



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA FAMÍLIA SOBRE O CUIDADO
DE IDOSOS DEPENDENTES**

JAMILE GUERRA FONSECA

**JEQUIÉ/BA
2014**

JAMILE GUERRA FONSECA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA FAMÍLIA SOBRE O CUIDADO
DE IDOSOS DEPENDENTES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo vital

Orientadora: Prof^a Dr^a Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

**JEQUIÉ/BA
2014**

F744 Fonseca, Jamile Guerra
Representações sociais da família sobre o cuidado de idosos dependentes./ Jamile
Guerra Fonseca.- Jequié, 2014.
94.: il.; 30cm

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profª. Drª
Rita Narriman Silva de Oliveira Boery)

1.Acidente vascular cerebral 2.Família (Cuidadores) 3.Idoso 4. Saúde da família
I.Boery, Rita Narriman Silva de Oliveira II. Título

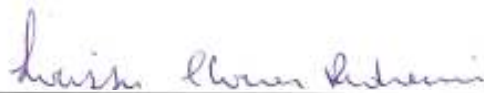
CDD – 362.6

FONSECA, Jamile Guerra. **Representações sociais da família sobre o cuidado de idosos dependentes.** 2014. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA.

FOLHA DE APROVAÇÃO



Prof.^ª. Dr.^ª. Denize Cristina de Oliveira



Prof.^ª. Dr.^ª. Larissa Chaves Pedreira



Prof.^ª. Dr.^ª. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Jequié/BA, _____ de _____ de 2014

Agradecimentos

Antes de tudo, gostaria de ratificar a minha gratidão a Deus, porque Ele me concedeu o dom da pesquisa, me permitiu caminhar no Mestrado e vem me concedendo bênçãos todos os dias. É Nele a minha confiança e minha proteção, sem a qual não teria alcançado esta vitória.

Sou grata aos meus pais, pelo apoio incondicional que vem depositando em mim durante toda a minha trajetória acadêmica, profissional e pessoal. Eles são meu motivo maior de continuar a jornada e fonte de forças para prosseguir sempre no caminho às vezes, estreito.

Aos meus amigos, poucos, mas verdadeiros que compartilharam e compartilham de alegrias e tristezas e, assim, me fortalecem com um jeito todo especial. E em especial, a alguns colegas do Mestrado que se fizeram importantes em minha vida e tornaram os momentos em grupo e de aulas, mais amenos e mais agradáveis.

O meu sincero agradecimento a todos os docentes deste Programa de Pós Graduação, por se fazerem realmente professores no Programa e na Vida. Cada um, com seu perfil profissional, me ensinou um pouco do que é ser mestre e do que é ser uma pessoa melhor. Reconheço que a convivência com eles me engrandeceu profissionalmente e, também, de forma pessoal. Serei eternamente discípula de seus ensinamentos e me orgulho por este tempo juntos: Profª Adriana Nery, Profª Ana Cristina, Profª Alba Benemérita, Profº Cézar Cassoti, Profº Eduardo Boery, Profª Edite Sena, Profª Rita Boery (minha orientadora), Profº Sérgio Yarid e Profª Zenilda Sales muito obrigada a todos vocês!

Contudo, devo um agradecimento especial a minha orientadora, ProfªDsc Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, por todo apoio, compreensão, suporte e amizade que concedeu a mim durante todo o tempo. Levarei seus ensinamentos por toda a vida. Preciso dizer que o laço de amizade construído favoreceu a construção da pesquisa, mas tudo isso só houve devido à extrema generosidade que há nesta pessoa que Deus me concedeu conhecer e conviver. Profª Rita, o meu sincero e afetuoso, Muito Obrigada!

Meus agradecimentos também se direcionam aos funcionários do Programa e de toda a Universidade, por colaborarem nos mínimos detalhes para que o Mestrado aconteça de forma digna e respeitosa.

Gostaria de ressaltar que estarei sempre apta e disposta a servir no que for necessário ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Aqui se encerra mais uma etapa profissional, mas também significa a continuidade de uma maior, que acontecerá conforme os planos de Deus na minha vida. Pesquisa hoje, não é fardo para mim e, sim, um deleite, que pretendo continuar por muito tempo.

RESUMO

Estudo das Representações Sociais da família sobre o cuidado a idosos dependentes, após Acidente Vascular Cerebral, que buscou subsídios para favorecer o entendimento das alterações vivenciadas por esta diante do cuidado implementado. Tem como objetivo geral: apreender as Representações Sociais da família, sobre o cuidado a idosos dependentes, após Acidente Vascular Cerebral; e objetivos específicos: averiguar o perfil sócio-demográfico dos cuidadores principais de idosos dependentes após AVC; Descrever as mudanças ocorridas no contexto familiar, a partir da implementação do cuidado ao idoso dependente; Identificar os conteúdos representacionais do cuidado no contexto familiar de idosos dependentes, após o Acidente Vascular Cerebral. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, realizada em Unidades de Saúde da Família, do Município de Paulo Afonso, Bahia, com trinta cuidadores familiares de idosos dependentes, por seqüela de Acidente Vascular Cerebral. Foram utilizadas a Técnica Projetiva de Desenho-estória com Tema e a entrevista individual semiestruturada, para a produção dos dados. No tratamento, a Técnica de Análise de Conteúdo Temático-categorial. Resultados: O perfil sócio demográfico dos cuidadores foi evidenciado no primeiro manuscrito, havendo prevalência de cuidadores do sexo feminino, católicos, com nível de instrução até o ensino fundamental, leigos em saúde, filhos dos idosos, que abandonaram o mercado de trabalho em função do cuidar, solteiros, idosos, com renda pessoal de até um salário mínimo e renda familiar não superior a três salários mínimos. No segundo manuscrito foi evidenciada a reorganização familiar através das categorias: Reação familiar (união dos familiares; falta de união familiares); Modificação na rotina familiar; e a categoria, Não houve modificações. No terceiro manuscrito, as R.S foram apreendidas por meio do significado do cuidado a estes cuidadores, as representações manifestadas pelos cuidadores foram: o cuidado como obrigação (relacionada à vida conjugal e ao fator geracional), o cuidado como ação, o cuidado como ato de renúncia, e o cuidado como expectativas. Conclusão: A apreensão das representações sociais sobre o cuidado ao idoso dependente no contexto familiar se desvelou no significado atribuído pelo familiar ao cuidado, no conhecimento do perfil sócio demográfico dos cuidadores, bem como, das modificações ocorridas em seu ambiente após o Acidente Vascular Cerebral. Isso permitiu alcançar os objetivos propostos pela pesquisa e perceber que os pressupostos em que a mesma se norteou serviram de base para compreensão dos achados.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Família, Idoso, Saúde da Família.

