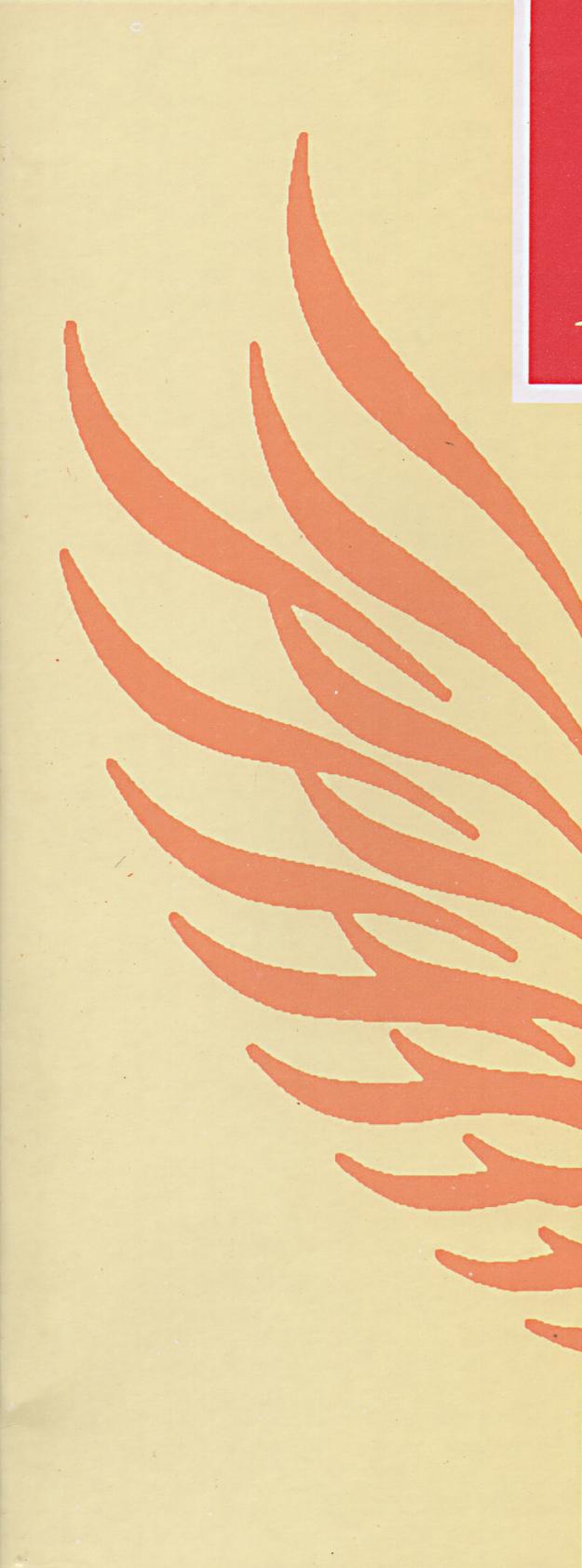




ISSN 1517-5928



Textos sobre Envelhecimento



Cuidadores
de Idosos: um tema
a ser aprofundado

volume 3

n° 4

UnATI/UERJ



Textos sobre Envelhecimento



Cuidadores de
idosos: um tema
a ser aprofundado

n° 4

Rio de Janeiro
UnATI/UERJ
Ano 3
2000

ISSN 1517-5928



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Reitora: Nilcéa Freire
Vice-reitor: Celso Sá
Sub-reitor de Graduação: Isac Vasconcellos
Sub-reitora de Pós-graduação e Pesquisa:
Maria Andréa Rios Loyola
Sub-reitor de Extensão e Cultura:
André Lázaro

Universidade Aberta da Terceira Idade

Direção: Renato Peixoto Veras
Vice-direção: Célia Pereira Caldas
Gerência de Pesquisa: Shirley
Donizete Prado
Gerência de Extensão: Sandra
Rabello de Frias
Gerência de Ensino e Formação de
Recursos Humanos: Alzira Tereza
G. L. Nunes

Editor: Shirley Donizete Prado
Editores Associados: Benigno Sobral
Mabel Imbassahy

Editor Executivo: Patrícia Henriques

Conselho Editorial: Jane Dutra Sayd
Evandro Coutinho
Kenneth Camargo Jr.
Eliane de Abreu Soares
Maria Therezinha Nóbrega da Silva

Nota: a Série Textos Sobre Envelhecimento reúne produção científica neste âmbito de conhecimento, tendo como objetivos primordiais subsidiar discussões e contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento. Os trabalhos são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

Assinatura: anual, em qualquer época do ano.
Preço R\$ 15,00 para pessoas jurídicas e R\$ 10,00 para pessoas físicas. Números anteriores podem ser fornecidos ao preço de R\$ 5,00 cada exemplar.

Aceita-se permuta.

Toda correspondência sobre produção, distribuição e assinatura deve ser encaminhada ao Editor Executivo através do seguinte endereço:

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Universidade Aberta da Terceira Idade
Gerência de Pesquisa
Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento
Textos sobre Envelhecimento
Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - 10º andar - bloco F - Pavilhão João Lyra Filho - Maracanã Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20.559 - 900 - Telefones: 587-7236 587-7672 / 587-7121 - Ramal 35
Fax: 264-0120 - E-mail: crde@uerj.br - Internet: www.unati.uerj.br

Esta é uma Produção do Centro de Referência e Documentação Sobre Envelhecimento, vinculado à Gerência de Pesquisa da UnATI - UERJ

Revisão bibliográfica: Iris Maria Carvalho Braga dos Santos

CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ/REDE SIRIUS/PROTAT

T 355 Textos sobre envelhecimento. - Vol. 1, n. 1 - (nov. 1998)-
Rio de Janeiro : UERJ, UnATI, 1998-
v.: il.

Semestral
ISSN 1517-5928

1. Envelhecimento - Aspectos sociais - Periódicos. 2.
Idosos - Cuidados médicos - Periódicos. 3. Idosos - Condições
econômicas - Periódicos. I. Universidade Aberta da Terceira Idade.

CDU 612.67(05)



SUMÁRIO

EDITORIAL	5
O CUIDADO EM UMA RELAÇÃO MUITO DELICADA	7
Mabel Imbassahy	
O SISTEMA FAMILIAR E OS CUIDADOS COM OS PACIENTES IDOSOS PORTADORES DE DISTÚRBIOS COGNITIVOS	13
Teresinha Mello Silveira	
A DIMENSÃO EXISTENCIAL DA PESSOA IDOSA E SEU CUIDADOR	29
Célia Pereira Caldas	



EDITORIAL

Cuidadores de pessoas idosas: um tema a ser aprofundado.

Mais uma vez, trazemos ao leitor um número temático: desta feita, dedicado aos “cuidadores de idosos”, observando que se trata de objeto com presença bastante limitada no conjunto da produção científica nacional.

Recortando, especificamente, os trabalhos oriundos dos programas de pós-graduação no âmbito do envelhecimento humano, encontramos que não chega a 3% a parcela de dissertações ou teses que abordam os cuidadores de idosos.

Este contexto, de per si, evidencia a relevância do oferecimento, aos estudantes, pesquisadores e profissionais, de textos que buscam lançar luzes sobre a experiência vivenciada por aqueles que dedicam parte importante da vida na atenção a idosos¹.

Assim, buscando ampliar horizontes, no que tange às especificidades dessa parcela crescente da população, trazemos três textos que nos conduzem a reflexões acerca de suas relações com o modelo de atenção à saúde que predomina na atualidade.

Primeiramente, apresentamos o sensível texto da socióloga Mabel Imbassahy, intitulado “O cuidado em uma relação muito delicada”. Aqui são abordadas singularidades do cotidiano da filha, que é cuidadora de sua mãe, uma senhora de mais de 90 anos, em suas fragilidades e fortalezas. Traduz o espírito de quem busca explicações e orientações e se depara com as possibilidades e, principalmente, com os limites da racionalidade médica dominante. É um vivo convite à introspecção e ao questionamento de concepções e práticas correntes na atenção ao idoso e aos seus cuidadores.

1- Prado, SD; Tavares, EL & Silva, FRC. *Catálogo de Teses e Dissertações na Área do Envelhecimento*. Rio de Janeiro, CRDE/UnATI/UERJ, 1999.



O segundo artigo, "O sistema familiar e os cuidados com pacientes idosos portadores de distúrbios cognitivos", corresponde às reflexões desenvolvidas pela psicóloga Terezinha Mello Silveira, a partir de sua experiência ao coordenar o Grupo de Apoio aos Familiares Cuidadores de Pacientes Demenciados do Núcleo de Atenção ao Idosos da UnATI. Seu foco de análise recai sobre as mudanças que ocorrem no interior do núcleo familiar em função da eclosão do processo demencial em um de seus membros; em sua trajetória, busca identificar e discutir especificidades relativas aos cuidadores inseridos nesse contexto e indicar procedimentos facilitadores de práticas onde o emocional adquiere maior equilíbrio. Seus relatos indicam a possibilidade de os cuidadores sentirem-se mais flexíveis, respeitando-se e descobrindo possibilidades de prazer em outras atividades; ao mesmo tempo, podem se entregar, com afeto genuíno, às tarefas relacionadas ao idoso dependente, elevando desse modo a qualidade do relacionamento.

Finalmente, apresentamos o artigo "A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador", de autoria da enfermeira *Célia Pereira Caldas*, atual Vice-Diretora da UnATI-UERJ. Elaborado com base em sua tese de doutoramento, o texto apresenta reflexões acerca do papel da enfermagem no cuidado à pessoas idosas, a partir da perspectiva fenomenológica centrada no pensamento heideggeriano. Traz-nos contribuição ímpar, na medida em que busca, em referenciais filosóficos, ampliar a compreensão do cuidador em sua existência singular, no sentido de sua libertação como pessoa. Da mesma forma, desenvolve proposições dirigidas ao exercício profissional de enfermagem possibilitando a construção de novas abordagens.

Enfim, neste número 4 dos Textos sobre Envelhecimento, procuramos traçar uma trajetória que nos conduza à busca de horizontes mais sensíveis ao ser humano; neste mundo em que os idosos e o que lhes diz respeito, em especial sua saúde e a daqueles que os cercam, encontram-se tão à margem, distantes das consideradas prioridades da globalização.

