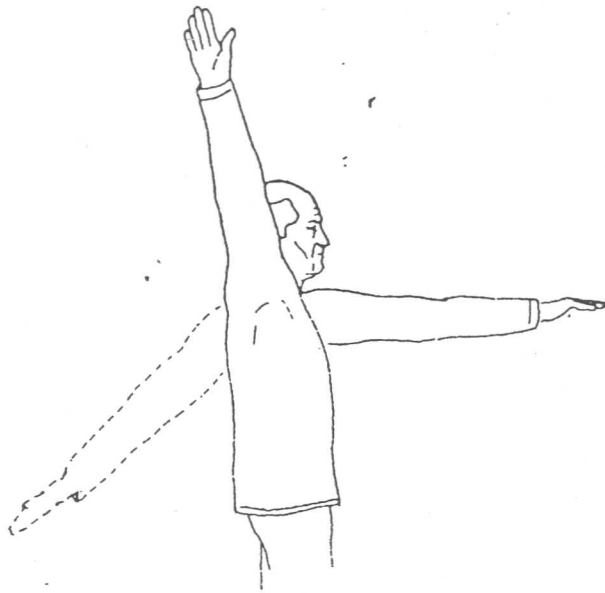


4.1.2 Exercícios de ombros e braços

- Elevar os dois ombros ao mesmo tempo, inspirando lentamente, e soltá-los rapidamente. Realizar o exercício alternando um e outro ombro.



- Movimento de circunvolução (fazer círculos). Descrever grandes círculos no ar com o braço.

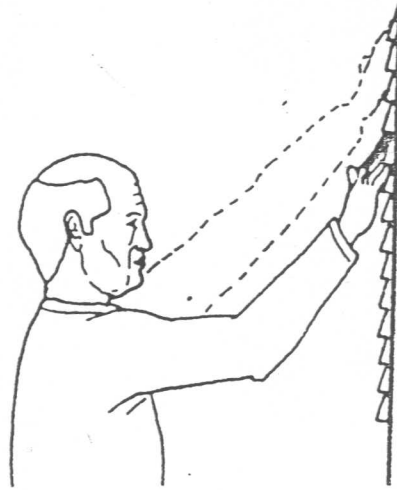


pirando len-
exercício al-

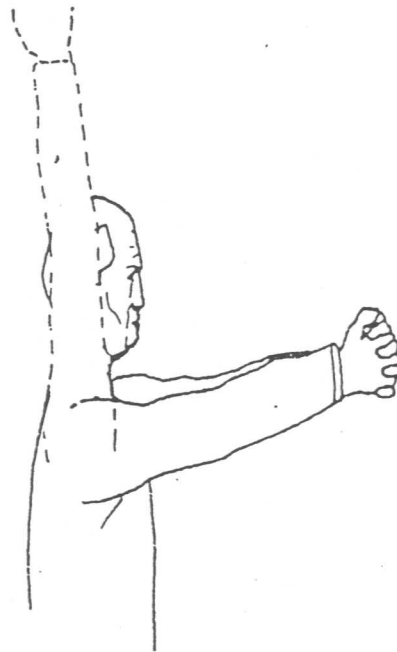


Descrever

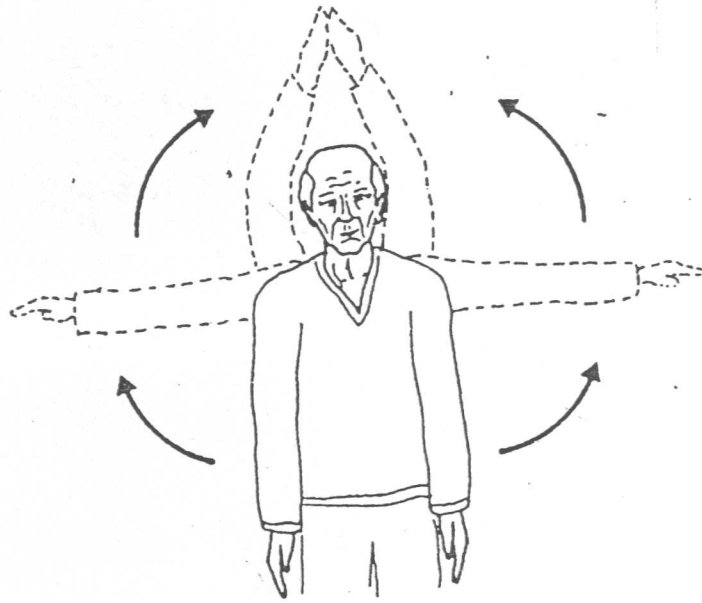
- Elevação do braço. De frente para uma parede, fazer os dedos de uma das mãos subir por ela até ao ponto mais alto possível; desfazer o movimento lentamente. Pode-se realizar este mesmo exercício colocando-se de lado para a parede.



