

Cuidando de idosos dependentes no âmbito domiciliar



*Mary Ellen Bento Fernandes
Arlete Camargo de Mello Salimene*

Resumo: A condição de longevidade associa-se à fragilização pelo envelhecimento, tornando o idoso vulnerável às diversas situações de vida e saúde, implicando necessidades de cuidados constantes. A falta de conhecimento sobre o processo de envelhecimento e da ausência de envolvimento afetivo entre família e idoso dificulta a identificação das necessidades de cuidados físicos e de uma atenção psicológica. O presente estudo apresenta uma pesquisa qualitativa, estudo de caso, com o objetivo de identificar as necessidades do idoso sob cuidados domiciliares em relação aos aspectos físicos e emocionais. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista aberta, aplicada a uma idosa sob meus cuidados profissionais de enfermagem no interior do estado de São Paulo em 2009. A análise dos dados mostrou que a idosa, dependente de sua família, necessita de mais afeto e atenção dispensada pelos familiares. Conclui-se através do presente estudo que a falta de afeto e conhecimento sobre o processo de envelhecer dificultam o convívio familiar.

Palavras chaves: Idosos Dependentes; Cuidado Domiciliar; Enfermagem.

Introdução

A condição de longevidade associa-se à fragilização pelo envelhecimento, tornando o idoso vulnerável às diversas situações de vida e saúde, implicando necessidades de cuidados constantes. Uma vez acometido por uma doença crônico-degenerativa geralmente o idoso requer cuidados especiais, pois se torna dependente. Em muitos casos esses cuidados são prestados pela família, que assume essa incumbência, nem sempre por opção, mas, na maioria das vezes, por força das circunstâncias (GONÇALVES et.al, 2006).

O idoso fragilizado é muito apegado ao seu ambiente e objetos pessoais. A mudança de ambiente, da moradia, o distanciamento dos conhecidos pode gerar depressão e desencadear outras patologias (THOBER et.al, 2005). Nesse sentido, é muito importante que se preserve o idoso em seu ambiente sempre que for possível.

A redução dos custos com assistência hospitalar e institucional é um dos motivos que faz com que, tanto no Brasil como em muitos outros países, a permanência de idosos incapacitados em suas próprias casas, sob os cuidados de sua família, seja indicada. Além disso, a visão atual da assistência em saúde propõe que o idoso acometido por uma doença crônica, e com incapacidades, deve ser cuidado no ambiente onde sempre viveu e adoeceu (SILVA et.al, 2007).

Contudo, esta postura pode ser considerada idealista, visto que a família vem sofrendo diversas modificações na sociedade atual, e nem sempre tem condições de assumir responsabilidade pelo cuidado do idoso que, por exemplo, pode exigir que um membro da família deixe de trabalhar (SILVA et.al, 2007).

Além disso, o fato de vivenciar a possibilidade da perda pode também ser um aspecto que dificulte os cuidados por parte do familiar, caso o idoso tenha valores em relação ao seu corpo e não se sinta à vontade com uma filha dando-lhe banho (THOBER et.al, 2005). Esses exemplos nos indicam que para cuidar do seu idoso, a família precisa receber um preparo de profissionais da saúde.

Para o cuidador familiar a rotina de cuidar é algo que pode se tornar exaustivo e comprometer sua integridade física, e a ausência de ligação familiar facilita o cuidado, pois o envolvimento emocional torna-se bem menor, por maior que seja a afinidade entre o cuidador e o idoso (THOBER et.al, 2005).

A família é compreendida como um lugar em que se encontra apoio, ajuda, compreensão, compartilhamento das dificuldades e fortalecimento através da união para enfrentar os obstáculos. Quando essa função da família não é bem estruturada, gera conflitos na realização do cuidado (THOBER et.al, 2005). O planejamento para os cuidados e a compreensão das questões psicossociais que a pessoa idosa enfrenta deve ser realizado dentro do contexto familiar (BRUNNER & SUDDART, 2006).

O ambiente doméstico passa a ser adaptado para as necessidades emergentes, e objetos de decoração passam a ser substituídos por medicações e materiais de curativos, adaptações, que facilitam o cuidar, mas podem tornar o ambiente menos acolhedor (THOBER et.al, 2005).