Shirley Donizete Prado
Editor

O CUIDADO EM UMA RELAÇÃO MUITO DELICADA

Mabel Imbassahy¹

A ciência pode classificar os órgãos de um sabiá
Mas não pode medir seus encantos.
A ciência não pode calcular quantos cavalos de força
existem
nos encantos de um sabiá.
Quem acumula muita informação perde o condão de
adivinhar: divinare.
Os sabiás divinam.

(Manoel de Barros)

RESUMO

Trata-se de relato de experiência de uma cuidadora de sua mãe: uma pessoa de mais de 90 anos, progressivamente fragilizada em decorrência de inúmeras perdas. Aborda o desafio de confrontar sua vivência, diante de fatos inesperados e emoções singulares, com o arsenal de informações sobre envelhecimento presentes no espaço acadêmico.

Palavras-chave: cuidadores, família, gerontologia, geriatria, envelhecimento, relações.

Apresento neste breve relato uma experiência inusitada: a de cuidadora de uma pessoa de 92 anos: minha mãe.

Esta iniciativa é resultado de uma proposta feita pela Coordenação Editorial do Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento da UnATI-UERJ, da qual sou parte integrante. A Coordenação considerou pertinente incluir neste número, em forma de relato, a experiência de quem cuida e de sua visão diante do fato, junto a produções acadêmicas que trazem contribuição teórica para o ato de cuidar, objeto hoje de infindáveis reflexões.

Inicialmente, senti-me intimidada em construir uma narrativa cujo enfoque incidiria sobre a experiência que venho tendo junto à minha mãe, uma pessoa de idade muito avançada, extremamente lúcida, sem lapsos de memória, porém devastada devido à perda de seu companheiro, meu pai, com quem partilhou a vida dos 17 aos 91 anos.

Essa tarefa constitui um desafio na medida em que exige um recorte conciso sobre uma experiência vivida no meu cotidiano, repleta de sutilezas e fatos inesperados, em que a cada momento me surpreendo. As minhas atitudes, algumas vezes contraditórias, sinalizam-me limitações inerentes ao ato de existir.

Minha mãe, com a viuvez, perdeu, além do marido, sua casa, seus amigos e parentes próximos. A sua casa, outrora ocupada, ficara vazia e grande demais. Foi então necessário abrir mão de seu mundo e juntar-se ao meu. Estilos de vida diferentes tiveram de proceder a ajustes.

Optamos, então, em juntarmos nossos pertences e construirmos um novo locus, o qual nos abrigaria em mútua proteção.

De imediato senti o despreparo que havia em mim diante daquele confronto: assistir ao processo de finitude de uma pessoa amada, por quem sou responsável, a única responsável.

A dor da perda provocou e acentuou outras perdas. A saúde de minha mãe sofre dia a dia alguma alteração: a visão se reduz; uma antiga fibrose pulmonar agrava-se; surge um quadro anêmico; a perda do apetite e conseqüentemente, a do peso; a tosse noturna e a presença obrigatória da bomba de oxigênio - tão incômoda - trazendo interrupções ao seu sono; a angústia provocada diante desse quadro; o inconformismo em ter que conviver com uma acompanhante ao fim de semana. Sente-se humilhada em demonstrar perda de autonomia. Para isto, esforça-se em fazer suas rotinas sem apelar para outros, o que me assusta pelos riscos a que se expõe e a dúvida diante do que é menos penoso: uma queda ou a subtração de sua integridade ameaçada?

Apodera-se de mim o sentimento de inconformismo. Vejo-me isolada de um momento para o outro, lutando contra a instalação de sentimentos que me vitimizem. A perda de um mundo, no qual duas pessoas – meus



pais – eram cercadas por amigos em diferentes ocasiões, por terem sido pessoas extremamente versáteis, sem estigmas trazidos pela velhice, cultas, interessadas no mundo externo; “raras” como era afirmado. As pessoas, que antes os cercavam, desapareceram, o luto as espantou e, apesar de toda a delicadeza que minha mãe conserva, de suas habilidades como artista plástica, que ainda trabalha confeccionando batikes de excelente qualidade, ela é outra pessoa. Indica a dor mal disfarçada em um sorriso discreto. Concluo que exista verdadeira recusa em se reconhecer a fragilidade e aceitar a finitude. O convívio com o seu próximo reduz-se àquilo que garanta o “agradável”. Evidentemente, há exceções; pessoas que se fazem presentes.

Foi-me necessário grande esforço para não acumular ressentimentos, não me alimentar de decepções, procurando assim entender que me deparo com a oportunidade de aprimorar meus sentimentos, vivê-los em sua grandeza, adotando novo olhar para o mundo e não buscar subterfúgios e fazer de conta que quem envelhece é o outro e que não tenho nenhuma participação nesse processo.

O “cuidado” vai me conduzindo a novos caminhos, reforçando meus sentimentos de fé e amor. Aceitando meus momentos de irritabilidade diante da inversão de funções: hoje cuido de quem me cuidou.

Neste quadro surgem situações prazerosas, por vezes surpreendentes: minha mãe acaba de expor os seus trabalhos em um “atelier aberto” em Santa Tereza, onde foi rodeada por gente jovem que lhe rendeu homenagens. Não se sentiram diante de uma velha senhora enlutada e sim de uma velha guerreira que, com sua beleza e coragem, oferecia a um e a outro ensinamento de técnicas por ela praticadas em seus artefatos. Sentiu o reconhecimento público. Nesse momento, voltou a sua antiga postura, empertigando-se.

Gosto, emociono-me quando a vejo em seu pequeno ateliê caseiro, portando um avental manchadíssimo de tintas, mãos igualmente manchadas pelas cores que dão asas a sua criatividade. “Não as vejo mais, sou pré-cega, estão no meu imaginário” diz com ligeira melancolia.

Desde que me senti responsável por uma pessoa fragilizada, não dei tréguas a minha já conhecida intenção de controle dos “perigos desta

vida". De celular em punho quando saio, quero estar sempre informada se houve alguma coisa: uma queda, um episódio novo que tenha agravado seu estado. Dou-me conta de meus sentimentos de impotência e, dentro do possível, procuro amenizá-los, nem sempre com sucesso. O sentimento de culpa torna-se uma sombra acompanhando os meus passos. A ansiedade será um traço de quem cuida ?

Todos nós, obviamente, estamos expostos aos descuidos; há, contudo, maior predisposição das pessoas muito idosas que estão sempre a um passo do inevitável.

A tristeza e a alegria no convívio dos netos e bisnetos ficam mescladas. Situações vividas pelas crianças, antes provocadoras de alegria, trazem lembranças, evocações de um tempo em que partilhava a vida com o marido, não estava só. Essas inversões de sentimentos produzem um imenso vácuo entre eu e ela, que pelas incongruências da vida nos encontramos lado a lado.

Os segredos de uma pessoa muito idosa guardam tesouros antes jamais explorados. Os longos silêncios, o olhar absorto exigem de quem está perto enorme atenção e cuidado para não se sentir excluído nem romper o desejo do outro em silenciar. Nesses momentos nem sempre consigo não me inquietar, interrompendo o fluxo ali estabelecido e ocultado. Travo conversas nem sempre oportunas como suposta proteção ao estado de solidão.

Os segredos a serem respeitados revelam-se durante o tempo dos silêncios. Não há porque sustá-los.

Essas outras nuances de emoções que ocorrem simultaneamente entre duas pessoas, as quais estão experimentando sentimentos – alguns afins outro não – em que medos, saudades, mágoas, alegrias se misturam, criam necessidades novas: temos que nos reinventar para não sucumbir às mesmices de uma grande dor. A queixa desnecessária pode nos anular enquanto seres criativos e pensantes e obstruir o dom de divinar como disse o poeta. Estamos sempre intuindo, o velho necessita de quem o intua e o respeite em seu mundo de recolhimento. Foi o que me trouxe esta experiência.



Em todas as relações, “o cuidado” se opõe ao descuido, como diz Boff (1999): “o cuidar é mais que um ato, é uma atitude, é uma fonte que gera muitos atos”.

É nesta atitude a que se refere Boff que a todo instante somos surpreendidos com um novo modo de ser, antes oculto, inexpressivo por, quem sabe, estarmos aturdidos, voltados às pressões externas de curta sustentação que não nos estimulam a voltarmos para dentro de nós.

Posso concluir que o cuidar é um exercício constante de amor e compaixão, sem o qual nos tornamos uma mera executiva de normas pré-estabelecidas, que nos orientam, sem dúvida, porém são insuficientes quando diante dos enigmas do ser humano.

Cada pessoa apresenta singularidades: um olhar, um gesto, uma expressão fazem parte de uma “pesquisa”, que pode ser o instrumento para chegarmos ao ser que sofre. Os “estereótipos”, tão comuns aos “cuidadores”, tais como “o idoso é assim...” são meros enganadores. Há de se ter sensibilidade, sobretudo para não perder o que o conhecimento tem para nos apoiar.

Recorro com pouca frequência aos profissionais qualificados. Apenas o médico é solicitado quando algum transtorno físico se apresenta. Gostaria que esse convívio – médico/cuidador – fosse mais freqüente. Entendo as dificuldades que os profissionais alegam. Isso não invalida a necessidade de um paciente – principalmente idoso – ter no seu médico aquele que o vê, o escuta, o entende. A participação do profissional médico junto a quem cuida é de extraordinária importância.

Tive em meu convívio médicos de família – pai, irmão e marido. Hoje assusto-me ao constatar sua ausência.

Procurei ressaltar o que de mais significativo ocorreu-me durante o processo de relatar esta experiência. Estou ciente de que não dei conta de inúmeras questões que me escaparam. Em *Uma morte muito suave* (Beauvoir, 1984), a escritora relata a descoberta de sua mãe nos dias que precederam a morte da mesma. Admirei-me com o fato dela declarar que acompanhava-se de um caderno de apontamentos, onde anotava suas

observações. Aliás ela declara o espanto que isso suscitou por parte de certos críticos. Considero uma disposição válida, pois nestes momentos nos escapa tantos fatos expressivos que a vida nos proporciona que não vejo espanto na disciplina da famosa escritora.