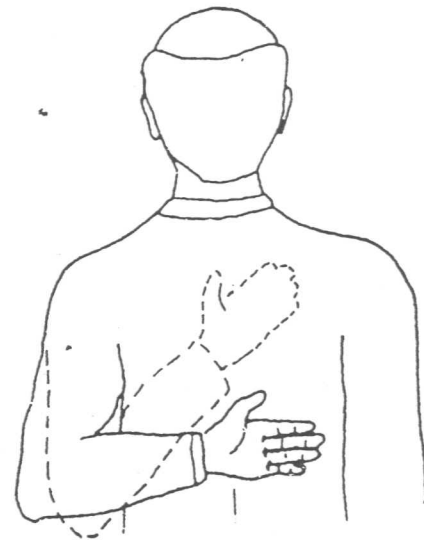
- Elevação de braços com as mãos entrelaçadas. Inspirar ao levantar os braços, e expirar ao baixá-los lentamente.



- Colocar os braços em cruz, tentando juntar as palmas das mãos acima da cabeça.

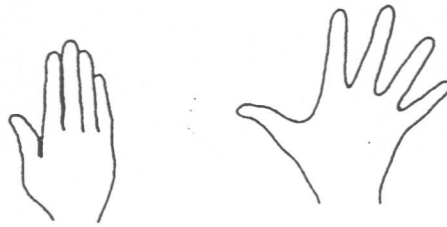


- Com a palma da mão por cima do ombro, tentar tocar na nuca até chegar ao dorso. Igualmente, mas com a mão por detrás das costas, tentar chegar o mais alto possível.



4.1.3 Exercícios de mãos

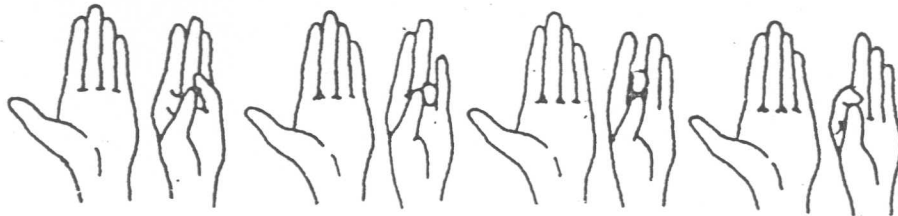
- Separar e aproximar os dedos. Pode ser feito sobre uma mesa.



- Abrir e fechar os dedos.



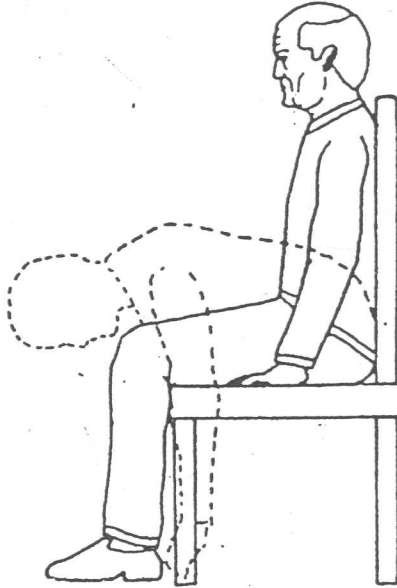
- Com o polegar, tocar a ponta dos outros dedos. É como contar de um em um.



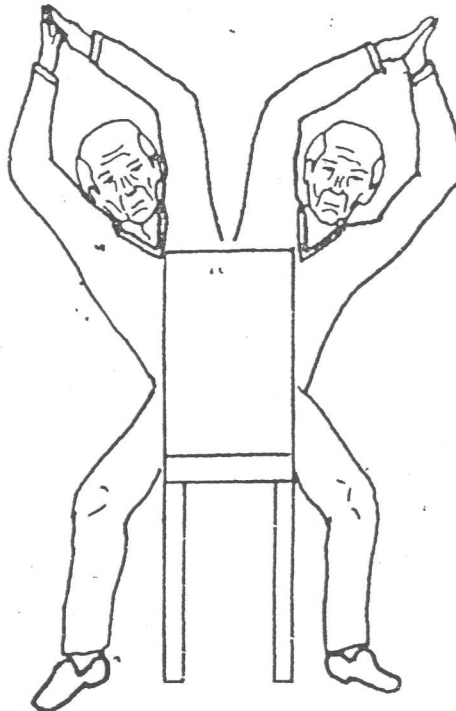
ocar na
ção por
el.

4.1.4 Exercícios de tronco e dorso

- Sentado numa cadeira, flexionar o tronco para a frente, tentando chegar com o tronco aos joelhos. Mão sobre o peito, ou braços pendurados.

