

## O CUIDADO DO IDOSO FRAGILIZADO E DE SEUS CUIDADORES NO CONTEXTO DOMICILIAR

Lúcia H. T. Gonçalves<sup>1</sup>, Yolanda Flores e Silva<sup>2</sup>, Susan Pfeiffer<sup>3</sup>

**RESUMO:** Resultado da implementação de um subprojeto, parte de um projeto maior intitulado “Serviços Sociais e de Saúde Alternativos Para Idosos de Alto Risco Convivendo em Família e Comunidade”, subvencionado pelo CNPq/PIP. Trata-se de programa de pesquisa e assistência de enfermagem, com abordagem metodológica de pesquisa-ação, desenvolvida numa comunidade circunscrita a um centro de saúde (CSII) do município de Florianópolis, que teve por objetivos assistir os idosos fragilizados no contexto domiciliar e explorar as implicações da atuação da Enfermagem a cuidadores leigos, familiares ou não.

**DESCRIPTORES:** Idoso; Idoso débil; Serviços de assistência domiciliar; Assistência a idosos.

## CARING FOR THE FRAIL AGED AND THEIR CAREGIVERS AT HOME

**ABSTRACT:** The implementation of a subproject which is part of a larger Project sponsored by the CNPq entitled “Alternative social and health services to the high-risk aged who live with the family and in the community”. This is a nursing research and assistance program, with a research-action methodological approach developed in a community health center (CSII) in the county of Florianópolis, which aims to offer assistance to the frail aged persons within their own homes, and to investigate the implications brought about by nursing actions, performed along with layperson caregivers either family members or not.

**KEYWORDS:** Aged; Frail elderly; Home care services; Older age assistance.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Coordenadora do Grupo de estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas – GESPI.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Antropologia. Doutoranda da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

<sup>3</sup> Enfermeira. Bolsista do GESPI/UFSC. Atuante no grupo de Ajuda Mútua dos Familiares de idosos com Doença de Alzheimer ou Doenças Similares – GIG/HU.

Autor correspondente:

Lúcia H. T. Gonçalves

Universidade Federal de Santa Catarina – CCS – Pós-Graduação em Enfermagem

Campus Universitário – 88040-900 – Florianópolis -SC

## INTRODUÇÃO

Este trabalho é parte de um projeto maior sobre serviços sociais e de saúde alternativos para idosos de alto risco que convivem em família na comunidade, e teve como propósito geral assistir os idosos fragilizados no contexto domiciliar por meio de seus cuidadores, que costumam ser familiares e algumas vezes cuidadores leigos contratados.

A visita domiciliar periódica foi a forma encontrada para o conhecimento das condições de cada idoso em situação natural. A assistência domiciliar seguia uma abordagem na qual os envolvidos – idosos, familiares e/ou cuidadores leigos contratados e enfermeira – discutiam a situação e modos alternativos viáveis de cuidado e uso de serviços e recursos comunitários disponíveis.

As perspectivas deste estudo também objetivam explorar as implicações da Enfermagem nos cuidadores leigos de pessoas idosas fragilizadas, que poderiam vir a necessitar de apoio parcial em seu viver diário no contexto familiar. Tais implicações levam em conta, de modo conjunto, a eficiência dos cuidadores na prestação de assistência a outrem e, ao mesmo tempo, a si mesmos pela busca e manutenção de sua própria saúde e bem estar.

## REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A população do Brasil não é mais de jovens. Os jovens do país do futuro estão envelhecendo 3% ao ano, Bastos, (1996) e em 1991, segundo Berquó, (1996, p.8), atingimos sete milhões de pessoas acima de 60 anos; “pensando em termos de futuro, espera-se chegar ao final do século com 8.658.000 idosos, ou seja, um em cada vinte brasileiros terá 65 anos ou mais”. Esse crescimento populacional de pessoas idosas nos afeta de forma muito profunda, em decorrência da dependência econômica e física que toma conta de grande contingente de idosos, que não possuem aposentadorias suficientes para desfrutar de velhice tranqüila.

Envelhecer para muitas pessoas pode ser um triunfo, mas para poder usufruir deste momento é necessário dispor, principalmente, de políticas sociais e de saúde adequadas, que possam garantir um mínimo de condições de vida aos que chegam a essa fase. Como bem salienta Debert (1996), no Ocidente o prolongamento da vida é ganho coletivo, mas com o passar dos anos e com as atuais condições econômicas mundiais, este ganho tem sido interpretado como ameaça e perigo à reprodução da vida social. Isto porque as projeções de custos de aposentadoria e assistência médica indicam a impossibilidade de o sistema arcar com esses gastos. No caso do Brasil, essas perspectivas são ainda mais sombrias, visto que existe uma pobreza material flagrante que aumenta cada vez mais e nos apresenta uma velhice marginalizada e, porque não dizer, uma velhice de rua, sem casa, sem dinheiro, sem amigos, sem familiares, sem assistência.

Neste estudo em particular, fomo ao encontro do idoso que ainda usufrui do convívio familiar e comunitário. Nosso Interesse especial é sobre o ser que cuida, o cuidador leigo, e

o ser que é cuidado, o idoso fragilizado. Denominamos de cuidador informal ou cuidador leigo, segundo Helman (1994) aquela pessoa que é familiar, amigo, vizinho ou colega de trabalho; na esfera privada ou seja, na residência do doente, presta cuidados alternativos informais de saúde. Isto inclui desde o auto-tratamento, a consulta a pessoas experientes, pertencer a grupos de auto-ajuda e tratamento e cuidados recomendados por pessoas da confiança do doente e/ou da família. Esse cuidador leigo pode também ser contratado somente para essas funções e se destaca por gostar de cuidar de pessoas doentes ou dependentes. Chamamos de idoso fragilizado aquela pessoa que seria considerada da quarta idade, podendo ou não ter ultrapassado os 75 anos de idade. O que caracteriza sua fragilidade é a sobreposição de doenças crônicas e vulnerabilidade aos riscos que progressivamente vão incapacitando-o para a realização das atividades do viver diário, Gonçalves e col, (1996), requerendo um conviver assistido por outrem que ao fazer o atendimento domiciliar seja não só capaz, mas afetuoso e comprometido.

