

Ritual do Cuidar de Idosos com Demência de Alzheimer

*José Lúcio Costa Ramos
Maria do Rosário de Menezes*

O ritual é um sistema cultural de comunicação simbólica, constituído de sequências ordenadas e padronizadas de palavras e atos, em geral expressos por múltiplos meios (PEIRANO, 2003). Apesar de formais e padronizados, os atos de um ritual também são variáveis, fundados em constructos ideológicos particulares (PEIRANO, 2000).

Segundo a linha antropológica contemporânea, rituais não são executados apenas dentro do domínio político-religioso, mas também no dia-a-dia das pessoas. Apesar da definição de ritual não ser fixa, há características comuns: estrutura definida, repetitividade e profusão de valores culturais vigentes (AMSTEL, 2005). Portanto, os rituais retratam, de forma simbólica, determinados valores essenciais e orientações culturais (TURNER, 1994), podendo ser profanos, religiosos, festivos, formais, informais, simples ou elaborados (PEIRANO, 2003).

Ao se voltar para um estudo do ritual, Rabelo (1994) destaca que vários antropólogos (Geertz, Turner, Tambiah e Kapferer) têm enfatizado seu papel transformativo: o ritual induz seus participantes a perceberem de forma nova o universo circundante e sua posição particular nesse universo.

Os rituais consistem em uma característica de todas as sociedades humanas e representam a maneira como os grupos vivem no mundo. Podem ocorrer em vários ambientes, adotando diversas formas e desempenhando muitas funções (HELMAN, 1994).

Segundo Tambiah (1985), o ritual é um sistema cultural de comunicação simbólica. Ele é constituído de sequências ordenadas e padronizadas de palavras e atos, em geral expressos por múltiplos meios. Estas sequências têm conteúdo e arranjo caracterizados por graus variados de formalidade (convencionalidade), estereotipia (rigidez), condensação (fusão) e redundância (repetição).

Neste sentido, os rituais de cuidado despontam como reveladores dos comportamentos de cuidar, a partir de uma complexa rede de interações, que abarca diferentes formas de conhecimento, valores, crenças e significados que moldam as ações de cuidado em um contexto sociocultural.

Para Leininger (1991), o conhecimento dos rituais de cuidado é de extrema importância, pois refletem os hábitos, padrões e comportamentos de cuidar revelados pelo cuidador, sobretudo, em países onde existe uma vasta gama de culturas, como no Brasil.

Assim, a forma como o cuidado se expressa rotineiramente na vida dos cuidadores familiares de idosos portadores de Demência de Alzheimer também podem refletir a execução diária de um ritual, uma vez que tais ações se

repetem continuamente e são agregadas de valores culturais e simbólicos. Para Angelo (2009), a doença transforma a família em cuidadores e este cuidado é socialmente construído e, como tal, reflete a cultura familiar e o contexto no qual a família está inserida.

A experiência do adoecimento e as formas de lidar com ele também variam entre as sociedades, revelando como a cultura se insere nesse domínio. Embora todos os seres humanos estejam sujeitos ao adoecimento, há uma imensa gama de possibilidades de encará-lo. De acordo com Lévi-Strauss (1970), a experiência da doença extrapola o indivíduo e remete a várias outras dimensões, todas influenciadas pela cultura.

Em se tratando de uma abordagem antropológica das questões relativas à velhice e ao envelhecimento deve-se, desde o início, situá-las em contextos sociais e culturais específicos. Desse modo, percebe-se que há duas tendências principais que reagrupam os estudos antropológicos sobre o envelhecimento: a primeira caracteriza-se por uma abordagem estática dos fenômenos socioculturais, e a segunda caracteriza-se pelo aparecimento de estudos holísticos, onde o pesquisador tenta penetrar no interior de uma cultura e descobrir como os dados relativos ao envelhecimento são organizados e adquirem significado (UCHÔA, FIRMO, LIMA-COSTA, 2002).

Para Geertz (1989), antropólogo que se situa na origem da corrente da antropologia interpretativa (coincidente com esta segunda tendência), a cultura como um universo de significados permite aos indivíduos de um grupo interpretar a própria experiência e guiar suas ações. Esta definição ressalta a participação essencial da cultura na construção de todos os fenômenos humanos: percepções, emoções e ações.

O conceito de cultura defendido por Geertz (1989, p. 4) é essencialmente semiótico, corroborando com a idéia de Max Weber ao afirmar que:

Acredito que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa à procura do significado.