Quanto mais freqüentes forem os registros de experiências, mais saberes poderemos construir. Há de haver, porém, a coragem e a disposição de lembrar e perseverar.

NOTAS

1- Socióloga, Editora associada da Série Textos sobre Envelhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMÂNCIO, A. Aprendizagem sem ensino, assistência com identificação e pesquisa heterodoxa. *Revista de Educação Médica*. v. 3, n. 1, p. 1 - 3, jan./abr, 1997.

BEAUVOIR, S. *Uma morte muito suave*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.

_____. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

BOBBIO, N. *O tempo da memória: de senectude e outros escritos autobiográficos*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

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

CALDAS, C. P. (org.) *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

GAGNEBIN, J. M. *História e narração em W. Benjamin*. Campinas: Perspectiva & Unicamp, 1994.

MORAGAS, R. *Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida*. São Paulo: Paulinas, 1997.

ABSTRACT

The article reports the experience of a caretaker and her patient — her mother, aged more than 90, and who is progressively weakened by many losses. It addresses the challenge of confronting her life experience, in face of unexpected facts and unique emotions, with the information about aging existing in the academic field.

Keywords: caretaker, family, gerontology, relations.

O SISTEMA FAMILIAR E OS CUIDADOS COM PACIENTES IDOSOS PORTADORES DE DISTÚRBIOS COGNITIVOS

Teresinha Mello Silveira¹

Cuidar do outro (...) implica um esforço ingente de superar a dominação dos sexos, desmontar o patriarcalismo e o machismo, por um lado, e o matriarcalismo e o feminismo excludente, por outro. Exige inventar relações que propiciem a manifestação das diferenças não mais entendidas como desigualdades, mas como riqueza da única e complexa substância humana. Essa convergência na diversidade cria o espaço para uma experiência mais global e integrada de nossa própria humanidade, uma maneira mais cuidada de ser.

Boff, 1999

RESUMO

Este trabalho analisa as mudanças no âmbito familiar, decorrentes da eclosão do processo demencial em um dos membros da família, e as crenças e valores envolvidos no papel do cuidador do paciente demenciado. Nessa etapa preliminar do estudo, o objetivo é fornecer pistas para uma pesquisa mais criteriosa e subsídios para aqueles que lidam com cuidadores de pacientes com prejuízos cognitivos irreversíveis. O trabalho resultou da experiência de quase dois anos com o Grupo de Apoio aos Familiares Cuidadores de Pacientes Demenciados no Ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) subordinado à Gerência de Extensão da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI). A análise baseia-se na observação clínica de um grupo de cuidadores, composto por oito participantes – sete mulheres e um homem –, com média de idade de cinquenta anos, pertencentes à camada média da população do Rio de Janeiro, a maioria com pelo menos segundo grau completo.

Palavras-chave: família, demência, idoso, cuidadores, transtornos cognitivos.

INTRODUÇÃO

O ambulatório NAI conta com uma equipe de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, e presta

atendimento a alunos e a pessoas das adjacências que tenham mais de sessenta anos e necessitem de atenção especializada. O grupo de apoio é realizado no âmbito de um dos diversos projetos de trabalho do NAI, o Projeto de Assistência e Estudos Cognitivos da UnATI - , que disponibiliza uma equipe multiprofissional para atender e fazer o acompanhamento clínico do paciente com involução cognitiva, procurando otimizar-lhe as faculdades mentais, e informar, orientar e dar o suporte necessário aos familiares. O estresse do cuidador de paciente demenciado e os maus tratos sofridos por idosos com prejuízos cognitivos irreversíveis, na maioria das vezes infligidos por seus próprios cuidadores (Wolf, 1994), estão no centro das preocupações dos profissionais da área gerontológica. Assim sendo, o atendimento prestado, de caráter eminentemente preventivo, tem como principal meta lidar com a totalidade do idoso - considerando os aspectos sociais, psicológicos, familiares etc. Quando possível, tratam-se os distúrbios cognitivos. Não havendo essa possibilidade, procura-se ao menos propiciar recursos que permitam preservar a autonomia e favorecer a integração do idoso à sociedade.

O Grupo de Apoio aos Familiares Cuidadores de Pacientes Demenciados é um grupo de suporte aberto, coordenado por uma enfermeira, um médico e uma psicóloga, com duração indeterminada, cujos membros são vítimas do mesmo problema, ou seja, todos têm de cuidar de um familiar com um alto nível de dependência. São realizados encontros semanais, com duração de uma hora e trinta minutos. Os principais objetivos do grupo são: fazer com que os participantes aceitem a inevitabilidade e a irreversibilidade da doença; favorecer a expressão de sentimentos (mesmo os que eles não se permitem ter); promover a diminuição da ansiedade; dar apoio emocional e prático; favorecer a ajuda mútua e a diminuição do isolamento; facilitar o envolvimento construtivo com o familiar adoecido. Os profissionais orientam, informam, esclarecem, apoiam, incentivam a descoberta de soluções para os problemas, estimulam o autocuidado, e ainda lidam com os temas subjacentes que eventualmente surgem (por exemplo, quando uma questão de outra ordem está sendo equivocadamente associada ao ato de cuidar do paciente demenciado). É imprescindível que os coordenadores desse tipo de grupo saibam lidar com perdas, luto, pesar e desespero, temas freqüentes no processo grupal.

Como ressaltam Yalom e Vinogradov (1991), um grupo de suporte se caracteriza por ter um sistema de vitimização e não de patologia, por ser um sistema com estrutura horizontal, em que todos têm qualificação para filiação, uma linguagem comum, e em que há intercâmbios educacionais e informativos, testes de realidade, desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e liderança maior por parte dos membros. O grupo de cuidadores enquadra-se em todos esses quesitos. Com isso, espera-se que cada participante possa se valer do poder criativo da universalidade grupal - a experiência de que “não sou só eu que sinto isso” – para que ocorram mudanças efetivas e satisfatórias.

Os cuidadores recebem inicialmente informações por meio de uma ou de algumas entrevistas com um especialista, que propiciam um maior conhecimento da doença, da maneira de lidar com o doente, das melhores estratégias nas diversas situações pelas quais terá de passar. Alguns cuidadores vêm de um grupo inicial, que tem um caráter mais informativo, com tempo determinado (dois meses), no qual são orientados sobre os cuidados práticos com o paciente nas diversas fases da demência; outros vêm de outras instituições. Assim, quando ingressam ao grupo de suporte todos têm conhecimento inicial sobre a doença e as formas de reagir do doente.

Cada pessoa que entra no grupo é apresentada, fala do familiar, alvo de seus cuidados, e de sua relação com ele. Nesse momento é comum que os demais membros partilhem suas experiências pessoais, buscando ligações e vivências semelhantes. Como em qualquer grupo, estão presentes fenômenos típicos como coesão, cooperação, competição. Também ficam evidentes os diferentes papéis, como o líder, o porta-voz, o monopolizador, o que não prejudica o bom andamento do grupo. A troca é estimulada pelos coordenadores. Os membros mais antigos se incumbem de dar informações e orientações aos mais novos.

A metodologia envolve a utilização de recursos variados. Algumas vezes são feitas perguntas, outras vezes são lançados temas, apresentam-se textos para discussão ou simplesmente ouve-se alguém que está aflito. Não há uma maneira única de começar, mas em qualquer caso a dinâmica tem por objetivo o comprometimento de todos e a busca de soluções. Cada profissional interfere de acordo com a sua experiência: ora é dada

uma informação sobre a doença, ora se facilita a comunicação entre os participantes, ora se acolhe uma dor; compartilham-se tanto as alegrias de uma conquista como a frustração de um insucesso. Dessas trocas resultam mudanças significativas que trazem um maior bem-estar para as pessoas que cuidam e a diminuição do peso do difícil encargo de dedicar-se quase integralmente a pessoas com alto nível de dependência.

As ausências são relativamente freqüentes, em razão das peculiaridades desse tipo de grupo. Não se pode esperar que os cuidadores possam sair semanalmente de casa para encontros, sempre no mesmo horário e se ausentar por pelo menos duas horas. No entanto, pode-se perceber o esforço dos integrantes para não faltar e o comprometimento de cada um com os demais companheiros e com a proposta de trabalho.

CARACTERÍSTICAS DA DEMÊNCIA

De acordo com o DSM-IV, a característica essencial de uma demência é o desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos que incluem comprometimento da memória e pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou uma perturbação do funcionamento executivo. Os déficits cognitivos devem ser suficientemente severos para comprometer o funcionamento ocupacional ou social e representar um declínio em relação a um nível anterior superior de funcionamento.

Entre os diversos tipos de demência, que incluem as demências vasculares e a aterosclerose, o Mal de Alzheimer é o mais comum. De acordo com Anderson (1998), na maioria dos casos a sobrevivência dos portadores do Mal de Alzheimer é de oito a dez anos e de um modo geral os pacientes passam por três estágios.

No primeiro estágio ocorrem esquecimentos freqüentes, lentidão nas tarefas corriqueiras, alguns episódios de desorientação e algumas alterações de comportamento. No segundo estágio, os sintomas do estágio inicial são agravados e surgem outros, como dificuldade na expressão por meio da fala e da escrita. O esquecimento aumenta, o que dificulta a execução de tarefas simples. O indivíduo perde a capacidade de reconhecer nomes, pessoas, a função de objetos, não consegue atender às solicitações,

não sabe dizer o que quer nem o que sente. No terceiro estágio ou estágio final, não se reconhece mais no espelho, nem reconhece as pessoas mais próximas, quase não tem mais iniciativa, tem dificuldade de se locomover, quase não se comunica, não controla a urina e as fezes. Nessa fase terminal, muitas vezes não consegue sequer mastigar e engolir. Em um processo de total involução, encaminha-se para a morte.