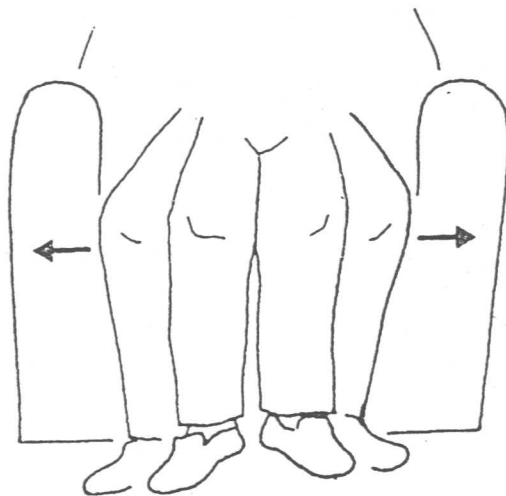


- Inclinações laterais do tronco, para a direita e para a esquerda.

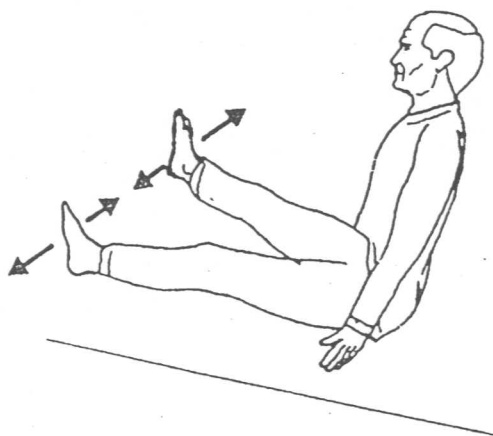


4.1.5 Exercícios para os membros inferiores

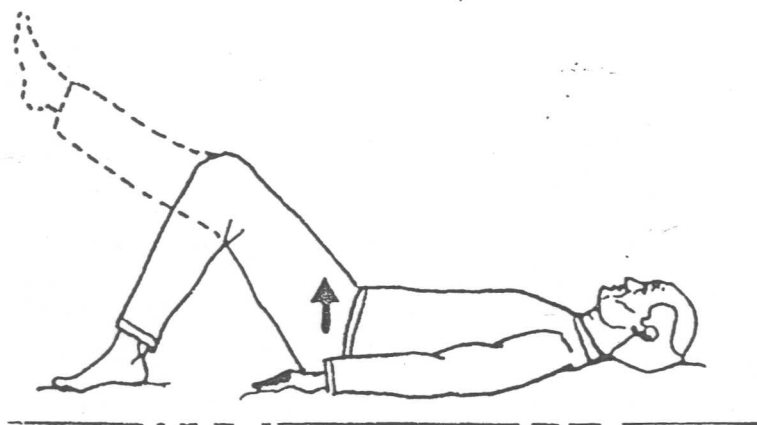
- Sentado numa cadeira, juntar e afastar as pernas.



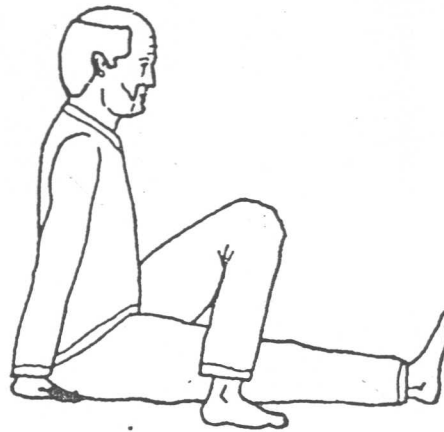
- Sentado sobre uma cama, afastar e aproximar as pernas.



- Deitado na cama, dobrar os joelhos, com os braços esticados ao longo do corpo, tentando levantar os quadris do colchão. A partir desta posição, esticar as pernas elevando-as até onde puder.



- Sentado na cama, com o dorso reto e as mãos apoiadas cruzar as pernas. Respiração livre.



- Deitado na cama, com os braços ao longo do corpo, flexionar alternadamente os joelhos contra o peito, soprando. Inspirar ao esticá-los.



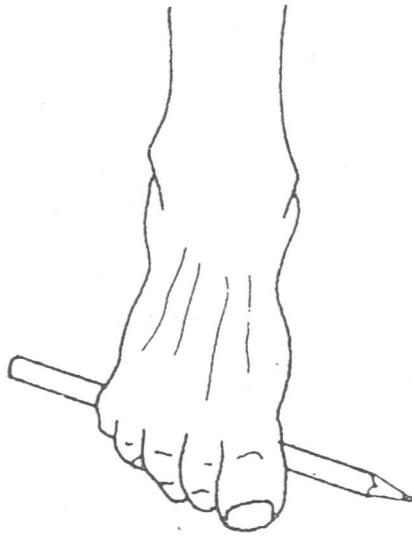
4.1.6 Exercícios para os pés

- Sentado numa cadeira, apanhar um lenço estendido no chão, com a planta do pé e sem levantar o calcanhar do chão.



apoiadas,

- Sentado numa cadeira, apanhar um lápis do chão com a zona plantar dos dedos dos pés.



o, fle-
oprán-

hã