ABSTRACT

Study of Social Representations family about care for older dependents after stroke, which sought grants to promote the understanding of changes experienced by this carefully before implemented. Its overall goal: learning the social representations of the family about care for older dependents after stroke; and specific objectives: to explore the socio-demographic profile of the main caregivers of dependent elderly people after stroke; Describe the changes in the family context, through the implementation of care to dependent elderly; Identify the representational content of care in the context of dependent elderly family after stroke. This is a qualitative research based on the theory of social representations held in the Family Health Units, the City of Paulo Afonso, Bahia, with thirty family caregivers of dependent elderly, sequelae of stroke. Were used to Projective Technique-story design with Theme and semi-structured individual interviews, to produce the data. In treatment-categorical Technical Thematic Content Analysis. Results: The socio demographic profile of caregivers was evident in the first manuscript, with prevalence of caregivers were female, Catholic, with level of education up to primary education, lay health, children of seniors, who left the labor market due to caring, singles, seniors, people with income below the poverty level and family income does not exceed three times the minimum wage. In the second manuscript was shown to family reorganization through the categories: Family Reaction (union of family, lack of family unity); Change in the family routine, and the category was not modificações. No third manuscript, the RS were seized by the meaning of care for these caregivers, representations expressed by caregivers were: care as an obligation (related to marital life and the factor generational), care and share, care as an act of renunciation, and care as expectations. Conclusion: An understanding of the social representations of care to dependent elderly in the family context was unveiled at the meaning assigned by parental care, knowledge of the socio demographic profile of caregivers, as well as the changes occurring in their environment after stroke. This allowed achieving the goals proposed by the research and realize that the assumptions on which it is guided as the basis for understanding the findings.

Keywords: Stroke, Family, Senior, Family Health.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	08
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	09
CAPÍTULO 2	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E SUAS REPERCUSSÕES PARA O IDOSO	14
2.2 O ENVELHECIMENTO ENQUANTO PROCESSO E IDOSOS DEPENDENTES	18
2.3 O CUIDADOR FAMILIAR E SEU ENVOLVIMENTO NO CUIDADO A IDOSOS COM SEQUELAS DE AVC	20
CAPÍTULO 3	25
3 ABORDAGEM TEÓRICA	26
3.1 CONCEPÇÕES GERAIS DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	26
3.2 ABORDAGEM PROCESSUAL DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	28
CAPÍTULO 4	31
4 MÉTODO	32
4.1 TIPO DE ESTUDO	32
4.2 CAMPO E PERÍODO DA PESQUISA	33
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	34
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	35
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	37
4.6 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS	38
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	39
CAPÍTULO 5	41
5 RESULTADOS	42
5.1 APREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	42
5.2 PRIMEIRO MANUSCRITO: PERFIL SOCIAL E DEMOGRÁFICO DO CUIDADOR DE IDOSOS DEPENDENTES APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	44
5.3 SEGUNDO MANUSCRITO: REORGANIZAÇÃO DA REDE FAMILIAR APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	56
5.4 TERCEIRO MANUSCRITO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CUIDADO DE IDOSOS DEPENDENTES PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	85
APÊNDICE A - ROTEIRO DO DESENHO-ESTÓRIA COM TEMA	86
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA	87
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	88
ANEXOS	89
ANEXO A: CARTA DE APRESENTAÇÃO AO CAMPO	90
ANEXO B: OFÍCIO DE LIBERAÇÃO DO CAMPO	91
ANEXO C: PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	92

CAPÍTULO 1



Fonte: Desenho-estória com tema – “Tudo para mim” P(01)

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As Representações Sociais da família sobre o cuidado a idosos dependentes, após Acidente Vascular Cerebral (AVC), objeto deste estudo, buscou no imaginário desta, o subsídio teórico necessário para servir de apoio às famílias através dos profissionais de saúde que lidam com idosos acometidos por este agravo à saúde.

O AVC é uma síndrome neurológica, inserido no rol das patologias crônicas não transmissíveis, que acomete a população entre a faixa etária de adultos e idosos, considerando-se como uma das principais causas de morbimortalidade em nível mundial (GILES, 2008).

O Ministério da Saúde considera que as doenças cerebrovasculares (DCV) estão entre as causas principais de morbidade, incapacidade e óbito no Brasil e no mundo, sendo que o índice de mortalidade varia de acordo com o desenvolvimento socioeconômico do país, a maioria equivalente a 85%. Significa, assim, atingir um terço da população economicamente ativa, ocorrendo com maior frequência em países subdesenvolvidos ou em estágio de desenvolvimento (BRASIL, 2011).

O Brasil ocupa a posição de quarto lugar na mortalidade por AVC, entre os países da América Latina e Caribe e a maioria da população acometida necessita de reabilitação em função dos *déficits* neurológicos decorrentes, sendo que 70% não retornam ao mercado de trabalho e 30% destes precisam de auxílio para deambular (BRASIL, 2011).

Em situações de doença, especialmente, referindo-se àquelas de caráter crônico, a exemplo do AVC, evidencia-se o que se denomina por crise situacional e uma vez que acontece na família, esta precisa de se reorganizar para tentar restabelecer o seu equilíbrio que nesta ocasião possa vir a ser rompido (BAÍÁ, 2010).

Pode-se conceituar como Familiar Cuidador - FC um cuidador informal, geralmente leigo, não dominante de todas as técnicas, que se compromete com as atividades rotineiras de cuidado da pessoa doente, em virtude das necessidades que a situação vivenciada em família lhe impõe (MARQUES et al., 2011). Vale ressaltar que a disposição ou imposição de um membro familiar se colocar como cuidador, muito tem a ver com seu papel social, atrelado a valores intrinsecamente culturais

que influenciam em sua personalidade, tomadas de decisão e construção social de objetos.

Por FC pessoa de grande importância, por se destinar ao cuidado de outra pessoa da família, visando a sua reabilitação frente a situação patológica (PEREIRA et al., 2013).

A doença no contexto familiar representa uma situação de crise e também de ameaça ao equilíbrio familiar, pessoal e social (PEREIRA et al., 2013). Ainda, sabe-se dificuldades mais encontradas por familiares que cuidam de pacientes sequelados por AVC costumam ser, a falta de apoio por parte dos profissionais de saúde, referente aos cuidados que devem ser prestados, o suporte em marcar consultas, e o acompanhamento e orientações sobre como lidar com a situação de pós AVC, no cotidiano da família (MARQUES et al., 2011).

No trilhar do pensamento sobre o cuidado que deve ser oferecido ao idoso, acometido por AVC, preceituando-se o cuidador familiar como componente de base nesse processo do cuidar, propõe-se a fundamentação da Teoria das Representações Sociais (TRS) de maneira a abordar como o ente familiar representa o cuidado ao idoso nesta condição.

Segundo Moscovici (2010) as relações humanas e suas interações, que podem emergir entre dois indivíduos ou grupos, subsidiam a existência de representações. Deste modo, os acontecimentos entre pessoas no cotidiano exigem trocas, evidenciadas por ações e reações a determinados fatos, circunstâncias, dentre outros e, assim, em todo e qualquer lugar há uma familiarização com os acontecimentos, atribuindo significados condizentes com a influência do sistema social.

Correlacionando ao objeto de estudo, busca-se a compreensão do contexto familiar em que o idoso após AVC está inserido, bem como, o ente familiar que assumiu a responsabilidade por seus cuidados diante das limitações decorrentes da patologia, para assim, ter acesso ao mundo dos significados atribuídos ao cuidar oferecido.