Segundo Motta (s.d.), cerca de 5 a 10% das pessoas com 65 anos ou mais são demenciadas, havendo estudos que mostram demência moderada ou severa em 3% da faixa entre 65 e 74 anos, 10% de 75 a 84 anos e 30% acima de 85 anos. Se considerarmos o aumento crescente em nosso país da população com mais de 60 anos - que no Censo do IBGE de 1991 já era de 11 milhões de pessoas, havendo estimativas de que esse número seja de 32 milhões em 2025 (Novaes, 1995) -, poderemos avaliar a grandeza da problemática e justificar não só nossa preocupação com o paciente demenciado como com as pessoas que lidam com ele. Se essa condição geriátrica leva paulatinamente os seus portadores a uma total perda de autonomia, e à conseqüente dependência de seus familiares, é evidente que o tratamento de um paciente demenciado também envolve o tratamento da família e, sobretudo, de seus cuidadores, o que inclui prover apoio e tomar medidas para minimizar a sobrecarga do cuidador, entre outras.

A FAMÍLIA DIANTE DA DOENÇA

A família funciona como uma totalidade, como uma teia ou uma rede: uma modificação em qualquer parte afeta o todo. Apesar de existirem diversos tipos de família e de relacionamento familiar, em todas elas existem papéis estabelecidos que as mantêm em um certo equilíbrio. Nas famílias mais antigas era comum o pai ser o provedor e a mãe cuidar dos afazeres domésticos. Apesar das modificações ocorridas nesses papéis, cada membro continua com atribuições determinadas em função do seu lugar no seio da família e de suas características pessoais. Quando um dos familiares adoece e não pode mais cumprir o seu papel, há um desequilíbrio, que desencadeia uma crise, obrigando a uma reorganização familiar.

Boss (1998) dá o nome de perda ambígua àquela em que o membro da família está fisicamente presente e psicologicamente ausente, como no caso da demência. O autor explica que este fenômeno gera conflito pelo fato de os familiares não saberem quem está dentro e quem está fora do sistema familiar, resultando em estresse para o grupo.

Objetivamente, a necessidade de cuidar do paciente pode interferir em diversos aspectos da vida do cuidador e dos outros membros da família. Por exemplo, os cuidados de uma filha com uma mãe enferma interferem com o seu emprego ou tomam o tempo que seria dedicado a seu marido ou a seus filhos. A situação é agravada porque os cuidados com pacientes demenciados podem durar muitos anos, tornando as trocas na família cada vez mais complexas (Zarit e Edwards, 1996).

Mas não há só as questões de ordem prática. A evolução das doenças mentais deixa os familiares do doente bastante desorientados e confusos, sentindo-se quase sempre impotentes. Como lembra Novaes (1995, p. 44), “a perda de autonomia de um pai por exemplo, sua dependência emocional... desestabiliza a relação até então estabelecida, traz conflitos, afastamentos e insegurança...”.

Cuidar de um idoso dependente é um dos eventos mais estressantes e perturbadores no ciclo de vida familiar. Alguns familiares se distanciam para evitar confrontos, compromissos desagradáveis e a redefinição dos papéis estabelecidos. Outro motivo de distanciamento pode ser o medo: conviver com uma pessoa demente, ainda mais sendo parente, implica estar a todo o momento experimentando o medo de também ter a doença (embora em alguns casos cuidar também possa ser uma maneira de não se dar conta do próprio medo de adoecer).

Dependendo de vários fatores, a reorganização familiar pode ser mais ou menos fácil, como veremos. As experiências familiares anteriores à doença permeiam a relação atual, ora trazendo bem-estar, ora trazendo desavenças. Nas famílias que já não vinham funcionando bem, comumente persistem e até são exacerbados problemas de relacionamento após o surgimento da doença em um de seus membros (apesar de haver casos de familiares que reataram relações após um período de conflitos, ocasiões em que a doença tem a função de unir). É comum que em situações de

crise os conflitos se intensifiquem, ocasionando por vezes separações irreversíveis.

Outro fator a ser considerado é o momento em que a família tomou conhecimento da doença. Famílias que tiveram várias perdas próximo ao surgimento da enfermidade provavelmente custarão mais a se adaptar à nova situação. O mesmo ocorre quando algum parente foi morar em local distante, casou-se, aposentou-se ou perdeu o emprego quando começaram a aparecer os sintomas da doença.

A estigmatização da doença é igualmente prejudicial para a adaptação. Quando se trata de assuntos sigilosos referentes à doença ou quando ela é motivo de vergonha, quando se tenta atribuir a culpa a alguém, não há como reconhecer a perda, compartilhar a dor e se recuperar para investir em outros projetos (Walsh e Mc Goldrick, 1998).

CUIDADORES PRIMÁRIOS: COMO SE DEFINEM E O QUE SUA CONDIÇÃO ACARRETA

Chama-se cuidador principal ou cuidador primário ao familiar que fica responsável pela quase totalidade dos encargos com o idoso demenciado e a quem estão reservados os trabalhos de rotina. Os outros, que exercem funções ocasionais, como ajuda econômica, transportes esporádicos, substituição temporária do cuidador principal, são os chamados cuidadores secundários, os quais, segundo relatos no grupo de apoio aos familiares, rapidamente deixam de existir – como demonstram frases do tipo “minha irmã não quer mais saber” ou “meu filho quer que eu o interne”. Os cuidadores secundários em geral só participam quando são insistentemente chamados ou ainda atendendo ao apelo de um profissional. Neste trabalho, o termo cuidador se refere ao cuidador primário.

Segundo Zarit e Edwards (1996), os conflitos para a definição de quem será o cuidador principal ocorrem mais comumente entre irmãos, filhos do paciente dependente, visto que o esposo e mais particularmente a esposa se sentem na obrigação de cuidar. Os parentes mais distantes cuidam mais raramente.

Embora possa haver variações no que diz respeito ao grau de parentesco, o cuidador do paciente demenciado é mais comumente o cônjuge ou um dos filhos – e, com menos frequência, uma nora –, na maior parte das vezes do sexo feminino (Neri, 1994). Esse fato só vem a corroborar a indissociabilidade entre o ato de cuidar e o jeito de ser feminino em nossa cultura (Boff, 1999).

Com relação à idade, grande parte dos cuidadores está na faixa dos 45 a 50 anos, tem filhos adultos ou quase adultos, é aposentado – ou um dos cônjuges é aposentado, ou ambos estão prestes a aposentar-se (Neri, 1994).

Não se nega que os fatores socioculturais e econômicos, isoladamente ou associados a outros fatores, podem determinar quem vai ser o cuidador. Neste trabalho, contudo, priorizam-se os seguintes fatores, igualmente importantes nessa determinação: a dinâmica familiar e a história do relacionamento familiar.

Muito cedo na vida os padrões e regras familiares são estabelecidos e imprimidos nos mais jovens, passados de uma geração a outra sem que as pessoas se dêem conta disso. É interessante citar um acontecimento que ilustra esse aspecto. Certa vez, estávamos num hotel-fazenda jogando cartas à noite quando a filha de nossa parceira, de mais ou menos seis anos, pediu para a mãe acompanhá-la até os seus aposentos porque ela queria dormir. A mãe, querendo permanecer mais um pouco, sugeriu que a menina fosse com a avó, a qual se dispôs a acompanhar e ficar com a criança até a mãe acabar de jogar. Mas a menina estava irredutível: só iria para o quarto se a mãe também fosse. A mãe então disse para a filha que ela teria de aguardar o término do jogo. Nesse momento, a filha, com grande indignação, respondeu: “Também, quando você ficar velhinha eu não vou cuidar de você!”

Muitas vezes o ato de cuidar é uma tentativa de reparar ou de amenizar culpas que já permeavam a relação cuidador-cuidado. Tendemos a acreditar, como os terapeutas sistêmicos, que existe uma circularidade: ora um se sente culpado, ora outro e a culpa (nesse caso) tem a função de manter o equilíbrio do relacionamento. É comum as relações conjugais e os relacionamentos entre pais e filhos envolverem culpas, ressentimentos

e cobranças mútuas. Quando um dos membros adoece, cuidar pode ser uma forma de expiação. Na nossa experiência, esses sentimentos aparecem muito freqüentemente no relato dos cuidadores, em certa medida relacionados a nossas raízes judaico-cristãs, como se verifica pelo uso freqüente de palavras como “destino”, “missão”, ou expressões do tipo “Fui escolhido”, “É a vontade de Deus”, que denotam a força dos valores morais e religiosos envolvidos.

Pode-se perceber no grupo de apoio que os cuidadores eleitos como principais apresentam determinadas características comuns. São pessoas que tomam a frente para solucionar problemas, conflitos no seio da família, enquanto os outros parentes se recolhem. Os cuidadores têm uma disponibilidade ímpar para cuidar, não só do parente demenciado como de todos os que precisarem. Não são raros os casos de cuidadores que tomam conta de mais de uma pessoa.

A par das diferenças individuais, da variedade de sentimentos e comportamentos de cuidadores no decorrer da doença, os cuidadores principais são pessoas que, em qualquer situação na família, incumbem-se de recrutar os outros familiares para a execução de tarefas variadas inerentes ao ato de cuidar. Houve um caso de uma pessoa que era nora de uma idosa que estava em fase inicial de demência. Embora essa idosa morasse com uma filha, tanto ela quanto a nora achavam que a filha não tinha o menor jeito para cuidar, e a nora, que morava distante da sogra, dispunha-se a sair de casa todo dia pela manhã e só voltar à noite para cuidar da idosa, até que a levou para morar em sua casa.

Quando indagados se concordariam que outro familiar ocupasse definitivamente o lugar de cuidador, eles invariavelmente dizem que não, alegando as mais variadas razões. Muito comumente eles negam para si e para os outros que se sentem impotentes e procuram demonstrar que dão conta de qualquer dificuldade. Quando reclamam da falta de atenção dos demais familiares, acusam-nos de fracos, medrosos, incapazes, dando sinais de que são fortes, corajosos, capazes etc. Segundo Teixeira (1998), “...existem familiares que monopolizam a função do cuidador e não aceitam ajuda de ninguém ou, quando aceitam, colocam ressalvas, pois são os únicos que sabem fazer as coisas...”. Na nossa experiência esse tipo de cuidador é mais comum.