Compreender, portanto, a forma como a cultura se manifesta nos cuidados prestados pelos familiares aos idosos é imprescindível para o reconhecimento do significado desse ritual diário na vida dos cuidadores e suas repercussões positivas ou negativas na qualidade de vida desta população. Além disso, as implicações destes cuidados para os familiares e para os idosos portadores de Demência de Alzheimer podem constituir evidências para o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde dirigidas à família em geral.

A família é uma unidade social complexa e diversificada, cujos aspectos que a envolve faz reconhecer que pouco se sabe sobre sua realidade, especialmente porque cada família tende a criar seu próprio ambiente. Por isso, conhecer a experiência do cuidado familiar é adentrar em um universo complexo e singular, que compõe um sistema cultural de cuidado à saúde diferente e complementar ao sistema profissional de saúde (ANGELO, 2009).

A maioria dos problemas de saúde é tratada na família. Elsen (1994) referem que a família é a primeira a reconhecer os sinais de alteração na saúde de cada um dos seus membros, bem como a primeira a realizar o cuidado, uma vez que o desequilíbrio na saúde do sujeito afeta não só a ele, como também a dinâmica familiar.

Segundo Pelzer e Fernandes (1997), a demência de Alzheimer pode ser considerada uma doença familiar, pois provoca mudanças profundas em seu cotidiano. No processo patológico dessa demência, percebe-se que não apenas o idoso está comprometido, mas também aqueles familiares envolvidos em seu contexto de vida.

Na maioria das famílias, um único membro assume a maior parte da responsabilidade do cuidado (cuidador principal). Geralmente são mulheres (esposas, filhas, noras, irmãs) com idade entre 45 e 65 anos (BORN, 2008). Parte da explicação desse fato está na tradição. No passado, as mulheres permaneciam dentro da casa, o que as tornavam disponíveis para essa atividade (CALDAS, 2002).

Porém, apesar de culturalmente a família ainda ser considerada o *locus* preferencial no processo de cuidar dos idosos, sejam eles dementados ou não (Santos e Rifiotis, 2006), já existem atualmente evidências de quebras dessas responsabilidades tradicionais devido à urbanização, que tem transformado as famílias extensas em famílias nucleares, o que diminui a responsabilidade de parentes para cuidar dos mais velhos (CALDAS, 2002). Além disso, o ritmo do cotidiano da cidade, a inclusão da mulher no mercado de trabalho, a redução do tamanho das residências e outros fatores têm trazido implicações sérias para a família atual que tem um idoso dependente, em especial, portador de uma doença crônica não transmissível como o Alzheimer (BULLA apud HERÉDIA et al, 2007).

Para assumir a responsabilidade de cuidar dos idosos portadores de DA, a família necessita de uma rede social e de saúde que constitua um suporte para lidar com seu familiar idoso à medida que este se torne mais dependente. Entretanto, essa rede ainda não existe em nosso país (CALDAS, 2002).

Para se entender este cuidar, é preciso defini-lo, como preconizado por Waldow (2001), a partir de comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. Como cuidado, entende-se o fenômeno resultante do processo de cuidar.

Historicamente, o cuidado permeia a luta de homens e mulheres para assegurar a continuidade da vida. A ação de proteção, no início reflexiva e instintiva, tornou-se objeto do xamã ou feiticeiro, depois do sacerdote e, mais tarde, do médico. Dessa forma, diante da questão de sobrevivência ou das leis da vida e da morte, "cuidar" tornou-se tratar a doença. O paciente foi isolado, reduzido a parcelas e excluído das dimensões sociais e coletivas, porém, as diversas especializações não conseguiam tratar os doentes, necessitando de outras pessoas que assumissem atividades paralelas ao trabalho de investigação e tratamento das doenças. Destaca-se nesse sentido o papel das

mulheres, símbolos da fecundidade, em torno das quais foram elaboradas as práticas rituais (OGUISSO, 2005).

Coube a elas todos os cuidados e as práticas relativas ao nascimento, o cuidado de crianças e também de doentes e moribundos. Essas atenções dadas ao corpo, inclusive a alimentação, constituíram o fundamento de um conjunto de práticas desenvolvidas pelas mulheres na história da humanidade, e que continua até hoje (OGUISSO, 2005).

Este conjunto de práticas pode ser observado na rotina de cuidados prestados pelas cuidadoras familiares aos idosos portadores de demência que requerem atenção integral nas 24 horas do dia (SANTOS e RIFIOTIS, 2006), e tais cuidados podem implicar em muitas e variadas atividades, dependendo de cada família e de quem é cuidado. De um modo geral, destacam-se como tarefas habituais de um cuidador familiar: ajudar nas atividades domésticas; assistir a pessoa idosa em sua locomoção dentro e fora de casa; ajudar na higiene e cuidados pessoais; ajudar na administração de dinheiro e bens; administrar medicamentos; proporcionar conforto e tranquilizar a pessoa idosa em situação de crise; ajudar na comunicação com os outros, quando existem dificuldades para o idoso expressar-se; fazer pelo familiar pequenas atividades da vida diária, como levar-lhe um copo com água ou acomodá-lo em frente à televisão, dentre outras (BORN, 2008).