As representações permitem as explicações dos objetos e acontecimentos, de tal maneira que os mesmos se tornam acessíveis a qualquer pessoa e coincidem com os interesses em conhecê-lo (MOSCOVICI, 2010). Concebe-se, então, a TRS, como modos de conhecer produzidos e determinados por fatores do cotidiano e seus respectivos significados, o que favorece o destaque das construções dos

atores sociais por meio de suas teorias não explícitas, com base em um conhecimento elaborado socialmente a partir do senso comum (COUTINHO et al., 2003).

Esta Teoria muito se aplica em saúde e tem sido reconhecida pela relevância, pois ao ser um conjunto dinâmico, visando a produção de comportamentos e interações sociais, tomando a forma de produto e processo de funções e eficácias em sociedade, reflete em chances de renovação de estudos e pesquisas. A TRS favorece o ato de repensar a vida cotidiana e oferece respostas a situações concretas, permitindo ainda uma nova visão dos seres humanos, renegando o conceito biomédico e partindo da subjetividade de cada pessoa (COUTINHO et al., 2003).

A TRS se constitui em um acúmulo de conhecimentos do cotidiano de pessoas, comportando, visões compartilhadas por grupos, aos quais os mesmos se inserem, determinando comportamentos ideais e desejáveis ou assumidos no campo das comunicações, enraizados de idéias e aspectos de valores (TURA; MOREIRA, 2005). Embasados nesse conceito amplo da TRS se reconhece a adequabilidade da mesma para este objeto de estudo e propõe-se utilizá-la de forma a servir de aporte, ao conhecimento do cotidiano de familiares cuidadores de idosos dependentes, que foram acometidos por Acidente Vascular Cerebral. Desta maneira, considera-se que a construção do conhecimento social será previamente elaborada, partindo do senso comum, dos atores sociais envolvidos no processo.

A escolha por este objeto de estudo decorre de vivências pessoais e, também, profissionais em Estratégia de Saúde da Família, com idosos anteriormente ativos em seu cotidiano e ao serem acometidos por AVC tornaram-se dependentes em suas Atividades Básicas da Vida Diária - AVDs, o que causou repercussões no equilíbrio das famílias e exigiu a atuação de um familiar cuidador.

Na elaboração deste estudo, partiu-se dos pressupostos: a maioria dos idosos após Acidente Vascular Cerebral sofre limitações em sua saúde que comprometem sua independência nas atividades de vida diária e no autocuidado, necessitando da ajuda de outras pessoas na realização das mesmas; geralmente, o principal cuidador familiar é um ente familiar.

Esta pesquisa é justificada a partir da compreensão do AVC como patologia de alta prevalência em idosos, no Brasil e no mundo, considerando que a maior parte dos sobreviventes adquire sequelas geradoras de limitações, causando

dependência na realização das AVDs e no autocuidado, requerendo de suas famílias o aporte que vem ser estabelecido por meio do familiar cuidador.

Compreende-se ainda que estudar o AVC e as repercussões causadas pelo mesmo em família de idosos demanda ações intervencionistas, a serem propostas, que colaborem com o suporte a ser oferecido por profissionais de enfermagem a clientes após AVC e suas famílias.

Nesta perspectiva, compreende-se que este estudo pode intervir na assistência prestada pelo profissional de enfermagem às famílias de idosos que sofreram acidente vascular cerebral, partindo da premissa de que a representação social, alcançada por meio do mesmo possa direcionar novos comportamentos da equipe diante da realidade.

Diante dessa realidade, pretende-se ainda, contribuir com o meio acadêmico, produzindo conhecimentos e incentivando o desenvolvimento de mais pesquisas referentes ao fenômeno da família em convivência com o AVC.

Em meio a esta contextualização e, ainda, correlacionando-o à família, incidiram as seguintes questões norteadoras: Qual o perfil sócio-demográfico dos cuidadores de idosos que sofreram AVC? Quais as mudanças ocorridas na família a partir da implementação dos cuidados a estes idosos? Quais as representações sociais da família, sobre o cuidado de idosos, após o AVC?

Considerando o exposto, com vistas a encontrar respostas às questões norteadoras, foram traçados os seguintes objetivos.

Objetivo Geral

Apreender as Representações Sociais da família, sobre o cuidado de idosos dependentes, após Acidente Vascular Cerebral.

Objetivos Específicos

Averiguar o perfil sócio-demográfico dos cuidadores principais de idosos dependentes após AVC

Descrever as mudanças ocorridas no contexto familiar, a partir da implementação do cuidado ao idoso dependente.

Identificar os conteúdos representacionais do cuidado no contexto familiar de idosos dependentes, após Acidente Vascular Cerebral.

CAPÍTULO 2



Fonte: Desenho-estória com tema – “Lar Feliz” P(02)

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para subsidiar o estudo buscou-se na literatura o estado da arte dos seguintes contextos: Acidente Vascular Cerebral e suas repercussões para o idoso; O envelhecimento enquanto processo e idosos dependentes; O cuidador familiar e seu envolvimento no cuidado a idosos com sequelas de AVC, os quais serão apresentados a seguir:

2.1 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E SUAS REPERCUSSÕES PARA O IDOSO

Dentre as causas de internações, índices de morbidade e mortalidade no Brasil, encontram-se o AVC, se destacando sobre as patologias cardíacas e, também, sobre o câncer, sendo prevalente em pessoas com mais de 65 anos, aumentando o risco a longevidade. Assim, estima-se que ações do sistema de saúde brasileiro, estejam voltadas à perspectiva de prevenção deste agravo à saúde, que é considerado como problema de saúde pública (FONSECA; PENNA, 2008).

O AVC é um dos problemas neurológicos mais incidentes na população idosa e 20% dos que sofrem esse agravo à saúde chegam a óbito no período de um mês; 50% ficam com incapacidades permanentes; e os 30% restantes, adquirem sequelas neurológicas, mas possuem algum tipo de independência. Isso significa que a maioria dos idosos após AVC tem uma disfunção em suas habilidades para realizar atividades de vida diária (AVDs) sozinhos, comprometendo seu grau de dependência e autonomia. Suas consequências variam de incapacidades que não retornam ao seu estado de funcionalidade perfeita, até a morte (MARQUES et al., 2006).

Inserido no rol das doenças cardiovasculares (DCV) o AVC ocupa a posição de segunda maior causa de morte e incapacidade no mundo. Com relação ao Brasil, este é um dos países da América Latina que apresenta os maiores índices de mortalidade por esta patologia, acometendo principalmente o sexo feminino, expressados assim, com as mais elevadas taxas de óbito nesta população (GARRITANO et al., 2012).

O AVC é a perda súbita de capacidade funcional do cérebro, decorrente da ruptura do aporte em fluxo sanguíneo para uma região do mesmo, o que acarreta em *déficit* temporário ou permanente da habilidade de movimentação, pensamentos, fala e sensações (SOUZA et al., 2009). Caracteriza-se ainda por uma patologia de início abrupto, com disfunção neurológica, causado por fatores de risco vasculares ou defeito neurológico, a exemplo do aneurisma, que persiste em um período de vinte e quatro horas, colocando em evidência um acometimento focal do sistema nervoso central, correlacionado a um desequilíbrio da circulação sanguínea cerebral. Estas lesões são decorrentes do enfarte por isquemia ou hemorragia, comprometendo dessa forma a função do cérebro (CANCELA, 2008).