O domicílio não apresenta as características de uma instituição formal de saúde, mas é o local em que os seres humanos convivem e tornam propícios os cuidados individualizados. Esse ambiente é permeado por diversos aspectos culturais, de significância aos seus moradores e frequentadores, portanto, evitado de subjetividades nem sempre compreensíveis para quem não reside ou o frequente. Tais aspectos, portanto, devem ser considerados toda vez que a equipe de saúde ali adentra e propõe intervenções (MARTINS et.al, 2007).

Estudo mostra que atividades que exigem movimentação e deslocamento como para banhar-se, vestir-se, usar vaso sanitário e transferências são as que indicam maior dependência dentre os idosos (THOBER et.al, 2005). A participação de profissionais de enfermagem auxilia em muito no cuidado, esclarecendo dúvidas e tornando-o mais leve.

Os conhecimentos que fornecem subsídios para cuidar do idoso e de seu cuidador familiar incluem o entendimento das necessidades humanas básicas, bem como adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida que, por sua vez, apresentam dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais. Consideramos que ao cuidar do ser idoso e de seu cuidador não devemos focar nossas ações na patologia, mas priorizar a promoção, manutenção e recuperação da saúde. Respeitar a independência e propiciar a participação do sujeito idoso e de seu cuidador familiar no processo de cuidado, portanto, pode favorecer a assistência qualificada (MARTINS et.al, 2007).

A falta de preparo para o cuidado gera no cuidador uma ansiedade que é substituída por segurança a partir do momento em que consegue organizar-se e perceber o cuidado como fácil (THOBER et.al, 2005). O cuidar representa uma atividade de ocupação, preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro.

Uma das alternativas mais importantes para assegurar a autonomia e independência do idoso, como também o envelhecimento saudável, é a ação educativa para essa parcela da sociedade. Porém, infelizmente, o modelo assistencial privilegia as ações curativas, centradas na atenção médica, desconsiderando o papel ativo que o sujeito cuidado pode desempenhar. Assim, cuidar e promover a educação em saúde no domicílio é uma das tarefas mais desafiadoras para o profissional enfermeiro, bem como para a equipe multidisciplinar atuante na saúde (MARTINS et.al, 2007).

Um envelhecimento bem sucedido depende de como o idoso vai enfrentar os desafios da vida, lutar pelos seus direitos de cidadão e colocar em prática projetos viáveis dentro das condições pessoais e do meio ambiente em que vive (MARTINS et.al, 2007).

A longevidade torna o idoso fragilizado e vulnerável, e a falta de conhecimento sobre o processo de envelhecimento e a ausência de envolvimento afetivo entre

família e paciente podem trazer impactos negativos. O conhecimento sobre as necessidades físicas e emocionais que o idoso apresenta auxiliam o profissional de enfermagem a agregar qualidade ao atendimento de modo a minimizar sofrimento e promover melhores condições de vida a ele e a família.

Portanto, o objetivo deste estudo é identificar as necessidades do idoso sob cuidados domiciliares em relação aos aspectos físicos e emocionais, e tem como hipótese que a falta do conhecimento sobre o processo do envelhecimento e da ausência de envolvimento afetivo entre cuidador / família e idoso dificulta a identificação das necessidades de cuidados físicos e de uma atenção psicológica.

O envelhecimento é um processo irreversível, que se inscreve no tempo. Começa com o envelhecimento e acaba na destruição do indivíduo (MESSY, 1999).

A população de idosos representava um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (8,6% da população brasileira), em 2009. As mulheres são maioria; 8,9 milhões (62,4%) dos idosos são responsáveis pelos domicílios e têm, em média, 69 anos de idade e 3,4 anos de estudo (IBGE, 2009).

Os números mostram que uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais, e para 2050 estima-se que a relação será de uma para cinco em todo o mundo, e de uma para três nos países desenvolvidos. Nos próximos 20 anos, a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas e deverá representar quase 13% da população ao final deste período (IBGE, 2009).

O envelhecimento exprime ao mesmo tempo uma ideia de perda e outra de aquisição (MESSY, 1999).

A longevidade pode trazer transformações negativas de ordem física, cognitiva, afetiva, social que levam à dependência e à falta de autonomia, condenando o indivíduo a perder a liberdade, a memória, familiares, amigos, afetos e relações.