Karsch (1991), ao tratar da temática atendimento domiciliar e do que se encontra na literatura sobre vida privada, pública e social, relata: no que se denominou de atividades da esfera privada, encontram-se aquelas ligadas à manutenção da vida; ao homem cabia a manutenção ligada à busca de alimentos e abrigos adequados quando necessários, e às mulheres a sobrevivência da espécie pelos cuidados da saúde. Ainda na atualidade esta divisão de atividades na esfera privada não mudou muito, pois cabe às mulheres, no contexto familiar, definir e realizar aquelas atividades da vida diária rirrigidas às pessoas doentes ou carentes de cuidados. Silva (1991) acredita ser a mulher o elo focal dentro da rede social dos grupos familiares, a condutora nas decisões elementares de tratamento e cuidado durante as doenças ou acontecimentos considerados limítrofes ou de transição no ciclo da vida. Ou seja, a mulher continua sendo a maior responsável, pelo menos em nossa cultura, pelo processo de cuidar.

E isto é fácil de constatar, seja no cuidado leigo, em que mães, tias, avós, netas realizam as tarefas necessárias ao bem estar da família (do nascimento à morte), no cuidado popular com as benzedeiras, curandeiras e parteiras, e no âmbito profissional com a Enfermagem, profissão que mais está relacionada com o cuidado, profissão majoritariamente feminina (LIMA, 1993). Desta relação de cuidados e mulheres, vemos a enfermeira, enquanto profissional atuante, por meio da visita e do atendimento domiciliar, realizar assistência à saúde junto às pessoas, à família e à comunidade. Sem dúvida cuidadores leigos e pessoas cuidadas se podem beneficiar com esse recurso adotado desde o período pré-cristão ou pré-científico, segundo Mazza (1994), e que inicialmente possuíam um enfoque puramente caritativo.

A enfermeira, entre outros profissionais da saúde, está na posição mais indicada para promover e orientar o cuidado diário e a manutenção dos idosos fragilizados em condições de vida mais satisfatória possível, em parceria com os cuidadores leigos: familiares, amigos, vizinhos, voluntários

ou pessoas contratadas. Ela pode desenvolver aqui a função de apaziguador em conflitos e problemas de ordem familiar, bem como diagnosticar com maior objetividade as necessidades de saúde entre pessoas cuidadas e cuidadoras. Como dificilmente teremos profissionais suficientes para o atendimento diário de todas as pessoas que se encontram doentes em seus domicílios, a orientação e acompanhamento dos cuidadores leigos é uma modalidade de prática que precisa ser mais bem avaliada e é o motivo porque realizamos o presente estudo.

Ao lado da assistência básica de Enfermagem e de ensino de cuidados no apoio às atividades de vida diária do idoso doente e fragilizado, poderá a enfermeira atuar como elemento integrador da família em situações de crise ou conflitos? Given & Given (1991), afirmam que a trajetória do processo de cuidar de um membro idoso fragilizado, no seio familiar, é pontuada de muitas dificuldades. No caso do cuidador: exaustão física e mental, deterioração da saúde, conflitos relacionais intrafamiliares, exaustão de recursos materiais e econômicos; no caso do idoso: insensibilidade às suas reais necessidades e expectativas, maltrato, abandono, sendo que muitas vezes o cuidador atua como um estressor, um dos responsáveis pela diminuição da qualidade de vida entre outras dificuldades. A par disso, a autora relata também a existência de pesquisas que destacam resultados positivos na relação cuidadora e pessoas cuidada, onde o auto-respeito, a auto-estima e gratificação pessoal são manifestações reconhecidas por ambas as partes. Em face da presente possibilidade dessas duas polaridades no contexto do cuidado, fazem-se necessários testes de modelos de prática de Enfermagem, que façam diferença e contribuam para um viver e conviver diário mais satisfatório das famílias com elemento idoso doente ou fragilizado, às voltas com dependências. Cabe aqui ressaltar o pressuposto de nossa experiência prática em que a decisão pela atuação reque a aceitação e participação das partes envolvidas em todo o processo do cuidar.

Considerando que essa maneira de prover serviços é ainda pouco explorada pela Enfermagem, foi também propósito deste estudo experimentá-la. Usou-se assim uma metodologia de pesquisa-ação que favorece, ao desenvolver uma prática sistematizada e controlada, a participação dos envolvidos na identificação de necessidades, a implementação de ações em resposta àquelas necessidades, e cujas avaliações sucessivas resultam na (re)formulação de modelos e/ou métodos específicos apropriados à situação.

Thiolent (1994) afirma que a pesquisa-ação só pode ser concebida quando for realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, em que pesquisadores e participantes da situação pesquisada podem, juntos, resolver ou esclarecer os problemas observados. Também se pretende com esta forma de pesquisa, aumentar o conhecimento dos pesquisadores e das pessoas ou grupos que vivenciam a situação investigada.

Adotamos o método, por entendermos que os objetivos desse tipo de pesquisa social se adequam perfeitamente aos

nossos, visto que o nosso referencial para prover esta forma de serviço alternativo na família incluía a participação ativa de todas as pessoas que estavam diretamente envolvidas no cuidado do idoso fragilizado, mesmo este.

## CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE ENVOLVIDA

A comunidade onde realizamos o estudo localiza-se em um bairro de Florianópolis; sua configuração geográfica é a de estreita faixa de terra ao longo de aproximadamente 5 km de orla marítima, tendo como limite interior vários morros. Os moradores, por isto, vivem em casas situadas em sua maioria acima do nível do mar, havendo dificuldades para o acesso a estas ruelas e serventias, em sua maioria sem calçamento, com muito barro, pedras e falta de segurança.

A população consiste em aproximadamente 11.000 pessoas, tendo por atividades principais de sustento a pesca, o comércio, atividades em instituições públicas, e como domésticas, diaristas, jardineiros, entre outras ocupações. O desemprego e o subemprego são dominantes para grande número de pessoas, que têm migrado mais recentemente para a comunidade e que moram nas partes mais altas dos morros ou nas regiões dos magueiros. A expressão para esta realidade de migração está para os que moram no bairro há mais de 20 anos, e que vieram de outras localidades da Ilha de Santa Catarina ou mesmo de cidades do interior, como Paulo Lopes e Garopaba; ou ainda os moradores mais recentes, funcionários da Universidade Federal e Eletrosul, em sua maioria, gaúchos, cariocas e paranaenses.