A pessoa que cuida espera ser reconhecida e apreciada como alguém que abriu mão de parte de sua vida para cuidar de um doente. No grupo de suporte, percebemos um certo orgulho e mesmo vaidade em ser cuidador. Ao descreverem seus afazeres diários, estufam o peito, gesticulam, mostram que sabem fazer o que deve ser feito e que são os melhores no que fazem. Comumente dão um sorriso altivo e levantam os olhos enquanto aguardam o reconhecimento dos companheiros e dos coordenadores.

A experiência clínica levou-nos a uma compreensão do fenômeno com base na dinâmica do grupo. Acreditamos, como Zimermann (1993), que as pessoas repetem em qualquer grupo situações, vivências e atitudes que viveram em outros grupos, principalmente no grupo familiar.

Quando o cuidador já ocupava anteriormente esse lugar na família e esse fato é aceito por ele mesmo, pela pessoa que será cuidada e pelos outros familiares, a adaptação à doença de um dos membros é mais tranquila. Cabe aos profissionais que vão orientá-lo alertá-lo sobre a necessidade de ajuda de outros familiares e levá-lo a refletir sobre os valores passados por sua família. Isso possibilitaria que ele verificasse quais valores estão realmente assimilados e portanto fazendo parte de sua personalidade, e quais os que estão em conflito, ocasionando os danos mais diversos na relação cuidador-cuidado e para cada um isoladamente.

Verificou-se que os cuidadores apresentam determinadas características comuns e que provavelmente são os membros da família com maior probabilidade de assumir o papel de cuidadores primários quando surge uma doença em um familiar. Seria interessante agora analisar um dado observado na prática profissional daqueles que lidam com cuidadores de que o paciente escolhe quem vai cuidar dele. Poderíamos pensar num processo auto-regulador do paciente, no sentido de captar que membro da família seria capaz de dar conta da função ou numa forma de ligação específica entre cuidador e cuidado que funcionaria como um acordo ou uma combinação implícita. Sendo esse o caso, acreditamos que no mínimo o cuidador aceita o papel que lhe é dado. A nosso ver, na maioria das vezes ambos se escolhem e, se assim for, cabe-nos indagar quais seriam as injunções familiares que levam a esse acordo.



Zarit e Edwards (1996) dizem que a idéia de reciprocidade é importante na determinação do cuidador principal. Pelo fato de a criança ter sido cuidada, pode sentir-se em débito, não só pelos cuidados de que foi cercada mas também por lhe terem dado a vida. Essa dívida obriga-a a cuidar de quem lhe cuidou. No entanto, quando ela percebe que tem a obrigação de cuidar, podem surgir sentimentos de culpa, raiva e de frustração, caminhando lado a lado com o amor, a paciência, a solidariedade, na relação cuidador-cuidado.

Além dos encargos de ordem prática – cuidados físicos como higiene, alimentação, medicamentos etc., e atenção às desorientações, perambulações, reações agressivas, angústias e crises depressivas do doente -, que exigem força e saúde plena de pessoas que em geral já estão pelo menos na meia-idade, o cuidador precisa preocupar-se com aspectos mais sutis como dar afeto e atenção. Ademais, como a demência leva à perda da memória, da capacidade de expressão e julgamento, os cuidadores precisam interpretar as pistas de dor, desconforto, urgência, infecção etc., funcionando como tradutores do mundo interno do paciente. O cuidador é capaz de notar sinais bastante sutis, como uma mãe que cuida de um bebê e sabe a cada momento aquilo de que ele precisa, pela forma como ele chora ou sorri, ou pelos sons que só ela entende. Quem cuida precisa ser sensível, empático, compreensivo, paciente e solidário. É necessária também uma boa capacidade de adaptação, já que, à medida que a doença evolui, são necessários outros recursos para lidar com o novo quadro.

Os cuidadores devem executar uma lista incomensurável de tarefas. Por isso, é comum o estresse decorrente dos excessivos esforços físicos e mentais. Fatores objetivos como desentendimentos conjugais decorrentes do tempo que o cuidador dedica ao paciente, assim como fatores subjetivos – vergonha, sobrecarga, sentimento de desamparo - podem acarretar o estresse (Neri, 1994).

Estudos de Cattanach e Tebes (Neri, 1994) mostram que os cuidadores de idosos com problemas cognitivos apresentam mais sintomas de depressão, ansiedade e angústia do que os que cuidam de idosos funcionalmente intactos. Esses sintomas se agravam com o prolongamento e o agravamento da dependência e/ou com a intercorrência de episódios agudos, como enfartes ou derrames.

A experiência do grupo de apoio: pistas para pesquisa e subsídios para os profissionais que lidam com cuidadores de pacientes demenciados

O Grupo de Apoio aos Familiares Cuidadores de Pacientes Demenciados procura dar suporte aos cuidadores para seu próprio benefício e do paciente que assiste, e estimular a busca de recursos para enfrentar desde o processo de aceitação da doença até as melhores formas de lidar com a situação, procurando estimular a conciliação entre trabalho e cuidado, da forma como propõe Boff (1999):

O grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado. Eles não se opõem, mas se compõem. Limitam-se mutuamente e ao mesmo tempo se complementam. Juntos constituem a integralidade da experiência humana, por um lado, ligada à materialidade e, por outro, à espiritualidade. O equívoco consiste em opor uma dimensão à outra e não vê-las como modo-de-ser do único e mesmo ser humano.

No processo psicológico de aceitação da doença e do paciente demenciado, julgamos ocorrer aquilo que Worden (1998) denomina as quatro tarefas do processo de luto: aceitar a realidade da perda, elaborar a dor da perda, ajustar-se a um ambiente onde está faltando alguém e reposicionar-se em termos emocionais diante da perda e continuar a vida. Embora as tarefas mencionadas digam respeito a casos de pessoas que faleceram, se considerarmos, como Boss (1998), que o processo demencial tem características de uma morte ambígua, podemos traçar um paralelo que nos permita uma melhor compreensão da relação dos familiares com um dos membros que demenciou.

Aceitar a realidade da perda significa aceitar a inevitabilidade e a irreversibilidade da doença. É uma tarefa que leva tempo porque a tendência inicial é negar o fato, distorcê-lo ou dar-lhe outro significado, ou mesmo “esquecer-se” dele. A aceitação envolve aspectos emocionais e não só intelectuais, e é por isso que muitas vezes é necessária a ajuda de um profissional. Do extremo da negação, em que se encontravam alguns cuidadores do grupo, ao extremo da entrega à dor, os familiares precisam de suporte para reequilibrar-se e caminhar em direção às mudanças que promovam bem-estar.



O não-reconhecimento da dor, bem como a impossibilidade de elaborá-la manifesta-se por sintomas variados e comportamentos atípicos. Estar sempre eufórico, evitar pensamentos dolorosos são formas de não passar por essas etapas, e o preço que se paga por isso é muitas vezes algum tipo de depressão. No grupo de apoio, os profissionais procuram facilitar a passagem por essas fases, dando apoio e apontando para os mecanismos de evitação, impedindo que a pessoa fuja ou, por outro lado, se perca na dor.

Verificamos em nosso trabalho que, nas primeiras vezes em que nos encontramos, os participantes faziam do grupo apenas um lugar para chorar, se lamentar, reclamar, ou simplesmente ouvir uma orientação prática. Apenas a oportunidade de falar, ou melhor, de se expressar mais integralmente já tinha uma função terapêutica. Nessa fase inicial a expressão de dor da maioria das pessoas é contundente, ressoa em todo o grupo, fazendo eco na vivência de cada cuidador. A preocupação de uns com os outros é visível, havendo um clima de solidariedade recíproca. A dinâmica grupal é permeada por valores como resignação, dedicação, aceitação, e por uma profunda crença de que assim eles serão melhores. Acreditávamos inicialmente que todos os membros do grupo, independentemente do processo grupal, teriam essas características. Pudemos perceber com o passar do tempo que, embora essa seja uma característica freqüente, desenvolver esses atributos fazia parte do aprendizado grupal, facilitado pelo intercâmbio entre os participantes. Não raro ouvem-se recados de um para o outro sobre a necessidade de aceitar, sobre ser complacente consigo e com o outro e sobre o quanto eles se tornam melhores quando se empenham para serem bons cuidadores². Terem atributos socialmente aceitos, serem reconhecidos como pessoas especiais, são ganhos que dão suporte inicial para lidar com a difícil incumbência, enquanto aumenta a auto-estima.

A falta da pessoa que adoeceu no seu antigo papel, os novos encargos etc. podem levar os parentes a uma perda de identidade – lembre-se que as pessoas se reconhecem como tais na relação com os outros. A mudança drástica nos relacionamentos ameaça o self até que se descubram outras maneiras de viver. Na terceira etapa, de aceitação da nova situação, surgem comumente questões sobre o sentido da vida, sobre cren-

ças e valores. O grande risco dessa fase é não se adaptar à perda, o que pode ocasionar sentimentos de inadequação e de incapacidade. Os coordenadores precisam estar atentos para transformar a dor num ato criativo, abrindo a possibilidade para saídas saudáveis. Os indivíduos bem-sucedidos nessa etapa descobrem habilidades e recursos que desconheciam, corroborando o pensamento de Minuchin e Nichols (1993):

(...) vezes e mais vezes, conforme atendo famílias, fico impressionado pela variedade de recursos que as pessoas têm e as maneiras pelas quais elas podem mudar – isto é, usar seus recursos de forma diferente. Isso significa aceitar as possibilidades e limitações em si mesmos e no outros. Isso significa tolerar incertezas e indiferenças.

Isso também significa esperança – de novas maneiras de viver junto. Esta é a canção que a nossa sociedade precisa ouvir: a canção do eu-e-você, a canção da pessoa no contexto, responsável perante os outros e pelos outros. Para ouvi-la, precisamos ter coragem de renunciar à ilusão do *self* autônomo e aceitar as limitações do pertencer. A sobrevivência das espécies, e também a das famílias, está na acomodação e na cooperação. Uma sociedade que não valoriza devidamente tais capacidades é uma sociedade que está em perigo – e é provavelmente uma sociedade perigosa.