O ser humano teme as perdas, uma vez que as mesmas trazem, habitualmente, sofrimento. A experiência de perdas pode levar a esclarecer uma situação de abandono, pois se revelam como desencadeadoras de um processo que se dá num *continuum*, de maneira gradativa, e que se intensifica pelas sucessivas perdas e danos. O aprisionamento nessa situação o fragiliza e coloca numa condição de dependência, de inutilidade e de aniquilamento. Para muitos, a perda maior é a morte. Aceitar o limite imposto pela morte como experiência cotidiana implica aceitar as regras da existência, visto que a morte impõe uma ruptura com tudo o que se conhece e se ama e faz parte da condição humana (HERÉDIA, 2005).

Quanto mais intensos e frequentes os afetos positivos, maior a capacidade dos idosos de acionar recursos psicológicos para enfrentar emoções negativas, e diminuir a intensidade das respostas fisiológicas automáticas associadas a afetos negativos (SANTOS & COL., 2008).

Idosos mais resilientes tendem a sentirem-se mais felizes, a ter mais gosto pela vida e mais esperança, que funcionam como mecanismos protetores (SANTOS & COL., 2008).

De modo geral os idosos esperam da família o retorno do que por ela fizeram, e que ela resolva os problemas que são incapazes de solucionar devido a suas condições atuais, expectativas não correspondidas provocam frustrações, tristeza, doenças e, em muitos casos, são motivo de morte (HERÉDIA et. Al, 2005).

É dado científico que a velhice caracteriza-se pelo declínio das funções biológicas, da resiliência e da plasticidade. Ainda que ocorram de forma diferenciada entre pessoas, as perdas que caracterizam a velhice provocam o aumento da dependência dos indivíduos em relação aos elementos da cultura e da sociedade. Por outro lado, e ao contrário do que se pensa, é possível a preservação e ganhos evolutivos em determinados domínios do funcionamento, como o intelectual e o afetivo, sendo este último capaz de atuar de maneira compensatória sobre as limitações cognitivas (NERI & YASSUDA, 2004).

A exemplo de outras fases da vida, na velhice está presente aspectos biológicos, econômicos, sociais e culturais, e se convive com perdas e ganhos. De modo geral, porém, a sociedade parece valorizar mais suas associações a perdas, reforçando atitudes e comportamentos que levam a perceber a velhice como sinônimo de incapacidade, pobreza, desprezo, discriminação, desigualdade e abandono, negando aos que envelhecem o direito de elaborar e concretizar projetos de vida (RODRIGUES et. Al, 2007).

É preciso, pois, garantir o direito e a cidadania, pois não existe idade definida para ser cidadão, e o idoso também deve ter seus direitos garantidos e respeitados, como os de pertencer e participar intensamente de uma sociedade, direito de inclusão social (RODRIGUES et. Al, 2007).

A enfermagem tem, pois, o dever de assistir as pessoas nessa fase da vida com dignidade, igualdade e respeito, transmitindo e exigindo da sociedade igual atitude (RODRIGUES et. Al, 2007).

Respeitar o direito humano do idoso é ajudá-lo a exercer sua cidadania, é garantir-lhe autonomia e independência; é valorizar sua capacidade e potencial de decisão e ação (RODRIGUES et. Al, 2007).

O abandono é sentido como desamparo no meio dos outros, é não estar bem, é não ter ajuda de ninguém, é andar de um lado para o outro. É ter família e não ser protegido por ela, esquecido, isolado, indiferente, não ser valorizado e não receber atenção. O idoso espera daquele que quer bem o apoio necessário para enfrentar a velhice. Talvez esse bem-querer não seja recíproco e possa produzir o sentimento de abandono. O idoso cansa de falar e não ser ouvido, o que o afasta de suas esperanças e de seus desejos. À

medida que suas expectativas não se realizam e se perde a motivação da espera, ele fica sem o sentido de viver (HERÉDIA et.al, 2005).

Como em qualquer idade, os velhos precisam das redes de relações sociais para saber que são amados, cuidados e valorizados (SANTOS & COL., 2008).

As situações que levam ao abandono são provocadas pela condição de fragilidade do idoso, que pode passar a depender de outras pessoas, pela perda da autonomia e da independência, pelo esfriamento dos vínculos afetivos e pela conduta do grupo de relações ou ausência dele. Ainda há situações que dependem do próprio idoso, no que se refere ao modo como se dá o enfrentamento dessas situações, e que dependem das circunstâncias objetivas e subjetivas de cada indivíduo (HERÉDIA et.al, 2005).