Em termos de infra-estrutura, o bairro tem problemas, principalmente nas partes mais altas ou nos manguês (quase todos aterrados), onde a água não é tratada, não existe saneamento, e a coleta do lixo é precária. Entretanto, nas regiões que ficam intermediárias: próximo ao asfalto e nas ruas próximas do morro onde existem calçamentos de lajotas, a coleta do lixo é diária, a água é tratada, embora não exista tratamento de esgoto na região.

Quase todas as casas que ficam nesta porção intermediária são próprias, de alvenaria, ou mista e contam com energia elétrica. A comunidade dispõe de um Centro de Saúde nível II (1) ligado à Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social da Prefeitura Municipal de Florianópolis; uma escola municipal, uma estadual e uma escola privada com primeiro e segundo grau; uma farmácia, duas associações de moradores (resultado de brigas entre migrantes e não migrantes, e desacordos políticos partidários); três igrejas – uma católica e duas evangélicas; um centro espírita, que atua com atendimento à saúde (médicos e profissionais da área da saúde) e distribuição gratuita de fitoterápicos; e por fim a associação de mães e amigos da criança e adolescente, criada por um conselho de uma das associações de moradores e mantida pela prefeitura, secretaria da família e comunidade. A região conta também com serviços bancários, muitos comércios de alimentos, roupas e variedades

de utilidades domésticas, salões para corte de cabelo femininos e masculinos, posto de gasolina, entre outros serviços. Está localizada em uma região onde existe a passagem obrigatória de todos os ônibus que vão para o sul da ilha, o que torna o serviço de transporte muito satisfatório, embora a população local, em função das taxas de passagens, prefira pegar somente os ônibus que fazem a linha para o bairro aeroporto, que é mais barata.

O Centro de Saúde faz parte do Sistema Único de Saúde – SUS do município. Funcionava, no período do estudo, com três turnos, incluindo o noturno, com assistência médica (clínica, pediátrica e ginecológica), de Enfermagem (ginecologia, puericultura, visita domiciliar e procedimentos básicos de orientação e supervisão), de nutrição (uma vez por semana), de psicologia (duas vezes por semana) e odontologia (no posto e na escola municipal). Ao todo a equipe contava com quatro médicos, uma enfermeira (co-autora do estudo), dois odontólogos, dois técnicos em Enfermagem, quatro auxiliares de Enfermagem, um auxiliar odontológico, duas secretárias administrativas e uma auxiliar de serviços gerais. Pertencia a equipe, em caráter temporário, as demais autoras desse estudo, para o desenvolvimento do programa em questão como uma experiência piloto de agosto de 1993 a dezembro de 1994.

A população que frequenta este centro é constituída em sua maioria por mulheres com idade entre 20 e 50 anos, que procuram principalmente os serviços médicos. Atualmente, estão cadastrados em torno de 8.000 clientes em prontuários individuais; no período das visitas domiciliares eram aproximadamente 6.500.

Aqui, a exemplo de outras localidades de Florianópolis, a família se organiza a partir do modelo patriarcal. Entretanto são as mulheres, com seus trabalhos informais, as responsáveis pela manutenção de pelo menos 50% do orçamento familiar. Também são as mulheres que primeiro procuram as instituições de saúde e/ou alternativas possíveis de cuidado e tratamento nos momentos de doença.

Os cuidados com a casa e higiene pessoal são precários, entre as famílias que habitam algumas zonas do mague e nas partes mais altas dos morros. Também são difíceis as relações entre vizinhos e membros de algumas famílias. Embora existam muitas tentativas de se auxiliarem nos momentos de crise, é comum o relato de histórias de brigas, incestos e violações nas famílias. Nessas áreas, onde a vida e as relações são mais críticas, é que encontramos algumas casos de famílias nas quais as pessoas sofrem de distúrbios mentais, onde pais e filhos (a partir de nossa ótica cultural e profissional), aparentemente não possuem competência para o autocuidado e/ou cuidado de outrem como crianças pequenas e idosos dependentes. Esses dados, embora visíveis, não estão registrados nos prontuários do centro de saúde. Há ainda outros dados de alto índice de hanseníase e tuberculose. Atualmente o HIV entre adultos jovens; diabetes e hipertensão entre adultos de meia idade e idoso, e bronquite e asma entre as crianças, estão relacionados nos levantamentos epidemiológicos da região.

## VIVENCIANDO A PRÁTICA DE VISITAÇÃO DE FAMÍLIAS COM IDOSOS FRAGILIZADOS

Para nosso estudo, escolhemos aquelas famílias que procuraram o Centro de Saúde solicitando uma visita domiciliar ou consulta médica para avaliação de idoso acamado e dependente. Embora tenhamos cuidado de várias famílias com características e necessidades distintas, as seis famílias escolhidas para o estudo tiveram como critério o idoso que necessitava de cuidados diários no âmbito domiciliar. Assim, para nossa experiência piloto de assistência a idosos e seus cuidadores, com o referencial de pesquisa-ação, tivemos famílias com as seguintes características: a) Família cujos filhos cuidam de seus idosos; b) Família onde alguns filhos e netos cuidam de seus idosos; c) Família filhos e netos cuidam de seus idosos; d) Família onde os cônjuges idosos se cuidam; Família onde seu idoso é cuidado por um cuidador contratado; f) Família onde a idosa é uma cuidadora a serviço de uma outra idosa.

Como se pode observar pela caracterização, as famílias têm encontrado formas distintas para o atendimento de seus idosos no contexto domiciliar. Acreditamos que se outras famílias fossem escolhidas para participação no estudo, outras formas diferentes seriam encontradas, fazendo-nos crer que cada pessoa tem sua individualidade própria, como cada pessoa tem sua unidade peculiar que, no entender de Helman (1994), constitui uma cultura familiar própria.

## FAMÍLIAS CUIDADAS – UMA DESCRIÇÃO

É importante que, ao realizarmos as primeiras visitas e de acordo com a metodologia adotada, conversamos com a família sobre nosso trabalho ser de caráter experimental, bem como das possibilidades de ele vir a ser implantado no futuro no Centro de Saúde como serviço alternativo de apoio às famílias com idosos fragilizados.