Há dois tipos de AVC, o isquêmico (AVE i) e o hemorrágico (AVC h), sendo conveniente a ressalva de que o tecido cerebral precisa de abastecimento de sangue para continuar vivo e com um perfeito funcionamento, portanto, não havendo suprimento do mesmo, há uma lesão desse órgão.

O Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVE i) é o bloqueio do aporte de oxigênio e glicose ao cérebro causado por uma obstrução local de vasos, podendo, também, ocorrer procedente de uma má perfusão sistêmica. Esses mecanismos conduzem a uma disfunção do metabolismo da região afetada, havendo ainda, lesões e possível morte do tecido cerebral por privação do que lhe é necessário e foi interrompido pela escassez do fluxo sanguíneo (PIASSAROLI et al., 2011).

O AVC (AVC h) é a hemorragia que impede o fluxo sanguíneo de irrigar o cérebro, ocorrendo dentro dele ou entre ele e o crânio, sendo causada por rupturas de artérias ou por compressão de aneurismas (LEITE; SILVA, 2008). Os seus fatores predisponentes são: o álcool, as drogas, fenilpropanolamina e outros simpatomiméticos. Seus sintomas clássicos incluem cefaléia intensa de início abrupto, comumente acompanhado de rigidez da nuca, elevação da pressão arterial e da temperatura, podendo, ainda, ocorrer alterações mentais, em metade dos pacientes. Pode, ainda, ser do tipo difuso se o fluxo sanguíneo percorrer para o subaracnóideo ou intraventricular; ou focal, com extravasamento de sangue dentro do parênquima, sendo a fisiopatologia dependente da etiologia e tipo da lesão vascular; seus sintomas surgem decorrentes da pressão exercida sobre o tecido cerebral ou nervos cranianos por aneurismas ou alterações na formação arteriovenosa (MAV) ou, ainda, quando estes se rompem causando hemorragia (RIBEIRO, 2009).

Em termos gerais os fatores predisponentes ao AVC são vários e podem ser classificados em modificáveis: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), consumo de álcool e tabaco, sedentarismo, dieta inadequada e Diabetes (DIA); e não modificáveis: instalação prévia de Ataque Isquêmico Transitório (AIT), hipercolesterolemia, estresse, histórico de cardiopatia, idade, sexo, raça, histórico familiar de AVC e fatores ambientais. O fato da incidência do AVC ser maior com o prolongar da idade, deve-se então a ocorrência contínua destes ou alguns destes fatores de riscos em seu cotidiano (LEITE; NUNES; CORRÊA, 2009).

Além disso, o avanço tecnológico que favorece o prolongamento da vida de pessoas com possibilidades terapêuticas reduzidas no avançar da idade e o aumento da expectativa de vida, aumentam em massa o número de idosos na população e estes por sua vez, se apresentam mais vulneráveis a doenças crônicas incapacitantes (BRITO; RABINOVICH, 2008). Também, há evidências de que fatores sócio-demográficos venham influenciar a área geográfica de incidência do AVC, pois a carência na acessibilidade às informações sobre a doença, bem como, ao sistema de saúde, podem aumentar as chances de acometimento por AVC (ABRAMCZUK; VILLELA, 2009).

Após a ocorrência do AVC surge com frequência, uma gama de disfunções neurológicas, o que acarreta em redução da qualidade de vida do acometido por esta patologia, pois ao menos dois terços dos que sobrevivem após este agravo adquirem algum tipo de deficiência permanente, se tornando dependentes em atividades, como, falar, deambular, ver e sentir e, ainda, para a realização das atividades de vida diária (ANDRADE et al., 2009).

Fonseca e Penna (2008) encontraram que 80% dos sobreviventes após o AVC ao retornarem à comunidade, apresentam limitações funcionais requerendo cuidados específicos, os quais, de acordo com a cultura brasileira, bem como, das características socioeconômicas do Brasil, frequentemente, são disponibilizados pela própria família do paciente, em âmbito domiciliar.

Com relação aos sobreviventes do AVC concebe-se que estes adquirem, em decorrência, sequelas neurológicas, havendo uma evasão de quase 70% do mercado de trabalho por perda da autonomia e independência e 30% havendo necessidade do auxílio de outras pessoas na deambulação (BRASIL, 2011). Os *déficits* mais comuns apresentados após o AVC são desequilíbrios neurológicos,

motor, sensitivo, mental, perceptivo e de linguagem, a depender da área afetada do cérebro, extensão da lesão e fluxo colateral (LEITE; NUNES; CORRÊA, 2009).

Boa parte dos idosos, então, que são acometidos por esta síndrome, senão a maioria deles, adquire sequelas incapacitantes, acarretando variadas limitações de cunho motor, sensitivo, sensorial, *déficits* na compreensão, bem como, na expressão dos seus pensamentos e idéias. Desta forma, há uma alteração na dinâmica cotidiana do idoso que se torna, na maioria das vezes, dependente de outras pessoas para se locomover, movimentar, agir, estando, a partir de então, suas atividades de vida diárias, restritas (SANTOS; TAVARES, 2012).

Assim, o idoso após o AVC, ao retornar para sua casa, pode trazer consigo sequelas de cunho físico e emocional, inviabilizando sua capacidade funcional. Torna-se, ainda, dependente e sem autonomia e, também, com limitações sociais e econômicas, o que se faz perceber que as conseqüências dessa patologia afetam em sobrecarga todos os aspectos da vida (SOUZA et al., 2009).

Nesta perspectiva de alta incidência de AVC, acompanhado do fato deste ser uma das causas mais frequentes de mortalidade em nosso país e, frente ao impacto social, econômico e previdenciário do mesmo, o Ministério da Saúde propõe a implantação da linha de cuidados aos acometidos por este agravo, visando a melhorias no atendimento, melhores esquemas de diagnóstico e terapia (BRASIL, 2011). A linha de Cuidados a esta patologia foi implantada pela Portaria MS/GM nº 665, de 12 de abril de 2012, redefinindo estratégias que atendam às necessidades peculiares do cuidado após o acometimento da mesma (BRASIL, 2013).

Em se tratando da linha de cuidado ao AVC surgiu à proposta da Atenção Domiciliar, voltada então, para pacientes que apresentem maiores limitações após a patologia, bem como, maiores riscos de complicações. Assim, este serviço deve dispor de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, de fisioterapeutas respiratório-motores, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, sendo que as visitas destes profissionais devem coincidir com as demandas de necessidades dos pacientes (BRASIL, 2011). De tal modo, vê-se a real necessidade de pesquisas em torno do AVC e suas repercussões, encaixando-se no conhecimento de como melhor cuidar desses pacientes, visto a necessidade de suporte que requerem no pós AVC.

2.2 O ENVELHECIMENTO ENQUANTO PROCESSO E IDOSOS DEPENDENTES

Ressalta-se um enorme crescimento da população idosa, em nível mundial, decorrente de inúmeros fatores que culminam com o aumento da expectativa de vida. A definição de idoso, estabelecida no Estatuto do Idoso, se constitui em toda pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2009).