A família é o meio natural de inserção do ser humano. Quando há ausência ou rompimento dessa inserção, o idoso vive uma situação de não pertencimento, sente-se ignorado, desvalorizado, excluído. A família é a esperança do idoso como forma de manutenção das relações familiares e das possibilidades de evitar o isolamento.

Como a família é o grupo através do qual o ser humano é gradativamente inserido no mundo, ela representa o vínculo do indivíduo com a sociedade. Dessa maneira, carrega valores que sustentam essa relação de estar com, de estar junto, e deve ser considerado o espaço de ligação entre os seus membros. A família pode ser uma solução para evitar o sentimento de abandono, mas não garante necessariamente que esse sentimento não exista. Pelo contrário, depende dos vínculos estabelecidos ao longo da vida e da força dessas relações. A família é o primeiro referencial de socialização e de estabelecimento de vínculos, sendo responsável pelo equilíbrio físico, psíquico e afetivo (HERÉDIA et.al, 2005).

Quando da inexistência ou fragilidade de laços afetivos, quando da falta de amor, de perguntas sem respostas, de conversas sem atenção, o idoso é deixado de lado por filhos, familiares e amigos. Sua presença participativa, cooperativa e operativa é ignorada, não há convívio familiar, não há espaço para partilhar – dar e receber atenção. A oportunidade de integração lhe é negada; fica sem apoio e carinho, sentindo-se negligenciado afetiva e socialmente. É estar velho sem conviver quotidianamente com a família. Essa condição pode levar aos seguintes questionamentos: como foram construídas as relações familiares ao longo da trajetória de vida desse idoso? Que vínculos foram estabelecidos e mantidos entre ele e seus familiares? Por que esse idoso está sendo sujeito à condição de abandono? Que motivos levam a família a deixar seu idoso de lado e a isolá-lo do convívio familiar? (HERÉDIA et.al, 2005).

Envelhecemos como vivemos, nem melhor, nem pior.
Trata-se de uma questão de equilíbrio entre essas duas
noções (MESSY, 1999).

Torna-se fundamental que o enfermeiro desenvolva estratégias de educação em saúde, pois é preciso que ele tenha o entendimento integral a respeito de saúde e qualidade de vida, valorizando a história de vida da população, estimulando a autoconfiança, praticando a solidariedade e desenvolvendo atitudes e práticas de cidadania, expandindo o conhecimento científico para cooperar na construção de um pensamento mais crítico (MARTINS et.al, 2007).

A intervenção educativa pode contribuir para mudanças no estilo de vida, favorecendo o conhecimento sendo, portanto, um dos meios para vencer os desafios impostos aos idosos pela idade e pela sua condição de saúde, propiciando também o aprendizado de novas formas de cuidar, ampliando as oportunidades para resgatar seu bem estar físico e emocional (MARTINS et.al, 2007).

O grau de dependência influencia diretamente na vida do idoso e de sua família, pois a dificuldade de realizar as Atividades de Vida Diária (AVD) determina a necessidade de um cuidador que se disponibilize para auxiliá-lo. O conhecimento da realidade das famílias, do ponto de vista de suas necessidades e das dificuldades e facilidades geradas no cotidiano, como também os sentimentos que envolvem o cuidado, são fundamentais para assistência da enfermagem e demais profissionais, oferecendo subsídios para a atenção da saúde do idoso como para seus familiares no domicílio (THOBER et.al, 2005).

É de fundamental importância que o profissional que se propõe a assistir o paciente idoso em domicílio se aprofunde no conhecimento do processo de envelhecimento, interagindo com esse idoso e promovendo um vínculo afetivo entre ambos.

Metodologia

Tendo como objetivo identificar as necessidades físicas e emocionais do idoso sob cuidados domiciliares, optou-se pela pesquisa qualitativa que se mostrou mais adequada. Trata-se de um estudo de caso, descritivo, exploratório.