Explicitamos também que esse serviço requeria a participação de todos os familiares, inclusive o idoso, no sentido de que, juntos, pudessem encontrar soluções possíveis do viver diário, que necessitasse de acomodações para o atendimento.

Esse modelo de prática privilegia a participação, pressupõe a aprendizagem de comportamentos saudáveis de enfrentamento e conquista crescente da cidadania pela reivindicação dos direitos e salvaguarda dos deveres individuais e coletivos. Fazer-se entender prática, ainda incomum nos Serviços de Saúde convencionais, representou tarefa demorada e persistente, para que fosse possível colocar em prática a dinâmica de ação requerida. Também cuidou de conhecer os suportes de atenção à saúde concretos existentes na comunicação e fora dela, como serviço de transporte gratuito, empréstimos de equipamento médico-hospitalar para domicílio, roupas, camas, medicamentos, alimentos, próteses, entre outros. Por último, foi necessário garantir o compromisso do Centro de Saúde em fornecer material e manter algumas visitas extras para os casos considerados mais graves em situações emergenciais ocorridas naquele período de estudo.

Metodologicamente nossa ação compreendeu passos

sucessivos: (a) escolha e identificação das famílias a serem trabalhadas; (b) mapeamento da localidade e das áreas de vistas, com distâncias e pontos de referência para acesso; (c) visita domiciliar para as apresentações e explicitação dos objetivos; (d) visita sistemática para a discussão e avaliação da situação e dos meios de ação necessários e possíveis aplicando o processo de Enfermagem; (e) busca sistemática de meios de apoio na comunidade e fora dela e encaminhamentos necessários; (f) reflexão com a equipe de pesquisa quanto à condução do estudo e a emergência de resultados; (g) visitas finais para encerramento do trabalho com avaliação participativa.

A idéia da pesquisa-ação, a qual implica importante trabalho conjunto com as pessoas investigadas, visa a transformar a realidade, ou pelo menos alcançar realizações efetivas que modifiquem o campo social em que essas ações são desenvolvidas. Entretanto esse caminho da transformação deve ser perseguido realisticamente, considerando os recursos e situações concretas disponíveis. Os comportamentos de saúde de caráter cultural, fazendo parte de um sistema de valores, significados e crenças, devem no mínimo ser avaliadas, quando não pareçam, sob a ótica profissional, prejudicial à vida e à saúde das pessoas, esses são respeitados em princípio, mas cumpre colocá-los em questão de avaliá-los participativamente, rumo à possibilidade de acomodação ou repadronização de condutas culturais.

Pensar a transformação exige participação contínua nas discussões de temas e ações que sejam consideradas necessárias para determinada situação e contexto. O sistema social, como um todo, não muda, por que mudam as situações, ou porque ocorrem pequenas modificações em determinado momento. Assim, para a chamada conscientização ser completa, faz-se necessária a continuidade dos acontecimentos e das relações que modificam uma situação problema.

Por essa razão é que consideramos o que apresentamos a seguir como resultado de uma forma de atuação que pode dar certo, que tem aspectos positivos, que precisa de um mínimo de infra-estrutura básica para a concretização das mudanças.

#### Família cujos filhos cuidam de seus idosos

Nesta família, a pessoa idosa era Laura\* com 72 anos, viúva a 19, teve quatro filhas e um filho, mora em casa própria de madeira, com quarto, sala, cozinha e banheiro, ao lado da casa do filho e de uma das filhas. Sofreu AVC há um ano e dez meses, tendo ao longo desses últimos meses perdido a mobilidade para sentar, andar e alimentar-se sozinha. Falava com dificuldade e mal conseguia elaborar as palavras, tendo momentos de lapso de memória recente e remota. Em seu prontuário contava que verificava sua PA quase que diariamente em decorrência de hipertensão e diabetes, porém não constava nada além da medicação e exames periódicos de glicemia.

Entre os problemas detectados por nós destacamos: (1) cuidados realizados sem periodicidade, negligência na administração de medicamentos, higienização e ações básicas

de Enfermagem como massagens, exercícios respiratórios, exercícios para melhoria de motilidade, entre outras; (2) cuidadores não preparados e comportamentos agressivos com a idosa; (3) conflitos entre os cuidadores. O problema maior encontrado, quando à realização dos cuidados em Laura, era o não cumprimento do que se sabe decidia, para melhorar o atendimento desta em casa. Os conflitos entre todos os membros da família, havendo estresse e interação negativa entre eles. Essa perturbação interacional a nós ver tornou difícil uma relação mais tranqüila entre nós e os familiares. Apenas quando Laura foi hospitalizada, é que se percebeu uma aproximação entre todos os familiares, havendo até revezamento para a permanência deles no hospital até sua morte. Da relação com essa família ficaram muitos questionamentos e a certeza de nossa pouca preparação para atuar ainda no nível das emoções e dos conflitos familiares. É preciso ter cuidado com os pré-julgamentos, com as certezas absolutas e, principalmente, com o pouco compromisso que os serviços de saúde têm com a vida de nossos clientes. Laura era avaliada mensalmente por médicos e enfermeiras no centro de saúde; verificavam sua pressão quase diariamente e no entanto não encontramos no prontuário nenhum alerta quanto à possibilidade de AVC, anotações sobre a elevação de sua PA, orientações sobre cuidados básicos de Enfermagem.

Ficam as perguntas: qual o compromisso do Centro de Saúde com seus clientes, com a prevenção de patologias e problemas diversos de saúde? Qual o compromisso dos profissionais que lá se encontravam, que lembravam de Laura, de seus problemas e nada fizeram para impedir que os mesmos chegassem em um AVC? Por que somente um ano e dez meses após seu AVC Laura recebeu sua primeira visita domiciliar? Qual a responsabilidade de Laura e de sua família no agravamento dos problemas observados por nós?