Frente ao aumento constante da longevidade e expectativa de vida, ampliou-se, em decorrência, o número dos índices de morbi-mortalidade originada por doenças cardiovasculares, câncer, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), pneumonia, influenza e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o qual prevalece sobre os demais, em termos de acometimento à população idosa (SOUZA et al., 2009).

Para que o idoso tenha um processo de envelhecimento saudável e ativo é necessário que o mesmo possua saúde e bem-estar e, portanto, seguir neste intuito de prevenção de doenças, desde dieta adequada, prática de atividades físicas, dentre outros hábitos que estimulem uma vida saudável. Embora se estimule esse contexto favorável de saúde do idoso, sabe-se, também, que em grande parte, o rumo que a sua saúde percorrerá, depende em suma do que ele percebe como velhice e sua atitude diante desse processo (PATROCINIO; PEREIRA, 2013).

O envelhecimento saudável na óptica dos idosos perpassa por alguns fatores que influenciam nesse processo: suas interações familiares e com amigos, seu bem estar, saúde física, psíquica e financeira, capacidade funcional, suporte psicossocial e independência funcional (PATROCINIO; PEREIRA, 2013).

Desse modo, reconhece-se o envelhecimento como algo individual, peculiar e variável, significando um emaranhado de artifícios originados e desenvolvidos durante o decorrer do tempo. Em caráter biológico se caracteriza como a involução morfológica e funcional que envolve os principais sistemas fisiológicos. Em termos de psiquismo o envelhecer representa as consequências da passagem do tempo no organismo, que também pode ser denominado de envelhecimento somático ou envelhecimento psíquico, sendo estas dimensões consideradas extremamente relevantes, pois são coadjuvantes para o equilíbrio e a continuidade da estabilidade somática, bem como, a psíquica, fundamental para o ser humano viver com qualidade (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

O percurso do envelhecer pode vir acarretado por uma redução da capacidade física e de cognição em idosos, aumento de sua dependência em seu cotidiano e são condizentes com as características de vida de cada um em particular. Contudo, apesar desta involução morfofuncional e de uma grande maioria ser portador minimamente de alguma patologia de caráter crônico, não são todos que sofrem limitações a partir desses agravos, com suas atividades rotineiras em perfeito estado e um estilo de vida normal, controlando as suas enfermidades adjacentes e expressando satisfação pessoal na vida (TORRES et al., 2010).

No Brasil, a realidade de idosos dependentes e sem autonomia é encoberta, pois vem sendo perpetuada nos ambientes familiares dos domicílios, bem como, nas instituições, dificultando a proteção social a essas pessoas, através da formulação de políticas voltadas a este contexto. Sabe-se que o idoso dependente sofre modificações que envolvem relações afetivas, finanças, relações de poder, dentre outras, desenvolvendo, assim, a urgência de uma reorganização familiar (JEDE; SPULDARO, 2009). A autonomia faz referência à capacidade funcional, especialmente condizente com a realização de atividades da vida diária, o que em estado de sucesso favorece o bem-estar e qualidade de vida do idoso (JEDE; SPULDARO, 2009).

Segundo Pacheco (2004) a dependência acontece quando há uma incapacidade do idoso em realizar suas atividades comuns da vida diária e, nesse aspecto, se alia o sentido de incapacidade com a necessidade, pois será imprescindível a ajuda de alguém para a realização destas tarefas.

A exemplo do AVC e outras doenças incapacitantes, Brito e Rabinovich (2008) consideram que a volta para casa após uma doença crônica e suas sequelas vem acarretada de tensão e insegurança, pois haverá necessidade de alguém para prestar cuidados ao enfermo.

Destarte, o envelhecimento populacional é marcado por um aumento da relação de morbimortalidade entre os idosos e da incapacidade funcional. Dentre as modificações impostas nesta fase da vida, ainda se acrescentam o aumento dos fatores de risco, bem como, das doenças crônico-degenerativas que podem assim determinar certo nível de dependência, acarretando perda da autonomia e independência na realização nas atividades básicas da vida diária (TORRES et al., 2010).

Por incapacidade funcional entende-se como a ausência de habilidade para desenvolver atividades básicas comuns ao cotidiano das pessoas, que, são indispensáveis para a manutenção da independência (ALVES, 2007).

Assim sendo, as Atividades da Vida Diária – AVDs são as atividades de autocuidado, a exemplo, tomar banho, vestir-se e alimentar-se. As Atividades Instrumentais da Vida Diária – AIVDs, aquelas atividades mais complexas e de cunho adaptativo, a exemplo, realizar compras, telefonar, utilizar meios de transporte, desenvolver atividades domésticas, preparar refeições, cuidar de suas finanças e a mobilidade que condiz com a capacidade de alguém sair da residência. Pode ser aferida por meio de atividades simples como locomover-se de uma cama para uma cadeira, até as mais complexas, a despeito de caminhadas, subir e descer escadas, tarefas que necessitam de amplitude de movimento, resistência e força muscular (ALVES, 2007).

2.3 O CUIDADOR FAMILIAR E SEU ENVOLVIMENTO NO CUIDADO A IDOSOS COM SEQUELAS DE AVC

O surgimento abrupto de patologias como o AVC exige tomadas de decisão e esquemas de enfrentamento que possam, assim, vir a suprir as necessidades de assistência do paciente, sejam estas físicas, emocionais, financeiras ou de acompanhamento.

Desta maneira, a situação adversa da enfermidade provoca transtornos no cotidiano do indivíduo e de suas famílias, causando impacto em todos os seus membros (BRITO; RABINOVICH, 2008).

O grupo familiar tem sido reconhecido pela sua relevância no que diz respeito a cuidados de saúde, contudo a tarefa de falar de família que é uma instituição social historicamente estabelecida será sempre um desafio, pois a mesma é baseada em uma complexidade de aspectos a serem compreendidos (OHARA; SAITO, 2008).

A família é reconhecida como instituição, tem origem natural e se constitui em um conjunto de pessoas em torno da convivência em comum, em uma comunidade com traços particulares, havendo alterações em seu conceito somente no aspecto jurídico, pois as legislações posteriores atribuem a este conjunto, uma condição

peculiar de regulação de uniões, casamentos e demais relações pessoais ou patrimoniais (TEIXEIRA; NEVES, 2012).

Compreendendo que as famílias precisam ser vistas ao longo de sua trajetória e tudo o que foi construído dentro dela, se faz necessário ter conhecimento de suas origens, composição, papéis exercidos e forças criadas (RODRIGUES, 2008). A unidade familiar possui sinergia própria, o que significa que os seus membros se correlacionam por meio de um equilíbrio interno responsável pelas atribuições de poder, cuidado, hierarquia, dentre outros, mantida por todos os elementos componentes de seu conjunto maior (BAÍA, 2010).