A pesquisa qualitativa dá profundidade aos dados, à dispersão, à riqueza interpretativa, à contextualização do ambiente, os detalhes e às experiências únicas. Também oferece um ponto de vista “recente, natural e holístico” dos fenômenos, assim como flexibilidade (SAMPIERI, 2006). A metodologia qualitativa, mais do que qualquer outra, levanta questões éticas, principalmente, devido à proximidade entre pesquisador e pesquisados (MARTINS, 2004).

O “estudo de caso” é um método que se concentra no estudo de um caso particular, considerado representativo, significativo e representativo, de modo a

ser apto a fundamentar uma generalização para situações análogas, autorizando interferências (SEVERINO, 2007).

A população deste estudo foi composta por uma idosa sob cuidados profissionais de enfermagem no domicílio da mesma pela própria pesquisadora. A coleta de dados foi realizada no domicílio do idoso, localizado no interior do estado de São Paulo em dezembro de 2009.

O instrumento para coleta de dados foi composto de um roteiro de entrevista aberta, desenvolvido pela própria pesquisadora e aplicado ao sujeito que participou da pesquisa.

Sendo a pesquisa realizada com seres humanos, segue a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, tendo sido encaminhado para análise e julgamento do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UNIP, reconhecido pelo (CONEP), sendo apresentado por meio de envio de carta de encaminhamento à presidência juntamente com a folha de rosto padronizada para tal.

Após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Paulista (UNIP) foi realizada a coleta de dados por meio de uma entrevista individual de 40 minutos, com auxílio de gravação magnética e posterior transcrição da fita. Optou-se por esta técnica, pois permite ao entrevistado falar livremente sobre o tema proposto, limitado, porém, por um roteiro de perguntas realizadas no momento da entrevista.

O sujeito teve conhecimento quanto ao objetivo da pesquisa e sua colaboração foi voluntária e anônima, com assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido, sanando as possíveis dúvidas sobre a metodologia.

A análise de conteúdo pode ser definida como:

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/reprodução destas mensagens. (BARDIN, 2004, p. 38)

Ainda segundo a autora, o fundamento da especificidade da análise de conteúdo reside na articulação entre “a superfície dos textos, descrita e analisada e os fatores que determinam estas características, deduzidos logicamente”. A análise de conteúdo trabalha as palavras e suas significações, procurando conhecer o que está por trás das palavras analisadas.

A técnica é constituída por três fases: a pré-análise; a descrição analítica e a interpretação inferencial. Na pré-análise o material das entrevistas deve ser transcrito e submetido à leitura flutuante, privilegiando o sentido global dos discursos. Posteriormente, na fase de descrição analítica, prossegue-se com o recorte e escolha das unidades de registro, elegendo-as e codificando-as mediante a convergência com o fenômeno em estudo. Assim, as unidades temáticas são classificadas sob um título genérico, a partir de um grupo de elementos, num processo chamado de categorização (BARDIN, 2004).

Nas palavras da autora, a categorização:

[...] é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos. (BARDIN, 2004 p 117)

As categorias obtidas com esse processo possuem relações, podendo proporcionar o aprofundamento de ideias, propor inferências e adiantar as interpretações do conteúdo manifesto, ou mesmo do conteúdo latente.

Resultados e discussões

Dona Esmeralda (nome fictício escolhido pela própria entrevistada), tem 90 anos, apresenta domínio de suas faculdades mentais, lúcida e ciente de tudo que faz, é viúva, católica, cursou o colegial incompleto, nunca trabalhou fora de casa, é dependente do filho. Está sob cuidados de enfermagem da pesquisadora há dois anos, após ter sofrido uma fratura de fêmur e ser submetida a procedimento cirúrgico para implantação de uma prótese.

Sua recuperação foi surpreendente; em apenas três meses estava andando com auxílio de um andador. Desde o início, dona Esmeralda mostrou-se uma pessoa forte, com muita vontade de viver.

Hoje, anda com auxílio de uma bengala, é hipertensa, mas mantém uma PA (pressão arterial) controlada por medicamentos. Necessita de ajuda para realizar AVDs (atividades de vida diária) como vestir-se, arrumar-se, tomar banho, higiene íntima, preparo de alimentos, administração de medicamentos e auxílio para locomoção externa.

Dona Esmeralda mora com seu único filho e sua nora, que tem quatro filhos e oito netos, e que sempre se reúnem na sua casa. Dona Esmeralda, nunca trabalhou fora de casa, dedicou-se aos trabalhos domésticos e à família, o que realizou com muito amor.