#### Família onde alguns filhos e netos cuidam dos seus idosos

Joana, de 75 anos, viúva há mais de vinte anos, teve seis filhos, três homens e três mulheres, nasceu em Paulo Lopes e veio para Florianópolis quando casou. Fez o primeiro grau completo, tendo trabalhado na roça, e depois como faxineira e lavadeira para auxiliar no sustento de casa até 65 anos. Mora com uma filha e três netos em uma casa de madeira com dois quartos, sala, cozinha conjugada e um banheiro. No mesmo terreno de sua casa moram, em outras duas casas pequenas, outra filha e um neto que casou a pouco tempo.

Uma vizinha encaminhou-nos Joana (único caso em que os familiares não solicitaram visita), colocando-nos a par de sua dificuldade para realização de curativos e dores constantes em decorrência de tumor na mama. Em nossa primeira visita, a própria Joana nos colocou a par de sua situação: diagnóstico de diabetes há mais de dez anos, câncer da mama direita há três anos.

Problemas detectados por nós: (1) mama direita com sangramento e infecção, desnutrição e dores; (2) curativos não realizados, mama com odor fétido, porque os cuidadores tinham

receio de realizar o curativo: falta de informação, incapacidade de lidar com situações que envolvessem manipulação de órgãos feridos, sangue e secreções; (3) alimentação inadequada e em pequena quantidade para a cliente diabética; (4) cuidadores ficavam fora de casa o dia todo, os cuidados são realizados por netos (crianças) durante o dia; somente a noite e em fins de semana era cuidada por adultos; (5) necessidade de avaliação quanto às dosagens de medicamentos para dor.

Joana não tinha prontuário no centro de saúde. Nos últimos três anos vem em consulta no CEPON (Centro de Estudos e Pesquisa em Oncologia), e recebe assistência não só no que se refere ao câncer de mama, diagnosticado nesta época, como também para outros problemas. Para resolução desses problemas contamos com a colaboração da família. Embora as visitas fossem realizadas na semana à tarde, tentamos, em algumas ocasiões, deixar instruções escritas, ou conversávamos com eles à noite.

O suporte comunitário foi muito importante: vizinhos que se alertam para as necessidades de uma pessoa doente, que passaram a fornecer alimentos ou a prepará-los, condução para a ida ao CEPON, e uma visita da equipe desta instituição, quando acionamos seus serviços. Embora tenhamos perdido nossa cliente poucos meses depois, acreditamos que o trabalho realizado em sintonia com a família que, mesmo ocupada, tentava dar o melhor de si, a boa relação com os vizinhos e a atuação dos profissionais do CEPON, proporcionaram a Joana um atendimento de qualidade em seus últimos momentos. O senso de humor dessa cliente, até o desenlace, demonstrou-nos que pudemos oferecer-lhe algo muito especial em termos de assistência.

Para nós ficou claro que muitas das situações vivenciadas por Joana se deram em decorrência de alguns fatores que importa considerar, tais como: a) a família não se sentia preparada para atuar, mas também não procurava ajuda; b) Joana e sua família desconheciam que podiam solicitar ao CEPON visitas periódicas para avaliação no próprio domicílio; c) o centro de saúde desconhece a comunidade onde se encontra inserido, não tendo envolvimento com as situações problema de sua população; d) o CEPON não possuía, naquele momento, um serviço de orientação aos seus usuários que proporcionasse explicações quanto à utilização de seus serviços.

#### Família onde os filhos e netos cuidam de seus idosos

Os idosos cuidados eram José e Sônia, 88 e 83 anos, respectivamente. Pelo genograma traçado da família, pode-se avaliar o tamanho desta família e o grau de interação entre seus membros, sendo maior o número de interações positivas do que aqueles marcados pelo distanciamento e perturbações. Os problemas que encontramos se deviam principalmente à

falta de orientação de cuidados. Sônia, casada há mais ou menos 50 anos, teve 16 filhos, com a sobrevivência de apenas três. Nunca foi à escola, trabalhava de lavadeira e sustentou a família quase toda a vida de casada, porque o José, conforme seu relato, sempre foi “boa vida” e “mulherengo”. Há mais ou menos um ano está acamada em decorrência de uma queda e fratura da bacia. Morou com uma neta durante algum tempo e no momento está com uma filha, em uma casa com 3 quartos, sala de jantar, cozinha conjugada e banheiro. Ocupa com José um quarto onde se encontram 2 camas, mesa, televisão e uma cômoda.

Problemas detectados: (1) agitação noturna de Sônia impedia a família de descansar e criava alguns atritos entre sua filha e o genro que não a quer mais em casa; (2) orientação dos cuidadores quanto à realização de cuidados básicos para evitar escaras e problemas respiratórios; (3) falta de avaliação médica para averiguar a necessidade de medicamentos para dor (sente muitas quando movimentada), para insônia (fica acordada à noite e quer conversar terminando por agitar-se muito); (4) necessidade da mudança de domicílio (retorno a casa da neta), em decorrência das brigas entre sua filha e o genro e possível separação de seu José (a casa da neta não tem espaço para os dois).

As soluções foram encontradas em conjunto com a família. Quando se decidiu pela mudança de casa, os cuidadores tentaram revezar-se para os cuidados diários na casa da neta: compra de alimentos mais ricos em vitaminas e proteínas (auxílio de vizinhos e polícia militar), fornecimento de orientações e todo o material para os cuidados básicos de Enfermagem, visita de médico no domicílio (médico do hospital da polícia militar). Sônia foi assistida poucos meses antes de sua morte no hospital da polícia militar, tendo ainda voltado algumas vezes para casa; todos os familiares, mesmo José, participaram de todas as etapas de cuidados até o desenlace. José nesse período também era assistido pela família, quando teve problemas respiratórios.

#### Família onde os cônjuges idosos se cuidam

João e Maria, 67 e 64 anos, respectivamente, moram sozinhos em sua casa, e sustentam com a aposentadoria de ambos e os trabalhos de lavadeira de Maria. Possuem uma casa de alvenaria com amplas dependências: sala de visitas, dois quartos, banheiro, sala de jantar, cozinha e copa. Nos fundos da casa, há um rancho onde fica o tanque de lavar roupas e, na frente dele, ficam um varal e uma garagem; onde um dos filhos, que mora ao lado, guarda seu carro. Maria fazia visitas periódicas ao Centro de Saúde para avaliação de pressão arterial, diabetes e realização de exames preventivos de câncer cérvico-uterino e mama. João não tem prontuário no Centro, embora tenha história de hanseníase e internações por essa causa. Realizamos nossa primeira visita para entrega dos resultados do exame papanicolau de Maria e um teste de glicemia realizado por nossa equipe de pesquisa no centro de saúde. Em decorrência de algumas alterações nos exames,

\*Todos os nomes próprios adotados a partir de agora são pseudônimos escolhidos por nós para a proteção dos participantes desse estudo.

achamos conveniente uma visita, embora a história familiar de Maria não a colocasse na condição de idosa fragilizada. No sentido da dependência para sua própria manutenção.