De modo mais específico, Menezes (2009) traça um esboço mais aproximado do ritual de cuidados que deve ser prestado a uma pessoa idosa com capacidade funcional comprometida ou enferma. Vale destacar que todas as ações devem respeitar os limites e o tempo dos idosos, que não é o mesmo daquele que cuida: à noite, após a alimentação, administrar as medicações, realizar a higiene da boca, das próteses e do corpo, colocar fraldas geriátricas quando necessário, realizar curativos quando necessário, hidratar a pele para evitar ressecamento e descamação prevenindo a sobrevida das lesões, calçar meias para proteger as extremidades do frio. Depois de acomodá-lo no leito, deve-se estar preparado para o atendimento das solicitações durante a noite, as mudanças de posição para evitar pressão prolongada em determinadas regiões do corpo e ao mesmo tempo evitar posições viciosas. Também é importante a colocação de pequenos travesseiros em áreas específicas do corpo para dar conforto e aliviar a pressão, prevenindo a formação de úlceras nas pessoas idosas que não conseguem realizar sozinhas as mudanças de posição.

No dia seguinte, ao acordar, é fundamental manter um diálogo com o idoso sobre como o mesmo passou a noite e falar sobre o novo dia. É um momento oportuno para situar o idoso no tempo e no espaço (chamá-lo pelo nome, informar o mês, o dia do mês, o dia da semana, atividades do dia, falar de pessoas da família e de amigos, além de outros assuntos que sejam reconhecidamente de afinidade e prazerosos para o idoso), intercalando as informações e a conversa com frases de motivação, coragem, elevando a auto-estima e o auto-conceito, mesmo que o idoso não se comunique verbalmente ou que aparentemente demonstre não se dar conta da realidade. Mais uma vez, o familiar cuidador retoma os cuidados de higiene, curativos, massagens, cuidados com as unhas, troca de roupas, sentar o idoso vagarosamente na

cama, retirá-lo da cama e colocá-lo na cadeira de rodas, retirá-lo do quarto, preparar os alimentos, dar a alimentação, conferir se falta alguma medicação, dar a medicação e proporcionar um banho de sol. Resta ainda cuidar do ambiente, fazendo limpeza e organização, efetuar a troca de roupas da cama, toalhas, vestimentas, fraldas e meias. Outro cuidado importante, diz respeito à criação e manutenção de espaços livres de barreiras físicas e arquitetônicas para prevenir acidentes e quedas (MENEZES, 2009).

Esta rotina de atividades compõe um ritual de cuidados que muitas vezes torna-se desgastante para o cuidador e o faz sentir-se como um estranho em um mundo que não lhe é mais familiar, e em condições tampouco por ele escolhidas. Assim, ele assiste ao desmoronar de seu cotidiano, o que lhe impõe um estado angustiante e de fragilidade. (CELICH e BATISTELLA, 2007)

Tendo diante de si um enfermo com uma doença tão desgastante como a demência, o cuidador pode sentir-se isolado e exausto, apresentando-se ansioso, deprimido e com o passar do tempo, desgastado fisicamente. (PAPALÉO NETTO, LUDERS e KLEIN, 2007)

Além dos problemas relativos à saúde, os cuidadores defrontam-se com as dificuldades econômicas, psicológicas e sociais, associadas à precariedade dos programas e das políticas públicas de atenção e promoção da qualidade de vida dos idosos e de suas famílias (BULLA apud HERÉDIA et al, 2007).

Portanto, urge a necessidade de se ampliar as discussões acerca dos cuidados que vêm sendo prestados pelas famílias aos idosos portadores de demência de Alzheimer, uma vez que a obtenção de dados sobre o cuidado familiar do idoso é um fato que pode ser fundamental para dinamizar medidas adequadas a essa população que permitam entender melhor a problemática vivenciada pelas famílias e, assim, encontrar subsídios para efetivas orientações às mesmas (GRATÃO, 2006).

Ao se perceber a forma como a família cuida, os profissionais de saúde podem direcionar ações para o cuidado da mesma. Nesta perspectiva, cuidar da família envolve a ciência de que os sujeitos que a compõem estão unidos por laços relacionais que mantêm aquele sistema 'funcionando' em busca de suas metas. De acordo com Wernet e Angelo (2003), o profissional consegue cuidar da família quando for capaz de perceber que é por meio de retroalimentações que estes indivíduos em ação/interação buscam o equilíbrio dos seus ideais. Nesta dinâmica, a família detém a capacidade de encontrar suas respostas, porém, às vezes, depara-se com dificuldades que interferem em sua característica de encontrá-las. É normalmente neste momento que expressa suas necessidades, que precisa ser ouvida por alguém e que pode ser cuidada.