Dona Esmeralda, sempre viajou e isso é uma de suas paixões. Fala com entusiasmo dos lugares que já conheceu e lamenta não poder viajar tanto devido sua limitação física. É uma mulher alegre, que adora novidades, gosta de estar com pessoas jovens, de aconselhar, de saber de tudo que acontece, e também aceita bem novas ideias. É muito vaidosa, vai periodicamente ao salão de beleza, escolhe as roupas que quer vestir e tem que estar tudo combinando. Vive cada dia programando o próximo.

Seu maior prazer é cozinhar, e ela passa horas na cozinha, preparando com carinho pratos deliciosos para toda família. Isso é um grande estímulo para ela, e penso que quando não mais conseguir cozinhar já não sentirá mais vontade de viver, pois sua vida se resume a cozinhar e assistir TV.

A maior tristeza é não poder mais sair sozinha e depender de alguém para levá-la em qualquer lugar, quando decidem algo por ela, sem antes consultá-la,

ou quando a excluem de alguma conversa familiar ou omitem assuntos importantes. Quando isso acontecesse ela fica muito magoada e, com os olhos cheios de lágrimas, repete sempre a mesma frase “eles querem me enterrar viva”.

Acredito que essa expressão, para dona Esmeralda, significa que a família a vê como incapaz de tomar decisões, de fazer escolhas, de dar parecer sobre assuntos importantes como contribuição enquanto sujeito integrante dessa família. Se sente como se não existisse mais.

Apesar disso, tem uma família que não lhe deixa faltar nada: casa, ótima alimentação, segurança, conforto, e até certo afeto e carinho, mas percebe-se que a paciente tem expectativa mais alta.

É importante a família possibilitar o máximo de oportunidades possíveis para que o idoso participe de tomada de decisões sobre si e nas questões familiares. Esse respeito com a individualidade do idoso proporciona bem estar, que por várias ocasiões pode sentir-se como um fardo para a sua família (THOBER et.al, 2005).

Os resultados a seguir serão apresentados através de quatro categorias temáticas em relação a percepção da paciente sobre receber atendimentos domiciliares.

1) Sentimento em relação ao convívio familiar

Eu me sinto bem, tudo bem! Tenho toda liberdade, faço o que eu quero, sou muito bem atendida, tenho tudo o que eu quero, o que é necessário. Estou muito feliz!

Eu tenho um filho que Deus me deu que cuida muito bem de mim, mas muito bem mesmo que eu só tenho a agradecer minha família inteira. Estou muito feliz !

Percebe-se que durante a entrevista dona Esmeralda estava um tanto apreensiva ao responder as perguntas da pesquisadora, e o fato de que a conversa seria gravada não a agradou muito. Fez questão de saber quais eram as perguntas antes, falou pouco e isso a ajudou a formular as respostas com calma. Portanto, a repetição da frase “estou muito feliz” dá a impressão de que D. Esmeralda queira esconder o que realmente sente em relação à esse relacionamento.

O idoso quer o acolhimento, a presença, o amor de seus familiares. Ele quer compartilhar a experiência e o conhecimento que construiu ao longo de sua existência (HERÉDIA et.al, 2005).

Se a família não estiver fortalecida pela convivência e por laços afetivos, a presença da doença e das dificuldades delas advindas pode provocar tristeza, amargura, angústia, desânimo, melancolia e a constatação de que o abandono é algo cruel, injusto, ruim (HERÉDIA et.al, 2005).

Pelas enfermeiras a gente se sente bem, elas são boas. Na vida da gente, o normal, gostaria de não precisar depender de ninguém (risos), mas como a gente precisa, a gente se sente bem. Tem que agradecer de ser bem cuidada, de estar entendendo tudo. Por enquanto pra mim nessa fase da vida está ótimo.

Apesar da necessidade de cuidados físicos, dona Esmeralda agradece por estar lúcida, o que é muito importante para ela.

2) Mudanças para melhorar a convivência

Pra mim, por enquanto, não precisa melhorar nada. Está tudo ótimo (risos).

Mudanças nesse momento da vida são sinônimos de medo, querer mudar o relacionamento depois de tanto tempo é difícil, mais fácil se acostumar com ele.