Entretanto, ao constataremos que Maria e João moravam sozinhos e que no momento essas alterações precisavam de orientação quanto a alguns cuidados básicos, resolvemos iniciar nossas visitas, pensando em termos de prevenção da instalação de um possível quadro que levasse o casal à situação de dependência.

Problemas detectados: (1) alterações em exames laboratoriais dos níveis de glicemia de Maria; (2) alterações na PA de Maria e posteriormente na de João; (3) apresentação de cefaléia, ruborização, fadiga, dificuldade respiratória, diminuição do apetite, edema dos membros superiores, em Maria; (4) alteração respiratória e perda da sensação de dor em João.

Nossa atuação foi pequena em termos de cuidados, visto que os dois procuravam cuidar de si, e apenas procuraram os filhos quando Maria teve os primeiros sintomas de AVC; com a pronta intervenção nossa e dos serviços de saúde, pode ser evitada a tempo. Os problemas que ocorreram foram no retorno para casa, quando os filhos resolveram assumir os cuidados básicos dos pais. João entrou em conflito com os filhos, porque queria assumir todos os cuidados com Maria. Os conflitos e a interação negativa de João com as noras pareceram resultar da ansia das mesmas em agradar, mas perturbaram a ordem estabelecida pelos dois cônjuges.

Nesse caso, pudemos observar que embora o apoio familiar seja importante, os familiares necessitam negociar participativamente os apoios a oferecer. O diálogo entre estes pode ser mediado pela enfermeira, que em nenhum momento impõe sua vontade enquanto técnica, mas deve ser firme quanto à proteção da individualidade das pessoas que são cuidadas, quando esta proteção não interferir nas reais necessidades de cuidados destes.

Família onde o idoso é cuidado por uma cuidadora contratada

Marta, 88 anos, viúva há mais ou menos 20 anos, teve 8 filhos, cinco homens e três mulheres. Mora em casa própria com cozinha e copa conjugada, banheiro e quarto de dormir com duas camas. No mesmo terreno de sua casa está outra casa de alvenaria, onde mora sua cuidadora contratada Rita. Marta é analfabeta e antes de vir para esta casa, que fica ao lado da casa de uma das filhas, morou com um neto e também no asilo. Refere gostar dessa casa. Quase não recebe visita dos filhos, sai pouco, passando muito tempo assistindo a programas de televisão, embora ouça mal. A nossa visita foi solicitada por uma neta que era do Centro de Saúde.

Problemas detectados: (1) cuidados básicos negligenciados pela cuidadora e pelos familiares; (2) conflitos entre cuidadora e familiares: acusações de exploração da cuidadora e de negligência dos familiares; (3) falta de orientação da cuidadora para realização de alguns cuidados;

(4) falta de material necessário à cuidadora para que realize alguns cuidados; (5) ausência da família nas decisões pertinentes aos cuidados de Marta; (6) cuidadora se sentindo vigiada pela família e pela enfermeira.

Observamos como as relações entre essa família e a cuidadora eram difíceis. Nossa equipe teve de trabalhar, colocando para as pessoas envolvidas a necessidade de assumir mais os cuidados de Marta. O fato de contrarem uma cuidadora não os desobriga de estarem por perto e muito menos de também realizarem alguns cuidados para que a cuidadora pudesse descansar e até mesmo cuidar de si.

O impasse com essa família foi não aumentar mais ainda a distância entre nós e a cuidadora, que se sentia ameaçada com estas sugestões (férias, folgas semanais e revezamento com cuidadores da família). O outro impasse foi na relação com a filha, que era sua vizinha. Esta nunca teve boa relação com a mãe, não se sentindo particularmente responsável ou envolvida com as suas necessidades. Em função disto não fornecia material necessário para os cuidados elementares com a mãe, bem como não sentia necessidade de opinar sobre quaisquer falhas ou acertos destes cuidados.

Família onde a idosa é uma cuidadora leiga a serviço de outra família

Rita, aos 57 anos, não é considerada idosa e muito menos fragilizada, se observarmos a questão a partir do que é preconizado segundo Veras (1994), que é de 60 a 69 anos para idosos jovens, 70 a 79 anos para meio – idosos e acima de 80 anos para idosos velhos. Entretanto, segundo o mesmo autor, se definirmos a velhice do ponto de vista cultural, veremos que em muitos países, onde a expectativa de vida é de 37 anos, provavelmente as pessoas que chegam a esta faixa de idade já podem ser consideradas idosas e talvez tenha todos os problemas de saúde e desgaste comuns em pessoas com idades mais avançadas de outros países ou de centros mais desenvolvidos.

No caso de Rita, a sua fragilidade, ou melhor, o seu desgaste estava no fato não só de precisar cuidar de outra idosa, mas também ter que cuidar de netos, morar com filhos que aparentemente dependem dela financeiramente e emocionalmente. Está separada do marido há dez anos, tendo tido nove filhos. É cozinheira aposentada por doença: mora em Florianópolis há seis anos sendo que, destes, cinco anos tem sido cuidadora de Marta. Em troca dos cuidados de Marta, a casa ao lado é cedida pelos familiares de Marta, com as contas de água e luz pagas.

Problemas detectados: (1) cansaço e estresse, não tem férias há cinco anos e nenhuma folga nos finais de semana; (2) é hipertensa, tem história de início de AVC, faz uso de propranolol; (3) história de nódulos pulmonares sem confirmação de neoplasia, faz avaliação no CEPON a cada três meses desde que chegou a Florianópolis. Neste último ano não tem conseguido agendar suas consultas por falta de tempo; (4) não teve treinamento para a execução de cuidados

básicos a doentes como cuidadora leiga; (5) conflitos com Marta, com os familiares de Marta e com seus próprios filhos.