A quarta e última tarefa é recuperar o autocuidado, circunscrever a perda e continuar a vida. A principal dificuldade dessa etapa diz respeito aos valores morais que são inculcados nos familiares, de que não se podem desapegar do passado. É como se houvesse uma combinação implícita de não se dedicar a outra coisa qualquer que não o parente doente. No entanto, a vida não se restringe ao ato de cuidar, e o paciente demenciado não é a única pessoa que precisa ser cuidada: há os filhos, o cônjuge, há pessoas envolvidas em diversas outras formas de relacionamento com o cuidador, e há também os cuidados do cuidador consigo mesmo, que comumente ficam em último lugar. Ajudar a pessoa a encontrar um lugar adequado para o paciente em sua vida emocional, capacitá-la a viver bem o mundo, é o que cabe ao profissional que se dispõe a acompanhar o sujeito nessa tarefa.

Os cuidadores que atingem essa etapa do processo invariavelmente sentem-se mais livres, mais flexíveis, respeitam-se mais e descobrem possibilidades de prazer em outras atividades, ao mesmo tempo que se



entregam com afeto genuíno aos cuidados com o paciente, melhorando o relacionamento.

As modificações decorrentes desse trabalho, além de demandarem tempo - e esse tempo é variável -, não reconduzem a pessoa ao momento em que não tinha acontecido a perda, mas abrem possibilidades para outras formas de viver menos dolorosas e mais satisfatórias, por vezes com maior crescimento e esperança renovada.

NOTAS

- 1 Coordenadora do Grupo de Apoio aos Familiares Cuidadores de Pacientes Demenciados do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Aberta da Terceira Idade (NAI/UnATI)
- 2 Segundo Anderson (1998), "talvez uma das mais difíceis tarefas para o familiar seja a de se ver no papel de um (bom) cuidador...". O autor propõe que a responsabilidade de cuidar não seja só de um familiar, que ficaria sobrecarregado, com prejuízo para si e para o idoso. No entanto, o que mais comumente acontece é que, a despeito de todos os encargos que recaem sobre quem cuida, na maioria das vezes apenas um membro da família ocupa esse lugar, sem a ajuda de outros parentes ou de um cuidador profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ANDERSON, Maria Inês Padula. Demência. In: CALDAS, Célia Pereira (org.). *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. p.78-83.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM- IV- Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, s. d. p. 131.
- BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 96.
- BOSS, Pauline. A perda ambígua. In: WALSH, Froma, MCGOLDRICK, Monica (orgs.) *Morte na família: sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 187-198.
- MOTTA, Luciana Branco da. O que é demência? In: *MANUAL PARA CUIDADORES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA*. [Rio de Janeiro: UERJ/UnATI, s.d.] 67p. p.7-8.
- MINUCHIN, Salvador, NICHOLS, Michael. *A cura da família - história de esperança e renovação contada pela terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.268.

- NERI, Anita Liberalesso. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas/SP: Papirus, 1994. p. 237-286.
- NOVAES, Maria Helena. *Conquistas possíveis e rupturas necessárias: psicologia da terceira idade*. Paulo de Frontin, RJ: Grypho, 1995.
- TEIXEIRA, Maria Helena. Relação interpessoal: cuidador - idoso dependente/ cuidador - família. In: CALDAS, Célia Pereira (org.). *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. p. 194.
- WALSH, Froma, MCGOLDRICK, Monica. *Morte na família sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 27-55.
- WOLF, Rosalie S. Maltrato del anciano. In: PEREZ, Elias Anzola et al. *La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington D.C.: Organización Panamericana de Salud, 1994. p. 396-402.
- WORDEN, J William. *Terapia do luto: um manual para o profissional da saúde mental*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- YALOM, I. D., VINAGRADOV, S. *Manual de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- ZARIT, Stevens H., EDWARD, Anne B. Family caregiving: research and clinical intervention. In: WOODS, Robert T. (ed.) *Handbook of the clinical psychology of ageing*. John Wiley & Sons, 1996. p. 333-68.
- ZIMERMANN, David. *Fundamentos básicas das grupoterapias*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ABSTRACT

The article analyses the changes within the family circle, resulting from the process of dementia in one of its members, and creeds and values involved in the role of the caretaker. In the first part of the study, the aim is to help carrying out a more careful research and to assist those who deal with people who take care of patients with irreversible cognitive impairments. The work results from the two-year experience with the Family Caretakers of Patients with Dementia Support Group, at the Nucleus for Attention to the Elderly (NAI) clinic, at the Extension Department in the Open University for Studies on the Elderly (UnATI). The analysis is based on clinical observation of a group of eight caretakers – seven women and a man – aged 50, on average, from Rio de Janeiro middle class, and who have completed at least high school level.

Keywords: family, dementia, elderly, caretaker.

A DIMENSÃO EXISTENCIAL DA PESSOA IDOSA E SEU CUIDADOR

Célia Pereira Caldas¹

RESUMO

Trata-se de uma reflexão sobre a contribuição que a fenomenologia pode dar à prática cotidiana de cuidar de uma pessoa idosa, valorizando o papel do cuidador. Partindo do conceito de Enfermagem como ciência e arte do cuidado, ressaltam-se as implicações do “cuidar” e a responsabilidade do enfermeiro junto aos cuidadores. A seguir discute-se a questão “Cuidar do Idoso” na visão fenomenológica, baseando-se nas idéias do Filósofo Martin Heidegger. Conclui-se citando algumas possibilidades de abordagens ao idoso, especificando-se o que a fenomenologia traz como diferencial.

Palavras-chave: idoso, cuidadores, enfermagem geriátrica, fenomenologia

INTRODUÇÃO

O tema que me proponho a desenvolver traz o desafio de refletir sobre o cuidado, de um ponto de vista fenomenológico. Trata-se de um recorte da minha tese de doutorado que foi desenvolvida na Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ. Representa o aprofundamento no referencial filosófico definindo sua aderência ao tema. Partindo do conceito de Enfermagem como ciência e arte do cuidado, resalto as implicações do “cuidar” e a responsabilidade do enfermeiro junto aos cuidadores. A seguir passo a discutir a questão “cuidar do idoso” na visão fenomenológica, baseando-me nas idéias do Filósofo Martin Heidegger.

Trata-se de uma reflexão sobre a contribuição que a fenomenologia pode dar à prática cotidiana de cuidar de uma pessoa idosa, valorizando o papel do cuidador.

A ENFERMAGEM E O CUIDAR

O cuidado é o fundamento da ciência e da arte da Enfermagem. Este cuidar é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades

básicas do ser humano no momento em que ele está fragilizado. É o compromisso com o cuidado existencial- que envolve também o auto-cuidado, a auto-estima, a auto-valorização, a cidadania do outro e da própria pessoa que cuida.

O cuidado existencial é um importante componente do cuidado e ocorre quando aquele que cuida compreende o mundo subjetivo do paciente, vivencia a união com este e expressa-a de tal forma que a singularidade de cada um emerge surgindo a dimensão da intersubjetividade, de onde é possível respeitar-se a liberdade de Ser de cada um. Portanto, o cuidado existencial entre duas pessoas transcende o tempo, o espaço e o cotidiano.

Embora o método e as técnicas de Enfermagem não sejam diferentes para a enfermagem gerontogeriátrica, existe uma especificidade demonstrada através do conhecimento das teorias do envelhecimento, do processo de envelhecimento normal e patológico e de todo o conjunto de conhecimentos necessários à prática da gerontologia.

Esta especificidade se traduz nos cuidados mais diretos junto ao idoso e depende de uma acurada sensibilidade, fruto de conhecimentos específicos e treinamento de habilidades do enfermeiro na área geriátrica.

Stevenson (1997) cita que, ao avaliar uma pessoa idosa, o enfermeiro deve ter em mente três aspectos: a perda que ocorre com a idade, o quadro patológico que se pode instalar e a existência de um componente genético-fisiológico inicial que dá uma característica própria a cada idoso.

É fundamental para a prática da enfermagem gerontogeriátrica que o conceito de “qualidade de vida” assuma muito maior destaque que o conceito de “cura da doença”. O prioritário é promover a saúde do idoso e não se preocupar com o quadro patológico apenas. O cuidar inclui então, a redução de fatores de risco previsíveis. O objetivo mais importante é buscar o melhor funcionamento possível da pessoa. E este ponto “ótimo” é absolutamente individual – cada um tem o seu.

Stevenson (1997) afirma também que um ponto crítico para a enfermagem é superar o próprio condicionamento profissional em prolongar a vida e promover saúde para enfrentar a situação de encarar a morte.



A preocupação nesse caso, é promover a morte com dignidade, encarando a morte da melhor maneira possível.

Outro aspecto de destaque na prática da enfermagem gerontogeriatrica é o cuidado de enfermagem em parceria com o cuidador leigo. Mendes (1995) define cuidador, distinguindo o principal e o secundário. O cuidador principal é aquele que tem a total ou a maior responsabilidade pelo cuidados prestados ao idoso dependente, no domicílio.

Os cuidadores secundários seriam os familiares, voluntários e profissionais, que prestam atividades complementares. Utiliza-se a denominação de cuidador formal (principal ou secundário) para o profissional contratado (atendente de enfermagem, acompanhante, empregada doméstica, etc.) e de cuidador informal, usualmente, os familiares, amigos e voluntários da comunidade.

Em relação ao cotidiano dos cuidadores, Witmer (1990) afirma que à medida que a pessoa vai tornando-se mais dependente, há uma mudança de papéis nos membros da família. Se o doente é um dos pais, os filhos adultos assumem o papel de decidir e tomar as responsabilidades dos pais. O filho adulto torna-se cuidador e ficará realmente sobrecarregado com as responsabilidades de cuidador.

Freqüentemente os familiares sentem-se limitados e os sentimentos de desespero, raiva e frustração alternam-se com a culpa de "não estar fazendo o bastante" por um parente amado. A rotina doméstica altera-se completamente. Geralmente há uma perda da atividade social da família. Muitos amigos não entendem as mudanças ocorridas com a pessoa que têm demência e se afastam. O aumento da despesa também é fator preocupante para a família.