O idoso não deve ser visto somente como pessoa isoladamente, mas tudo ao seu redor passa a fazer parte do seu bem estar. E as ações de cuidados vão além do corpo, da saúde mental. Entendem que cuidar do ambiente também faz parte do cuidado à pessoa, e as adaptações no ambiente familiar serão mais ou menos fáceis dependendo das relações afetivas desenvolvidas pelos seus membros, construída no decorrer da convivência (THOBER et.al, 2005; SOUZA et.al, 2007).

3) Ajuda nos cuidados em casa

As enfermeiras que eu tenho são ótimas (risos), são eficientes, cuidam muito bem de mim. Estou feliz. Por enquanto está ótimo.

Eu preciso de ajuda pro banho de manhã, à noite elas cuidam dos remédios, da pressão... o necessário [...] o mais importante elas cuidam [...] conversam, o carinho, tudo isso está ótimo. Estou feliz.

A presença dos cuidadores diariamente na casa de D. Esmeralda traz conforto a ela, pois a tratam com carinho e atenção, conversam sobre suas vidas, trocam experiências, além de darem todo o suporte profissional nos cuidados diário.

Quando a família possui uma condição financeira adequada é possível a contratação de pessoal qualificado, mas nem sempre a pessoa contratada possui uma formação adequada para o desempenho dessa função - não possui qualquer curso de enfermagem, em nível médio ou superior - mas realiza cuidados de enfermagem, colocando em riscos, muitas vezes, a qualidade de vida do idoso (THOBER et.al, 2005; KAWASAKI & SKUBS, 2007).

4) Limitações

Eu gostaria de ter a liberdade de sair, fazer tudo o que eu fazia antigamente. Mas a vida não é assim [...] tudo tem suas passagens difíceis. Mas tem que aceitar.

Não é fácil para dona Esmeralda não poder fazer tudo como antes, mas encara tudo o que passou com aceitação. Apesar das limitações físicas é preciso respeitar e incentivar seus desejos. Respeitar o direito humano do idoso é ajudá-lo a exercer sua cidadania, é garantir sua autonomia e independência, é valorizar e desenvolver sua capacidade e potencial de decisão e ação (RODRIGUES et. Al, 2007).

Considerações finais

Infelizmente a maioria dos idosos depende de seus familiares, o que provoca, muitas vezes, um grande vazio, pois o papel é invertido e quem sempre cuidou nesse momento precisa de cuidados.

Mas nem sempre a família está preparada para tal situação. Pois há uma falta de conhecimento sobre o processo de envelhecimento que a impede de identificar as necessidades do idoso. Esse déficit somado a ausência de envolvimento afetivo provoca uma tensão no relacionamento resultando em dores, mágoas e arrependimentos. Que muitas vezes não são discutidas por medo de enfrentar o problema existente.

A família com condições financeiras até contrata um profissional para realizar os cuidados necessários para esse idoso, mas pode ser no intuito de “empurrar o problema para o outro”, como se sua parte já estivesse sido cumprida e se esquecem de que se trata de uma pessoa que precisa de muito afeto, atenção e carinho.

Os resultados indicam que apesar da idosa desse estudo afirmar estar muito feliz e ter tudo o que quer, não nos convenceu, pois observa-se angústia e tristeza, negligência de afeto e atenção por parte de seus familiares. Talvez pelo fato de que essa idosa esconda o que realmente sente, seus familiares não consigam lidar com essa situação.

Acreditamos que se a família demonstrasse um pouco mais de afeto, atenção e não a deixasse de lado nas discussões familiares, que a estimulassem a realizar o que lhe faz bem e respeitassem seus desejos, que a idosa deixasse claro o que pensa e sente em relação ao convívio familiar, mais o auxílio de um profissional qualificado na orientação sobre o processo de envelhecer e suas necessidades, certamente teríamos uma família mais feliz, unida, sem tantas mágoas e dores.

É importante que tratemos os idosos com amor e que ensinemos nossos filhos a importância desse amor, pois amanhã seremos nós os idosos que vão querer ser amados, e não receberemos o que não tivermos ensinado.

Indispensável que se realizem novas pesquisas sobre o idoso em cuidados domiciliares, e que os profissionais que se propuserem a realizar esse atendimento se especializem e se qualifiquem para desenvolver um trabalho com ética e qualidade.