Referências

AMSTEL, Frederick Van. *Teoria do ritual e análise da tarefa: um paralelo entre a antropologia e o design de interação*. UFPR, 2005. Disponível em: www.scribd.com/doc/6700795/Analise-Ritual-Analise-Tarefa. Acesso: 05/06/2009

ANGELO, M. "Cultura e cuidado da família". In: NAKAMURA, Eunice; MARTIN, Denise; SANTOS, José Francisco Quirino. *Antropologia para enfermagem*. Barueri – SP: Manole, 2009.

BORN, Tomiko. *Cuidar melhor e evitar a violência – Manual do cuidador da pessoa idosa*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. p. 59-69

BULLA, Leônia Capaverde. “Qualidade de Vida da Família do Idoso com Alzheimer e Políticas Sociais”. In: HERÉDIA, Vânia Beatriz Merlotti; FERLA, Alcindo Antônio; DE LORENZI, Dino Roberto Soares. *Envelhecimento, saúde e políticas públicas*. Caxias do Sul – RS: Educs, 2007. p. 47-61.

CALDAS, Célia Pereira. “O idoso em processo de demência: o impacto na família”. In MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR, Carlos EA (org.). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 51-72

CELICH, Kátia Lílian Sedrez, BATISTELLA, Maribel. “Ser cuidador familiar do portador de doença de alzheimer: vivências e sentimentos desvelados”. 12(2) *Rev. Cogitare Enferm.* Abr/Jun; 2007.

ELSEN, I. *Marcos para a prática de enfermagem com famílias*. Florianópolis: UFSC, 1994.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GRATÃO, Aline Cristina Martins. *Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado*. [Dissertação] Mestrado em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2006.

HELMAN, Cecil G. *Cultura, Saúde e Doença*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

LEININGER, MM. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing, 1991.

LEVI-STRAUSS, C. “O feiticeiro e sua magia”. In: *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1970.

MENEZES, MR. “Violência contra idosos: é preciso se importar!” In: BERZINS, MV; MALAGUTTI, W. (org.). *Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice*. São Paulo: Martinari, 2009.

OGUISSO, Taka. *Trajetória histórica e legal da enfermagem*. Barueri – SP: Manole, 2005.

PAPALÉO NETTO, Matheus; LUDERS, Selenita Lia Alfonso; KLEIN, Eva Lucila. “Demência II: Impacto sobre cuidador, família e sociedade”. In PAPALÉO NETTO, M. *Tratado de Gerontologia*. 2ª Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. p. 339-349

PEIRANO, Mariza. *A análise antropológica de rituais*. Série Antropologia. Brasília, 2000.

PEIRANO, Mariza. *Rituais ontem e hoje*. Coleção Passo-a-passo. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 2003.

PELZER, MT; FERNANDES, MR. "Apoiando a família que cuida de seu familiar idoso com demência". *Texto e Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v.6, n.2, maio/agosto, 1997.

RABELO, Miriam CM. "Religião, Ritual e Cura". In ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

SANTOS, SMA; RIFIOTIS, T. "Cuidadores familiares de idosos dementados: uma reflexão sobre a dinâmica do cuidado e da conflitualidade intra-familiar". *Laboratório de Estudo das Violências*. Florianópolis: UFSC, 2006.

TAMBIAH, Stanley. *Culture, thought and social action*. Cambridge, Mass. Harvard University Press, 1985.

TURNER, VW. "The Drums of Affliction". In HELMAN, Cecil G. *Cultura, Saúde e Doença*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

UCHÔA, Elizabeth; FIRMO, Josélia OA; LIMA-COSTA, Maria Fernanda F. "Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural". In: In MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR, Carlos EA (org.). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

WALDOW, Vera Regina. *Cuidado humano: o resgate necessário*. 3ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WERNET, M; ANGELO, M. "Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar". *Rev Esc Enf USP*. n.37, v.1. São Paulo: 2003.

José Lúcio Costa Ramos - Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem – Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente substituto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração em Enfermagem – Escola de Enfermagem/UFBA. Componente Curricular: Enfermagem em Saúde Mental. E-mail: lucio_enf@yahoo.com.br

Maria do Rosário de Menezes - Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração em Enfermagem – Escola de Enfermagem/UFBA. E-mail: menezes@ufba.br