Ao entendimento de Rodrigues, Alencar e Rocha (2009) a família é um conjunto de pessoas que interagem entre si e constituem uma unidade social, se configurando, desse modo, como o primeiro contato social de todo e qualquer indivíduo. Segundo Penha e Neves (2012) as definições de família vão muito além de caracterizar perfis genéticos e relações consanguíneas, pois atualmente há várias constituições e conceitos de famílias e, assim, relações de parentesco abrangem aspectos como convivência ou não no mesmo lar, relações afetivas, dentre outros.

De acordo com Montezuma, Freitas e Monteiro (2008) e Neri e Sommerhalder (2006), a família é vislumbrada como uma organização social, com base em hierarquia entre seus membros, unidos por relações de poder e laços.

Contudo, percebe-se a família apresentando um ciclo vital que aliado à dinâmica da convivência e às necessidades de seus componentes em interação, sofre modificações, refletindo assim, em suas estruturas e funcionamento.

Em processos de saúde-doença, a relação de equilíbrio e sinergia da unidade familiar pode vir a ser desestruturada, em função das conseqüências, muitas vezes, adquiridas após o processo patológico e, nesta perspectiva, passa a necessitar de uma readaptação a novos valores, hábitos e costumes, para que haja o seu restabelecimento geral (BAÍA, 2010; RODRIGUES; ALENCAR; ROCHA, 2009).

Especialmente, em casos de doença crônica, esta se apresenta como elemento estressor no seio familiar, produzindo repercussões que vão desde desequilíbrio em seu funcionamento habitual, com alterações de ordem afetiva e financeira, até as relações de poder. Todas estas incidem de forma a levantar a necessidade de um processo de reorganização e readaptação familiar (FONSECA; PENA, 2008).

Em vistas da situação apresentada, ainda é evidenciado que a sociedade brasileira possui uma cultura que condena o abandono aos mais frágeis, havendo uma tradição no que condiz aos mais novos cuidarem dos mais velhos em casa, principalmente, em situações de doença, sobrepondo, assim, a existência de uma corresponsabilidade entre os componentes da família, com caráter cristão de solidariedade e caracterizando essa atividade como parte da conduta moral, padronizada e inserida nos códigos éticos individuais (MARQUES et al., 2011).

É neste contexto que surge a idéia real do cuidador familiar, um ente emergido do seio familiar, de relações fragilizadas frente a doença e que será incumbido da prestação de cuidados diretos ao enfermo com sequelas do AVC (MORAIS et al., 2012).

Vale ressaltar, que a mulher é vista como a principal cuidadora em casos de doença na família e, assim, destaca-se o papel da figura feminina, socialmente aceita e culturalmente determinada, em que a mulher é incumbida dos cuidados aos filhos e à casa, e ao homem, o dever do trabalho e a manutenção do lar. Vivencia-se um momento de ascensão e até de troca desses papéis, mas ainda, espera-se da mulher o comprometimento do assumir o cuidado daqueles com quem ela convive, especialmente, em processos de adoecimento, sendo, quase sempre, a sua cuidadora principal (FONSECA; PENNA, 2008).

O FC se presta ao cuidado do outro de maneira a colocá-lo como prioridade, em detrimento até mesmo de sua vida pessoal. Pode ser alguém em processo de envelhecimento ou também de adoecimento, sem suporte ideal para cuidar de forma eficiente (JEDE; SPULDARO, 2009).

Assim, o cuidador pode ir adquirindo sua missão gradativamente ou de forma imediata, tomando decisões conscientes, em um processo dinâmico e natural que parece seguir regras, havendo prevalência de quatro fatores bastante comuns neste processo: relações de parentalidade, com predominância de cônjuges ou filhos; questões de gênero, com a prevalência da mulher como cuidadora; aproximação física, considerando a convivência no mesmo lar; a aproximação emocional predominando parceiros afetivos, pais e filhos (MENDES, 1995).

Pode-se, então, embasar em Rodrigues, Alencar e Rocha (2009) afirmando que o núcleo familiar passa por uma desestruturação sofrida por impacto do processo de adoecimento e, assim, esta conjuntura apresenta dificuldades em prestar cuidados ao paciente, devido às limitações impostas após o acometimento

do AVC. Nesta perspectiva, demonstra-se que os familiares podem não estar preparados para assumir responsabilidades assistenciais ao idoso fragilizado, necessitando informações de como desenvolver e implementar o cuidado e a adaptação a seu ente familiar acometido pela patologia (JEDE, SPULDARO, 2009).

Como distinguem Brito e Rabinovich (2008) existe uma necessidade de iniciar as intervenções ainda com o paciente alojado no setor hospitalar, buscando, desse modo, desenvolver no cuidador habilidades para cuidá-lo neste setor, capacitando-o para o retorno ao seu domicílio. Segundo Baía (2010) a crise sofrida pela família, especialmente, a que possui algum ente com sequelas de AVC, é do tipo situacional e requer o ganho de competências que visem a não deixar o núcleo familiar desestruturado.

As repercussões decorrentes de doenças ambíguas, atribuindo a umas, aspectos positivos, como identificação de uma rede de apoio e solidariedade de amigos e familiares, bem como, a adoção de comportamentos saudáveis em relação à nutrição e atividades físicas; e, como aspectos considerados negativos, a exemplo da sobrecarga de cuidados, mudanças nos hábitos rotineiros da família, sentimento de tensão e ansiedade surgem aguçados devido a incertezas e preocupações com o futuro (EUSÉBIO; SOUZA, 2011).

Com referência às repercussões negativas e que marcam a vida da família, especialmente dos cuidadores principais se caracterizam por prejuízos em sua saúde, a exemplo de lesões na coluna, enxaqueca, desenvolvimento de hipertensão, depressão, entre outros e, ainda, a renegação de sua saúde para segundo plano, por priorizar o cuidado ao seu familiar sem querer se ausentar para cuidar da sua própria saúde (MARQUES et al., 2011).

Neste contexto, é necessário que receba instruções da equipe de saúde para prestar um cuidado ideal ao seu ente acometido por AVC. Também, que haja um vínculo de confiança entre profissional e família, possibilitando assim, medidas intervencionistas sobre esta, referente às maneiras de agir e pensar, na convivência com a doença crônica. Pela proximidade com o idoso e a família, o enfermeiro, então, acaba por assumir a responsabilidade de prestar informações, apoio, assistência pessoal e profissional, atuando com vistas à manutenção ou reestruturação do equilíbrio familiar (RODRIGUES; ALENCAR; ROCHA, 2009).

A assistência a ser disponibilizada pela equipe de saúde ao idoso após AVC se constitui basicamente em orientações sobre os cuidados que devem ser

prestados ao doente em domicílio. Contudo, entende-se que o cuidar oferecido em casa se diferencia do tratamento em ambiente hospitalar, aonde se conta com um suporte em termos de equipe.

O cuidado no lar requer uma interação do profissional com a família do paciente e a mesma precisa ainda se reorganizar e desenvolver mecanismos resolutivos, a fim de negociar a responsabilidade entre a divisão das tarefas e restabelecer, desta maneira, a ordem e os papéis familiares (BRITO; RABINOVICH, 2008).

A interação da enfermagem com a família no contexto do cuidado à saúde se incorpora no acompanhamento das limitações geradas pelo AVC, a orientação, informação e apoio emocional além de envolver o ensino, a capacitação e avaliação dos cuidadores, sendo estes, peça fundamental na arte do cuidar (MACHADO; BESSA JORJE; FREITAS, 2009; MORAES, 2012).