Mendes (1995) constata que, geralmente, as decisões para assumir os cuidados são mais ou menos conscientes, e, os estudos revelam que, embora a designação do cuidador seja informal e decorrente de uma dinâmica, o processo parece obedecer a certas regras refletidas em quatro fatores:

- parentesco – com freqüência maior para os cônjuges, antecedendo sempre a presença de algum filho;



- gênero – com predominância para a mulher;
- proximidade física – considerando quem vive com a pessoa que requer os cuidados;
- proximidade afetiva – destacando a relação conjugal e a relação entre pais e filhos.

O papel do enfermeiro envolve o esclarecimento sobre os problemas apresentados em relação ao estágio atual da doença e o de sistematizar junto ao cuidador a melhor estratégia para enfrentá-los.

Em minha prática, venho desenvolvendo desde 1990 um trabalho de suporte aos cuidadores e observo que a assistência de enfermagem é por eles, muito valorizada. Eles não faltam às consultas, relatam melhora do seu desempenho ao lidar com o idoso e estão sempre procurando o enfermeiro quando surgem novos eventos ou comportamentos do seu familiar idoso.

Ao longo deste período aprendi que mais importante do que as estratégias que elaboramos durante as consultas de enfermagem, é a disponibilidade em que eu, a enfermeira, me coloco para o cuidador.

Observo que, embora seja muito importante planejar comigo a assistência ao seu idoso, o cuidador necessita falar e ser ouvido. Acredito que este seja o maior motivo de adesão às consultas de suporte de enfermagem. Algumas vezes tenho a impressão de que eles demonstram ter encontrado alguém que fala a sua língua num mundo estranho, talvez exista uma “língua do cuidar”, a qual só tem acesso quem cuida ou quem pratica a arte de cuidar...

UMA VISÃO FENOMENOLÓGICA DA QUESTÃO: “CUIDAR DO IDOSO”

Para Heidegger (1995), os fundamentos do ser humano estão no estado de consciência, uma preocupação com o estar-no-mundo (um sentimento do “peso” do “ter-de-ser”). Esse estado de preocupação do Ser com o seu estar-no-mundo capacita o próprio Ser a preocupar-se também com o Ser dos outros, isto é, “abre” o Ser, que desta forma pode então,



dentre outras coisas, passar do modo de “ocupação” para o modo próprio de ser, o da “preocupação”.

Existência e vida nunca poderão ser sinônimos, pois somente o homem tem existência, somente o homem pode ser ansioso e alienado, e somente o homem pode questionar: “quem sou eu?”

Dependendo do engajamento em que a pessoa se encontra com as coisas, manipula, transaciona, e se preocupa com as pessoas e coisas num mundo que lhe é familiar, essa pessoa manifesta um “estado de cuidado”, que pode ser de mera ocupação ou pode ir além, passando a ser “preocupação”, o que pressupõe uma abertura existencial para esse mundo cheio de possibilidades no qual todos nós vivemos. O núcleo central, portanto, desses modos de ser é o estado de “preocupação”, o “estado de cuidado” do Ser-aí e que deve ser visto de vários ângulos. Refere-se também às formas pelas quais o Ser-aí aproxima-se de outras pessoas e coisas ou afasta-se delas.

Um dos aspectos constitutivos do Ser, apontados por Heidegger (1995) é o ser-com. O ser-com é muito importante porque deve e precisa viver basicamente um estado de preocupação com os outros.

No entanto, segundo Martins e Bicudo (1983), o Ser pode manifestar-se por meio de uma indiferença pelos outros e fugir à responsabilidade do devir. Isso acontece porque o ser-com pode permitir uma cotidianidade e levar o Ser-aí a perder-se nela. Na cotidianidade da vida o Ser passa a tratar os outros como entes ou como uma unidade na multiplicidade, ou assumindo os outros no desempenho de suas obrigações. Nesse caso, o mundo dos outros o absorve e anula a sua responsabilidade de vir-a-ser. Essa é a maneira mais fácil para o Ser perder-se no mundo dos outros, no mundo do “eles”, no mundo da conformidade e das ocupações gerais. Dessa forma, então, perde de vista a responsabilidade essencial de escolher aquilo que deseja e que pode ser, ou seja, está sob o domínio do impessoal.

Para Heidegger (1995), quando o Ser consegue assumir com propriedade o seu “ter-de ser”, isto é, assumindo a responsabilidade e o peso de estar lançado no mundo, está vivendo um modo de absoluta

liberdade. Porém como ser-no-mundo, o homem existe numa situação de ambigüidade, isto é, ele é livre mas é também, circunstancial. É somente dentro dessa circunstancialidade que o homem se constitui, que o homem pode escolher.

O homem não escolhe a família onde nasce, não escolhe a cultura da qual participa, nem as várias situações nas quais foi posto, jogado. Dentro desses limites criados pela circunstancialidade, porém, o homem tem a possibilidade, tem a capacidade e a aptidão para escolher. Ser humano é estar em contínua situação de escolha, de correr riscos nessa escolha, de assumir compromissos e de sofrer as conseqüências das escolhas feitas. Sem riscos não há opções significativas para o Ser e sem elas não há liberdade.

Ao refletir sobre estas questões, à luz do pensamento heideggeriano, a primeira coisa que se destaca é que este “cuidar,” que o nosso sujeito vivencia é geralmente no modo de lidar no mundo, disperso como modo de ocupação. E para Heidegger, o modo mais imediato de lidar não é o conhecimento perceptivo e sim a ocupação no manuseio e uso, a qual possui um “conhecimento” próprio, não necessariamente fruto de uma reflexão filosófica existencial. Ou seja, cuida-se automaticamente, sem se dar conta de que ali está um sujeito que tem uma dimensão existencial, que está sendo atingida pelos cuidados prestados pelo outro sujeito.

Enquanto estamos voltados para a ocupação, não temos “tempo” de nos ocupar com o que, de início e antes de tudo, deveríamos nos ocupar - a nossa existência e a do outro. Em outras palavras: ser-com o outro, ou vivenciar a intersubjetividade. E esta esquiva de encarar a dimensão existencial é explicável, pois é extremamente difícil e “pesado” ter que, a todo momento, encarar o real “peso” de existir, ser responsável por cada decisão, cada escolha e dar-se conta de que o somatório das pequenas decisões que tomamos em nossa vida cotidiana, influencia o mundo em que vivemos.

Quando conseguimos romper a barreira da mera ocupação e encaramos a dimensão existencial, seja do nosso ser seja do outro (que representa o nosso ser-com), “des-trancamo-nos”, ou para Heidegger “abrimo-nos” para a responsabilidade de ser. Ou melhor,



estamos vivenciando um modo “próprio” do ser-aí. Sendo o modo “impróprio” aqueles em que não agimos na total liberdade da responsabilidade e peso de “ter de ser”, como no caso em que nos deixamos levar pelos outros como quando envolvidos nos “falatórios”, pela curiosidade ou pela “moda”. É esta *abertura* essencial do Ser do homem que Heidegger denomina *cuidado*.

Outro aspecto presente na pesquisa e destacado na obra *Ser e Tempo* de Martin Heidegger (1995) é que, na base dessa dimensão existencial está o fato de que o mundo é sempre compartilhado com os outros. Existir é ser-com os outros. O existir do cuidador é ser-com o idoso. E para Heidegger, o ser-no-mundo é determinado pelo com.

E o ser-com determina existencialmente a pessoa mesmo quando o outro não é percebido ou não está presente. Mesmo o estar-só é ser-com o mundo. Pois somente para um ser-com é que o outro pode faltar. O estar-só é um modo deficiente de ser-com, mas é uma possibilidade de ser-com.

Por outro lado, “ocupar-se” da alimentação e vestuário, tratar o corpo doente são preocupações. Só que estas preocupações podem manter-se em seus modos deficientes ou em modos positivos. Na maior parte das vezes, encontramos-nos nos modos deficientes de preocupação: O ser por um outro, contra um outro, sem os outros, o passar ao lado um do outro, o não sentir-se tocado pelos outros são modos possíveis de preocupação. E precisamente estes modos de deficiência e indiferença caracterizam a convivência cotidiana e mediana com as pessoas.

Já os modos positivos de preocupação, apresentam duas formas extremas: uma é retirar a responsabilidade do “cuidado” do outro e tomar-lhe o lugar nas ocupações, substituindo-o. Este é deslocado de sua posição, retraindo-se. Nessa preocupação, o outro pode tornar-se dependente e dominado mesmo que esse domínio seja silencioso e permaneça encoberto para o dominado. Até que ponto o cuidador antecipa a dependência total do idoso, assumindo tal modo de preocupação?

A outra forma positiva de preocupação é a que se antepõe ao outro em sua possibilidade existencial de ser, não para lhe retirar o

“cuidado”, e sim para devolvê-lo como tal. Essa preocupação diz respeito à cura, ou seja, à existência do outro e não a uma coisa de que se ocupa. Essa preocupação ajuda o outro a transformar-se em sua cura, transparente a si mesmo e livre para ela.

Para Heidegger, a convivência cotidiana mantém-se entre os dois extremos de preocupação - a substituição dominadora e a anteposição liberadora - mostrando inúmeras formas mistas. A substituição dominadora é quando o cuidador superprotege a pessoa impedindo-a de tomar suas próprias decisões. A anteposição liberadora é quando o cuidador consegue favorecer a outra pessoa a tornar-se livre para tomar suas próprias decisões.

A preocupação está guiada pela consideração e pela tolerância. Ambas podem acompanhar os modos de preocupação variando nos modos positivos, até a total desconsideração e intolerância ou nos modos deficientes até a total tolerância que guia a indiferença.

Aquilo que se apresenta como um modo de convivência compreensiva, designado por “simpatia” deve constituir fundamentalmente uma ponte entre o próprio sujeito isolado e o outro sujeito. Mas a relação fundamental com os outros, geralmente é uma projeção do próprio ser “num outro”. O outro é também, um duplo do próprio sujeito. Tendemos a projetar nossa própria imagem no outro sem levar em conta o que o outro realmente é.