Anosso ver, a atuação de nossa equipe foi limitada em função do medo que Rita passou a ter de perder o seu papel de cuidadora. Acreditamos que a passividade da família de Marta, deixando em suas mãos todos os cuidados sem questionamentos, pareceu-nos ser o maior responsável pelos problemas manifestados. Falamos a Rita sobre seus direitos e deveres, e tentamos conseguir junto a ela novas avaliações de seu estado de saúde, férias e folgas periódicas, com a ajuda de uma cuidadora mais jovem, que terminou por competir com ela pelo espaço.

## ATENDIMENTO DOMICILIAR E ALGUMAS IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Conforme a apresentação das seis famílias regularmente visitadas e cujos idosos foram cuidados pelas enfermeiras, autoras deste estudo, pode-se depreender que a manutenção do idoso doente e/ou fragilizado no domicílio reveste-se de inúmeras implicações para a família e a sociedade em geral, para os serviços sociais e de saúde; para os profissionais da saúde, com destaque às enfermeiras, entre outros.

Da reflexão, em face das causas da assistência domiciliar em questão, destacamos alguns aspectos emergentes que, em última análise, tem implicações para uma vida condigna das pessoas idosas como cidadãos; não importando em que situação se encontrem, merecem exercer seus direitos e deveres, conforme foi explicitado na Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento da População, promovida pelas Nações Unidas em 1992. Assim, urge a operacionalização efetiva de muitas políticas públicas e sociais aprovadas em diferentes níveis, algumas regulamentadas, que vêm sendo observadas na atualidade, e cujos discursos são de grande mérito, porém acompanhadas de práticas ainda pouco expressivas. Destacamos, portanto, dois pontos, para discussão aberta e inicial, enfocando o objeto deste estudo.

Da necessidade de instrumentalização no sistema de saúde vigente com serviços e programas gerais e específicos que contemplem o atendimento global das necessidades de saúde da população idosa incluindo famílias envolvidas.

A prática nos expôs as dificuldades de um cuidado globalizado, considerando a inexistência de programas alternativos de opção que melhor responda às necessidades de cada família e idoso fragilizado. Por exemplo: não dispomos ainda de um centro diurno e hospital diurno geronto – geriátrico, serviços esses de grande alcance da população geral, beneficiando tanto o idoso com atendimento especializado, durante uma parte do dia, quanto os familiares cuidadores, aliviando-os das sobrecargas e ameaças de doenças e desgastes e possibilitando-lhes a manutenção do idoso, mesmo doente, em convívio familiar menos conflitante.

A prática nos mostrou essa necessidade, pois as

mulheres tem sido cuidadoras primárias: filhas, noras e netas. Estas, por sua vez, na maioria, encontram-se no mercado de trabalho, realidade atual e geral, sobretudo em famílias pobres. Tal situação tem tornado difícil a função de cuidadora, daquelas mulheres que são obrigadas a exercer dupla ou tripla jornada de trabalho em cada dia, com o que podem causar, do ponto de vista da dinâmica familiar, a instalação de conflitos, em consequência de sobrecargas e doenças da cuidadora, e descuido e negligências do idoso sob seus cuidados, gerando a piora da situação de vida e de saúde.

Outro exemplo é o programa pouco valorizado de atendimento domiciliar. Este é adotado em alguns sistemas de saúde, porém em âmbito restrito e sem um apoio logístico aos que o praticam. Neste estudo, o cuidado domiciliar ao idoso a aos seus cuidadores foi realizado em caráter experimental, e não encontrou no sistema de saúde local necessário recurso, como suficiente material de Enfermagem; apoios como de pessoal de Enfermagem para fazer curativos complexos, diários ou cuidado integral no domicílio; possibilidades opcionais de encaminhamento para a solução de problemas específicos, sejam hospitalização imediata, consulta médica em especialidades (neurologia, oncologia); encaminhamentos ágeis para a execução de provas e exames laboratoriais.

A assistência domiciliar é uma das modalidades de serviço de saúde mais antigas, observadas tanto na prática da Enfermagem quanto da medicina. Com o desenvolvimento da tecnologia médica e do advento da especialização e da institucionalização da saúde essa prática caiu em desuso. É preciso repensá-la, considerando ser essencial na assistência primária de saúde da crescente população idosa, que consome quase a metade dos gastos totais com a saúde das populações de muitos países, mesmo em nosso meio, conforme advertem Cavalcanti e Saad (1990). Especialistas do mundo todo, que colaboram nas publicações editadas pela OMS, como Krulik e Katz (1992), Steel e Gezary (1994) têm insistido na necessidade do resgate da prática do atendimento domiciliar como forma de proporcionar atenção primária de populações, nas quais a preservação da cultura familiar e o atendimento personalizado são essenciais, como é o caso dos idosos e suas famílias.

Autoras de Enfermagem como Lillard e Marietta (1989), Saide (1985), Gonçalves e col. (1989, 1996). Given & Given (1991) entre outras, têm enfatizado o importante papel da Enfermagem no atendimento domiciliar em benefício principalmente das famílias de idosos no cuidado da saúde, no aspecto educacional, no apoio das atividades de vida diária, de cuidados especializados em condições peculiares de saúde/doença, de cuidados paliativos, dentro da modalidade de internamento domiciliar a pessoas com doenças terminais, um modelo que vem sendo aos poucos adotado no Sistema Único de Saúde (SUS) em algumas municipalidades.

Entretanto carece ainda de estudos abrangentes e avaliados ao longo do tempo para encontrar respostas quanto aos modelos alternativos eficientes de assistência de Enfermagem à população idosa que, necessariamente, envolva uma prática interdisciplinar e participativa.



Da necessidade de uma visão ou (re)visão em face do envelhecimento da população e suas expectativas

A velhice é tema que nas últimas duas décadas, em nosso meio, vem sendo progressivamente debatido, de uma posição de ocultamento ou de benevolência como resposta de atitudes negativas prevalentes, para uma posição pública de discussão contra os preconceitos negativos e enaltecimento da velhice como fonte de todas as qualidades humanas e livre de qualquer atributo negativo ou pelo menos sempre evitáveis.