Deste modo, a enfermagem, deve estar em interação com as ações do cuidar, e da tecnologia, permitindo o vislumbrar do cuidado humano como uma prática que vai além do aspecto curativo, pois se fundamenta na percepção do idoso como ser humano integral e, portanto, dotado de valores, crenças e experiências sociais. O ato de cuidar do idoso, sequelado do AVC, não deve se resumir a questões cronológicas e de reabilitação e, sim, voltar a suprir as necessidades físicas e não físicas do idoso, atentando assim, para o ambiente em que o mesmo se insere (BRUM; TOCANTINS; SILVA, 2005).

CAPÍTULO 3



Fonte: Desenho-estória com tema – “Bordado” P(03)

3 ABORDAGEM TEÓRICA

3.1 CONCEPÇÕES GERAIS DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Considerando que o cuidado a idosos dependentes, no contexto familiar, constitui um processo complexo por ser o cuidado algo socialmente construído e, tendo como pressuposto que, a construção social do cuidado se fundamenta em saberes que permeiam o senso comum e o conhecimento científico, optou-se pela Teoria das Representações Sociais - TRS para fundamentar este estudo.

A TRS é constituída na maneira pela qual os indivíduos alcançam a compreensão de coisas e fatos presentes ao seu redor, formulando representações a partir de suas experiências vivenciadas (MOSCOVICI, 2004).

Desse modo, buscaram-se as representações dos indivíduos que ocupam o papel social de cuidadores de idosos que sofreram AVC, a partir do contexto real vivenciado por estes atores dentro da esfera familiar e, assim, alcançar a compreensão sobre este fato e os envolvidos nele.

Segundo Moscovici (2004), as representações sociais se caracterizam por explicações, crenças e idéias que possibilitam a evocação de algum acontecimento, pessoa ou objeto, a partir de interações sociais comuns a determinados grupos populacionais. Assim, a primeira base teórica foi fundada pelo próprio Moscovici, em 1961, na França, com a obra *La Psychanalyse: son image et son public*.

Segundo Jodelet (2005) a representação é de algo e de alguém, estabelecendo uma relação entre a subjetividade do objeto e a objetividade do sujeito, buscando então, o vínculo do indivíduo com o mundo e as coisas que o rodeiam. Coutinho et al. (2003) ratificam que quando se fala em representação, logo se pensa em representação de alguma coisa, bem como, de alguém que constrói esta representação. Este, todavia, baseia sua construção num ambiente de vivências e simbolismos, que elabora sua visão de mundo. Moscovici (2010) considera que as representações podem ser compartilhadas em um grupo e, portanto, se inserem e influenciam o pensamento de cada indivíduo, contudo, não são pensadas por estes e, sim, re-pensadas, re-citadas e re-apresentadas.

Desta maneira, buscou-se a representação do ator social, o cuidador, inserido a um grupo de pertença, a família, sobre o cuidado de idosos após AVC e se propõe

a representação do cuidado prestado pelo cuidador de idoso após o AVC e suas possíveis limitações originadas por esta patologia. Parte-se da premissa de que o cuidador, como ator social, inserido e pertencente a um grupo social, a família, com base em suas interações internas e externas, oriundas de experiências, possa elaborar o seu constructo representacional.

As representações incidem sobre nós, sendo transmitidas e, também, resultado de um conjunto normativo de estruturas e modificações ao longo do tempo, se constituindo em produto de gerações sucessivas (MOSCOVICI, 2010).

De acordo com Sá (1966) as representações sociais são um emaranhado de fenômenos, bem como, o conceito que os abrange e a teoria que tem por objetivo explicá-la. Seu campo de estudo conta com um relevante quantitativo de sínteses históricas, resenhas de cunho teórico-conceituais e metodológicas, produções baseadas no conhecimento empírico e discussões críticas.

Ao realizar uma representação social está se associando um sujeito a um objeto e este pode ser social, material ou ideal, sendo que a representação confere uma relação de simbolismos e de interpretações. Esta é um constructo e uma maneira de se expressar do ator envolvido no processo, que pode ser vislumbrado a partir de seu modo epistêmico (fatores da cognição) ou psicodinâmico (aspectos psíquicos, motivacionais, dentre outros), ou ainda, do modo social ou coletivo, de forma que precisam de integração contínua entre o sujeito, suas interações sociais e culturais (SÁ, 1996).

As representações sociais acontecem em meio ao mundo do cotidiano, em que tem por base o estabelecimento das relações pessoais e, ainda, se inserem na mídia a qual se tem acesso. Assim, sofrem influências providas da comunicação social constituindo-se em vivências reais (MOSCOVICI, 2004).

Correlaciona-se, esta afirmação, com os pressupostos de que o cotidiano de idosos que sofreram AVC é alterado devido às limitações impostas, muitas vezes, após o acometimento da doença, abarcando suas dimensões de independência e autonomia, o que os tornam, muitas vezes, dependentes em suas atividades de vida diária. Assim, faz-se necessário que outro alguém, comumente algum integrante da família, colabore com suas atividades que se tornaram limitadas. O que foi previsto então, é que as relações pessoais estabelecidas entre o cuidador desse idoso e o próprio idoso, influenciem na representação deste ente familiar sobre o que o mesmo considera como cuidado.

Moscovici (2010) apresenta as representações como um resultado da interação social e da comunicação estabelecida neste contexto, se configurando e tomando forma a qualquer momento, em decorrência dos processos de influência social.

Embasa-se em Jodelet (2005) compreendendo as representações sociais como uma maneira de apreensão do conhecimento, baseada em modelos de aspectos, traços e relações do mundo que será representado. Determina que haja duas maneiras de estudá-las: globalmente, por meio dos campos estruturados que são conteúdos emanados a partir de determinados posicionamentos dos atores sociais acerca de algum objeto e, dessa forma, emitem informações, opiniões, crenças, dentre outros, sob o comando de um princípio de organização percebido por atitudes, normas, esquemas culturais, dentre outros; e o focalizado, quando os campos estruturados tornam-se núcleos estruturantes, organizando toda a rede de significados relativos ao objeto.

Conforme Moscovici (2010) a TRS tem por objetivo desvendar a maneira pela qual, os indivíduos e os grupos sociais, a partir das diversidades existentes entre estes, atitudes e fenômenos que são, portanto, imprevisíveis e estranhos, constroem um conjunto de estabilidade e previsibilidade. Assim, correlacionando a este objeto de estudo, crê-se a partir da TRS a explicação do cuidado prestado ao idoso na condição de pós AVC, partindo das relações sociais que são estabelecidas dentro do conjunto familiar, seu grupo de pertença, baseados na construção do conhecimento do senso comum partilhado entre estes e que esta possa, ainda, organizar e orientar as condutas de cuidado oferecido em ambiente domiciliar.

Em consonância com esta afirmação foi proposta a investigação do grupo família, a partir da representação por cada cuidador familiar, partindo do pressuposto de que, como integrante do seio familiar e, portanto, compartilhar de anseios, valores, opiniões e pensamentos em comuns, representaria o cuidado oferecido ao seu ente parental.