Caponi (1997) afirma que o homem é o único animal que vive existindo. Que age para viver. Mas para existir, precisa cuidar de seu corpo, alimentar-se, higienizar-se, atender às demandas de sua animalidade. Por isso, há uma dimensão necessária da ação, da existência, que está orientada para a preservação da vida. Dessa dimensão de “cuidado”, nunca poderemos nos apartar.

Todos nós, qualquer que seja nossa ocupação, em cada momento de nossa existência, cotidianamente, silenciosamente, sem que deixemos de fazer outra coisa, nos cuidamos.

No entanto, lamentavelmente, nem sempre é assim. Há momentos em que nossa existência entra em colapso e essa dimensão tão



básica e simples que é a do cuidado, se torna problemática e cobra uma dramática importância em nosso existir. Um exemplo característico disto é a doença.

Muitas vezes, quando adoecemos, perdemos nossa capacidade individual de nos cuidar e ficamos dependente dos outros. O enfermo não é tanto aquele que precisa de cura, mas aquele que precisa de um cuidado especial, e, muitas vezes, esse cuidado deve ser dado por outro.

O autor segue citando que o cuidado é primeira e fundamentalmente auto-cuidado. É o que fazemos para que nosso próprio corpo passe a ser o substrato de uma existência humana. Mas claro, existem situações nas quais isso não pode ser garantido. Há momentos, nos quais perdemos a capacidade de nos auto-cuidar e precisamos da assistência de outro. Pode ser um profissional, o enfermeiro, ou pode ser, simplesmente quem esteja próximo a nós: um amigo, um familiar.

Na velhice, nosso corpo pode deixar de ser um instrumento apto para o auto-cuidado. Ou seja, o próprio corpo, ao mesmo tempo em que começa a precisar de cuidados especiais perde também a capacidade de servir como instrumento para este cuidado.

É então que aparece o grave problema da velhice: um dos suportes de uma existência autônoma está comprometido. Não nos podemos auto-governar porque já não nos podemos cuidar; e esse é o problema central da enfermagem geriátrica.

Caponi (1997) está se referindo aos enfermeiros como “aqueles que cuidam”, mas acredito que suas palavras são plenamente aplicáveis a qualquer pessoa que está praticando a arte de cuidar, sejam cuidadores formais ou informais.

O problema na relação cuidador-paciente é, justamente, que este, antes, cuidava de si mesmo, mas agora, está submetido aos cuidados de outros. Quando somos jovens esta situação, quando ocorre, tende a ser passageira, mas na velhice, o processo de perda da capacidade de auto-cuidado parece que se tende a aprofundar. E isso vai criando, a cada dia, uma maior dependência para com aquele que nos cuida.

Portanto, o grande desafio que Caponi (1997) aponta para a enfermagem e que considero pertinente para os cuidadores de um modo geral, é: como cuidar sem manipular? Ou seja, como cuidar ao ser que existe, à pessoa que vive existindo, sem que sua existência se limite ao fato de ser cuidado. “Como cuidar sem anular a autonomia do paciente?” Quando intervenho na existência do outro para cuidá-lo, não posso fazê-lo sem atentar contra sua autonomia como indivíduo.

CONCLUSÃO

Muito ainda precisa ser feito para se atender à crescente demanda por uma atenção de boa qualidade para o idoso no Brasil. Há dez anos, quando iniciei minha prática profissional em enfermagem geriátrica e gerontológica, com uma experiência anterior em saúde pública, nem se cogitava a questão gerontológica. Os demógrafos e epidemiologistas foram, então, os precursores desta discussão. Portanto, ao avaliar o caminho já percorrido desde então, reconheço que muito já foi alcançado. Ao menos, a questão do envelhecimento populacional e a atenção ao idoso já fazem parte das prioridades nas pautas governamentais.

Hoje já existe inclusive uma Política Nacional do Idoso traduzida num conjunto de leis e decretos federais que atualmente encontram-se em discussão para implementação nas políticas ministeriais e em níveis estaduais e municipais. Naturalmente, sendo o Brasil um país tão grande e com tantas diferenças regionais, alguns estados e municípios estão mais avançados nesta discussão que muitos outros. Mas não haverá como evitar esta preocupação. A realidade do envelhecimento populacional está à porta e haveremos de lidar com ela, a despeito das outras tantas necessidades do povo brasileiro.

Desde 1990, venho realizando consultas de enfermagem junto aos cuidadores de idosos. Esta abordagem inclui uma avaliação inicial bem abrangente e detalhada do idoso, sua estrutura de suporte e cuidado; avaliações periódicas da evolução da doença, da qualidade da relação cuidador-idoso e do cuidado prestado; realização de grupos operativos com cuidadores.



Uma experiência bastante enriquecedora foi vivida junto aos outros membros da equipe (psicólogo, nutricionista, médica, fisioterapeuta) e um grupo de cuidadores, em 1995, quando elaboramos um manual para cuidadores de idosos demenciados utilizando o método da pesquisa participante.

Percebi que os recursos disponíveis de uma visão funcionalista e a tentativa de trabalhar mais o social, de forma dialética, através da pesquisa participativa, mostraram um alcance limitado para dar conta da questão do suporte ao cuidador, pois o cuidador principal e familiar já caracterizado acima, continua sendo um desafio à minha prática.

Portanto, a minha própria trajetória profissional levou-me ao momento de buscar ampliar a compreensão do sentido de ser cuidador. Este trabalho foi resultado de uma abertura em minha existência para a possibilidade de fundamentar minha prática através da compreensão, aprofundando o meu nível de reflexão, do social para o existencial.

A fenomenologia é a abordagem filosófica que trabalha com a dimensão existencial e acredito que haja nesta abordagem uma grande contribuição a dar para a enfermagem, pois seu objetivo é a busca da essência (ou estrutura) do fenômeno que deve se mostrar necessariamente nas descrições. O investigador não formula hipótese para aquilo que busca, mas apenas procura ver o fenômeno tal como o mesmo se mostra. O conhecimento desejado é a essência do fenômeno e esse fim é alcançado através das descrições feitas pelos sujeitos do estudo através de suas falas não interpretadas. Estas descrições referem-se às experiências que os sujeitos viveram. Nelas estão a essência do que se busca conhecer e a intencionalidade do sujeito.

A assistência de enfermagem ao idoso e ao seu cuidador, não é novidade na prática da enfermagem gerontogeriátrica nos países desenvolvidos, porém ainda o é no Brasil. Além disso, mesmo a bibliografia estrangeira que trata do tema apresenta abordagens bastante tradicionais, ou seja, privilegiando a abordagem funcionalista ou aproximando-se de uma psicologia comportamental.

Ao propor uma abordagem fenomenológica ao tema, acredito poder ampliar as possibilidades de aproximação ao cotidiano do idoso e do



cuidador, através da busca da compreensão de sua dimensão existencial. Esta compreensão, somada às abordagens já existentes potencializarão a assistência de enfermagem ao idoso.

Compreender o sentido do ser cuidador, contribuirá para a prática da enfermagem na medida em que a abordagem do enfermeiro poderá ser mais eficaz junto a uma clientela, que enfrenta uma problemática altamente complexa e que a torna tão vulnerável a situações de estresse.

Por outro lado, esta compreensão possibilitará o encaminhamento e sugestão de outras atividades e condutas em relação a esse cuidador com vistas à qualidade da assistência não só ao idoso, mas a si próprio, que precisa de suporte de todo tipo, para atender ao idoso.

NOTAS

- 1 - Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Vice- Diretora da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI-UERJ). Mestre em Saúde Coletiva (Instituto de Medicina Social – IMS/UERJ). Doutoranda em Enfermagem (Universidade Federal do Rio de Janeiro)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALZHEIMER'S DISEASE SOCIETY. Caring for the person with dementia - a guide for families and other carers. London, England. 1992.
- CALDAS, C. P. A abordagem do enfermeiro na assistência ao cliente portador de demência. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p.209-16, out. 1995.
- _____. (org) *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.
- _____. *Memórias de velhos trabalhadores*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993. 245 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993.
- _____. *O sentido do ser cuidando de uma pessoa idosa que vivencia um processo de demência*. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2000. 141 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 2000.
- CAPONI, G. Concepção do cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. In: JORNADA DE ENFERMAGEM GERIÁTRICA E GERONTOLÓGICA, 1., 1996, Florianópolis. Anais... Texto e Contexto - Enfermagem UFSC, Florianópolis, v 6, n. 2, maio/ago. 1997, p.51-6.



- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- MARTINS, J., BOEMER, M. R., FERRAZ, C. A. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa - algumas considerações. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 24 n. 1, p. 142, abr. 1990.
- MARTINS, Joel, BICUDO, Maria A. V. *A pesquisa qualitativa em Psicologia fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes, 1989.
- _____. *Estudos sobre Existencialismo, Fenomenologia e Educação*. São Paulo: Martins, 1983. 80 p.
- MARTINS, Joel, DICHTCHEKENIAN, Maria F. S. F. B. (org.) *Temas fundamentais de Fenomenologia*. São Paulo: Moraes, 1984. 97 p.
- MENDES, P. B. M. T. *Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano*. 151 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa em Serviço Social. PUC/SP, 1995.
- STEVENSON, J. S., GONÇALVES, L. H. T. ALVAREZ, A. M. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. *Texto e Contexto – Rev. Enfermagem UFSC*, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 33-50, maio/ago. 1997.
- STAAB, A. e LYLES, M. *Manual of Geriatric Nursing*. Glenview, Illinois: Scott, Foresman, 1990.
- VERAS, R. P. *País jovem com cabelos brancos. A saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- WITMER, D. M. *Geriatric nursing assistant*. New Jersey: Prentice-Hall, 1990.

ABSTRACT

This is a reflection on the contribution given by phenomenology to the daily practice of taking care of an elderly person, emphasizing the role of the caretaker. Departing from the concept of Nursing as science and art of health care, the implications of "taking care" and the nurse's responsibility for the caretakers are emphasized. Then the article discusses the act of "Taking Care of the Elderly" within the phenomenological point of view, based on the ideas of the philosopher Martin Heidegger. In the conclusion, some possible approaches to the elderly are mentioned, especially those phenomenology holds as a differential.

Keywords: elderly, care, geriatric nursing, phenomenology.



UnATI
UERJ