Referências

- BARDIN L. *Análise de Conteúdo*. 3ª ed. Presses Universitaires de France, edição 70, 2004.
- BRUNNER & SSUDDART. *Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgico*. v.1, 10ª ed. Rio de Janeiro: Ed Ganabara Koogan; 2006.
- GONÇALVES LHT; ALVAREZ AM; SENA ELS; SANTANA LWS; VICENTE, FR. Perfil da Família Cuidadora de Idoso dependente / Fragilizado do Contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Text e Cont*. 2006 outubro/dezembro; 15(4): 570-577.
- HEREDIA, VBM; CORTELLETTI IA; CASARA MB. Abandono na Velhice. *Text. Env*. 2005, 8(3).
- IBGE. Acesso ao site www.ibge.gov.br dia 23 de novembro de 2009, às 9:45hs.
- KAWSAKI K; DIEGO, MJE. Assistência Domiciliar ao Idoso: Perfil do Cuidador Formal. *Rev. Esc Enferm* 2001; 35(3): 257-264.
- MARTINS JJ; ALBUQUERQUE GL; NASCIMENTO et al. Necessidade em Educação em Saúde dos Cuidadores de Pessoa Idoso no Domicilio. *Tex & Cont*. 2007abril / junho; 1(4): 254-262.
- MARTINS, HHTS. Metodologia Qualitativa da Pesquisa. *Educação e Pesquisa*. 2004 maio/agosto; 30(2):289-300.
- MESSY, J. *A Pessoa Idosa não Existe: Uma Abordagem Psicanalista da Velhice*. 2ed. São Paulo: Ed Aleph; 1999.
- NERI, AL; YASSUDA, MS (orgs). Velhice Bem Sucedida: Aspectos Afetivos e Cognitivos. *Psico USF*. 2004 jan/jan; 9 (1): 109-110.
- RODRIGUES RAP; KUSUMOTA L; MARQUES, S; FABRÍCIO, SCC; CRUZ IR; LANGE, C. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem. *Texto contexto enferm*. 2007 jul/set; 16(3): 536-545.
- SAMPIERI, RH; COLLADO, CF; LUCIO, PB. *Metodologia de Pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: Ed McGraw-Hill, 2006.
- SANTOS, AAA & Col. *Envelhecimento e Subjetividade: Desafio Para Uma Cultura de Compromisso Social*. Brasília: Ed Conselho Federal de Psicologia; 2008.
- SEVERINO, A. *Metodologia do Trabalho Científico*. 23ª (ed. revisada e atualizada). São Paulo. Cortez, 2007.

SILVA L; GALERA, SAF; MORENO, V. Encontrando-se em Casa: Uma Proposta de Atendimento Domiciliar Para Famílias de Idosos Dependentes. *Acta Paul Enferm*, 2007 julho; 20(4): 397-403.

SOUZA R.F; SKUBS T; BRETAS, ACP. Envelhecimento e Família: Uma Nova Perspectiva Para o Cuidado de Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2007 maio/junho; 60(3):263-267.

THOBER, E; CREUTZBERG, M; VIEGAS, K. Nível de Dependência de Idosos e Cuidados no Âmbito Domiciliar. *Rev Bras Enferm* 2005 julho/agosto; 58(4): 438-443.

Data de recebimento: 07/03/2015; Data de aceite: 05/05/2015.

Mary Ellen Bento Fernandes - Enfermeira gerontóloga pela Universidade Paulista (2009) e especialista em UTI pela Universidade Paulista (2008). Atualmente trabalha no pronto socorro de um hospital público no interior de São Paulo. Tem experiência com atendimento domiciliar ao idoso. Email: maryzfer@ig.com.br

Arlete Camargo de Mello Salimene - Doutora em Serviço Social pela PUC/SP (2004) e Mestre em Serviço Social pela PUCS/SP (1992). Atualmente é Diretora do Serviço Social do IMREA / Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP - Rede Lucy Montoro, Diretor Técnico de Serviço de Saúde da Fundação Faculdade de Medicina e Professora Universitária. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Saúde, Sexualidade Reabilitação, Pessoa com Deficiência Física, atuando principalmente nos seguintes temas: reabilitação, serviço social, saúde, sexualidade, inclusão social, envelhecimento, cuidador, políticas públicas - assistência, ensino e pesquisa. Email: Arlete.salimene@bol.com.br