Entretanto os estudos epidemiológicos e de população vem revelando que, ao longo desse mesmo período, mudanças no perfil da população idosa acontecem de modo dinâmico, exigindo que novos fatos cheguem ao conhecimento da sociedade e sejam debatidos amplamente, de modo realístico, para possibilitar a formação de atitudes condizentes da sociedade em relação à realidade atual. Um dos aspectos emergentes, objeto desse estudo, refere-se à progressiva fragilização de uma parcela do extrato idoso conseqüente do aumento da longevidade; das mudanças de padrão cultural das famílias diminuindo a proteção e cuidado; e ainda, de outros fatores como a pobreza, a precariedade de serviços sociais e de saúde. Tal situação impõe a tomada de novas posições que transcendem a simples responsabilidade individual de envelhecer bem, para uma de compromisso social, coletivo e ético da sociedade como um todo.

Da parte dos profissionais de saúde acresce-se empreendimentos, ao lado de competência técnica específica, de ordem política e participativa com todos os segmentos envolvidos na luta e conquista, em diferentes níveis, para que se viabilizem políticas sociais e públicas que dêem conta do novo panorama que se vem apresentando.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo representa o início de outros que dearão continuidade à exploração e testagem de tecnologias de abordagem da Enfermagem no atendimento domiciliar de idosos doentes ou fragilizados e de familiares cuidadores, em diferentes contextos sócio-culturais. Não há como apresentar qualquer posição conclusiva, porém podemos apontar algumas suposições que emergiram do estudo, como: o atendimento domiciliar por parte da enfermeira do Centro de Saúde é fundamental para muitos idosos que têm problemas de locomoção e, quando não possuem recursos ou ajuda para o transporte, postergam a busca de solução das questões simples, levando a quadros de agravamento de condições de vida e saúde evitáveis; os familiares cuidadores devem ser considerados igualmente clientes da enfermeira, pois, à medida que cuidam do seu idoso, adoecem ou se tornam vulneráveis, devido à sobrecarga e desgaste pelo trabalho adicional. A ação da enfermeira se torna útil na prevenção dessas doenças ou como integradora, em face dos conflitos intrafamiliares, quando encontram, de modo participativo, a redistribuição de tarefas entre os cuidadores e/ou, tornando as tarefas do cuidar menos estressantes por meio da aprendizagem, apoio e busca de

suporte social na comunidade. Por fim, tais suposições carecem de comprovação por estudos mais extensivos, a fim de que, se concluídas positivamente, constituíam subsídios técnicos consistentes para a incorporação do serviço no conjunto dos serviços alternativos do serviço no conjunto dos serviços alternativos requeridos pela coletividade.

## REFERÊNCIAS

1. BASTOS, A. Retratos da vida: a velhice que dói. Diário catarinense, Florianópolis, 12 de Maio de 1996.
2. BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população idosa no Brasil. Trabalho apresentado no Seminário Internacional sobre Envelhecimento Populacional: Uma Agenda Para o Fim do Século. Brasília, 1-3 de julho de 1996.
3. CAVALCANTI, M.G.P.H., SAAD, P.M. Os idosos no contexto da saúde pública. IN: SEADE. O idoso na grande São Paulo: SEADE, 1990. p. 181 – 206.
4. DEBERT, G.G. As representações (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual. Trabalho apresentado no Seminário Internacional sobre Envelhecimento Populacional: Uma Agenda para o Fim do Século. Brasília, 1 – 3 de julho de 1996.
5. GIVEN, B.A.; GIVEN, C.W. Family caregiving for the elderly. Annual review of nursing research. New York, v. 19, p. 77 – 101, 1991.
6. GONÇALVES, L.H.T., SILVA, Y.F., PFEIFER, S. A enfermeira e o cuidador da pessoa idosa no contexto domiciliar. Trabalho apresentado na I Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica. Florianópolis, 28 a 30 de março de 1996.
7. GONÇALVES, L.H.T. et al. O significado do envelhecimento e saúde para o idoso em seu contexto familiar e sociocultural. Revista ciências da saúde, Florianópolis, v. 7/8, n. ½, p.71 – 85, 1988/ 1989.
8. GONÇALVES, L.H.T., GRUDTNER, D.I., FENILLI, R., NASSAR, S. A percepção dos idosos quanto ao seu apoio familiar. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v.1, n.1, p. 60 – 66, 1996.
9. HELMAN, C.G. Cultura, saúde e doença. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
10. KARSCH, U. Atendimento domiciliar. Trabalho apresentado no Simpósio sobre Atendimento Domiciliar. São Paulo, 12 de Novembro de 1991.
11. KRULIK, T., KATZ, S. Ajudar as famílias. A saúde do mundo, Genebra, p. 12 – 13, set. / out., 1992.
12. LILLARD, J., MARIETTA, L. Palliative care nursing – promoting family integrity. In: GILLISS, C.L. family Nursing. Califórnia: Addison – Wesley, 1989. 501 p., cap 27, p. 437 – 460.
13. LIMA, M.J. O que é Enfermagem. São Paulo: Brasiliense, 1993.
14. MAZZA, M.M.P.R. A visita domiciliar como instrumento de assistência à saúde. São Paulo, 1996. (INTERNET: <http://www.usp.br/fsp/MAZZA.htm>)
15. NAÇÕES UNIDAS. Informe da Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento da População. Viena, 1982. A/ CONF./ 31.
16. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Hacia el bienestar de los ancianos. Washington, 1985. Publ. Cient., n. 492.
17. SAIDE, M. F. Enfermagem geriátrica domiciliar – uma opção. Medicina Hupe – UERJ, v. 4, p. 269 – 276, jul./ set. 1985.
18. SILVA, Y. F. Doenças e tratamentos entre famílias do Ribeirão da Ilha. Florianópolis, 1991. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Pós Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Catarina.
19. STEEL, K., GEZAIY, H. La assistência domiciliar em um mundo que envelhece. Salud Mundial, Washington, p. 3, jul./ ago. 1994.
20. THIOLENT, M. Metodologia da pesquisa – ação. São Paulo: Cortez, 1994.
21. VERAS, R.P. Pais jovens com cabelos brancos; a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.