3.2 ABORDAGEM *PROCESSUAL* DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais possui três abordagens específicas de estudar os fenômenos que são, por sua vez, objeto de estudo da mesma. Criada

originariamente por Moscovici encontra em Denise Jodelet, a perspectiva da abordagem processual; em Jean-Claude Abric, a abordagem estrutural e em Willem Doise a abordagem relacional (BRITO, 2009).

A Teoria, em sua abordagem processual, tem como objetivo a explicação dos fenômenos humanos em uma visão coletiva, contudo, sem perder de vista a peculiaridade de cada pessoa. Apresenta a existência de dois processos constitutivos da mesma: a objetivação e a ancoragem; na objetivação, os abstratos em forma de idéias se transformam em concretos de imagens, por meio da conjunção de idéias e imagens focadas no mesmo assunto; na ancoragem, a assimilação das imagens formuladas na objetivação se junta às imagens anteriores, dando origem a novos conceitos (MOSCOVICI, 2004).

A objetivação e a ancoragem fundamentam a formação e o funcionamento das representações sociais e compreendem a abordagem processual, que é uma das maneiras de se estudar as representações sociais. A primeira se apresenta como um conjunto cognitivo, que apreende elementos vinculados por relações, e se constitui, fundamentalmente, no campo das representações, sendo, também, denominado como a realidade objetiva; na ancoragem, acontece uma atribuição de sentido, havendo uma integração e transformação de novas informações em um conjunto de conhecimentos apropriadamente estabelecidos, bem como, uma rede de significados para interpretação dessa realidade (JODELET, 2005).

Para Moscovici (2010) objetivar é transmitir o que se guarda na mente, ou abstrato, para o mundo físico, concreto, real, transformando o não familiar em familiar. Assim, se vale de mecanismos como apropriação ao mundo particular, aonde se pode comparar e interpretar o objeto, para em seguida reproduzi-las entre as coisas que se pode ver e tocar e, também, ter controle sobre o mesmo. Na ancoragem, ocorre à classificação e atribuição de nomes a cada coisa, rotular e, assim, a partir desse momento se pode representar algo ou alguém. O fundamento da TRS é a identificação de representações de conjuntos sociais sobre determinado objeto, não existindo, assim, uma realidade propriamente objetiva e, sim, representada, (re) apropriada pelo ator social, pelos princípios de objetivação e ancoragem.

Entende-se, assim, a objetivação a partir de suas fases, concebendo que na primeira fase, construção seletiva ou seleção, há um destaque das informações da ciência pelo público, selecionando unidades compatíveis com seus valores de grupo

e sociedade; durante a segunda fase ou esquematização estruturante, uma estrutura simbólica, elaborada no imaginário, reproduz visivelmente um conceito, viabilizando uma imagem dos elementos que constituem o objeto da representação; e na terceira, denominada naturalização, se compõe na figura, que permite concretizar as unidades que formam os elementos da realidade, naturalizando-os socialmente (MOSCOVICI, 2004; JODELET, 2005).

Voltando-se à representação do cuidado, poder-se-ia extrair a seguinte explicação: o cuidado é concebido pelos atores sociais, a partir de suas crenças, valores, normas, dentre outros, de seu grupo de pertença; a elaboração no imaginário de uma estrutura simbólica é relacionada ao cuidado; e, por fim, fazer uma ligação dessa imagem ao contexto real, tornando este comum, natural entre os demais.

A ancoragem, em dialética com a objetivação propõe também fases a serem seguidas: a atribuição de sentido-influência do sistema de valores do grupo social; a instrumentalização do saber, o modelo figurativo, o norteador de compreensão da realidade; e, o enraizamento no sistema de pensamento, a transformação de algo não-familiar em familiar (JODELET, 2005). Complementando o eixo de ligação ao objeto de estudo, extrai-se aqui na perspectiva da ancoragem, as atribuições de sentido, dadas ao cuidado, a partir de uma influência do grupo social; este conhecimento elaborado como guia de entendimento e compreensão da situação real, classificando pessoas e coisas; e, por fim, familiarizando o que foi construído, reapropriado, representado, de acordo com seu grupo de pertença.

CAPÍTULO 4



Fonte: Desenho-estória com tema – “Café, almoço, jantar” P(04)

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de natureza qualitativa, descritiva, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. A pesquisa qualitativa não se atenta a questões numéricas e, portanto, foca seu conteúdo em aspectos da subjetividade humana, trabalhando com questões pessoais, peculiares, intrinsecamente individuais e impossíveis de serem quantificadas (MINAYO, 2007). Neste aspecto, o estudo em questão volta-se à investigação de fatores pertencentes ao mundo da subjetividade, abarcando sentimentos, conceitos e demais questões humanas, que jamais poderiam ser expressas por meio de números.

De acordo com Romão (2004), considera-se que a linha qualitativa do estudo, busca o mundo dos significados que devem ser encontrados a partir de situações vivenciadas, com forte influência dos atores sociais envolvidos no contexto. Assim, crê-se que esta modalidade é a mais adequada à pesquisa proposta, uma vez que a mesma está fundamentada em construções sociais de grupos, a partir de sujeitos individuais inseridos nos mesmos, buscando alcançar as simbologias e significados que cada um atribui ao que está sendo vivenciado em forma de experiência real.

Ainda, apóia-se a opção por estudar algo de maneira qualitativa, concebendo o pensamento de Richardson (1999), de que essa modalidade se destina a compreensão de objetos subjetivos, esmerando-se em observar aspectos também de cunho psicológico e, assim, se propõe a analisar atitudes, motivações, expectativas, valores, crenças, dentre outros.

Este estudo se propôs em seguir à linha descritiva, que conforme Moresi (2003) se adéqua a pesquisas de cunho qualitativo, pois favorece o modo de compreender o objeto de estudo, relatando as minúcias e consubstanciando futuras explicações sobre o tema.

Compreende-se que os dados coletados em campo, são passíveis de descrição, uma vez que os achados correspondem a seres humanos, situações vivenciadas e fatos observados, abrangendo, neste sentido, a transcrição feita das entrevistas e depoimentos (ROMÃO, 2004).

Estudos desse tipo não se restringem à mera observação de fenômenos, buscando a essência dos mesmos, no intuito de explicar a realidade apresentada. Esta afirmativa fica evidenciada a partir de pesquisas em que se investiga a existência do fenômeno e suas causas, objetivando explicá-las desde sua origem, suas inter-relações, mudanças e consequências a vida humana (TRIVIÑOS, 2006).

Esta proposta metodológica, portanto, está de acordo com o previsto na fundamentação teórica, com base na Teoria das Representações Sociais em que se busca por meio da mesma e seus métodos, transferir a ideia abstrata ao pensamento ou objeto concreto e, assim, representá-lo em meio ao seu grupo social e ao contexto real.

4.2 CAMPO E PERÍODO DA PESQUISA

O campo de estudo utilizado foi o município de Paulo Afonso, Bahia, Brasil, que conta com uma população de 117.377 habitantes (IBGE, 2014). Especificamente, o cenário da pesquisa foram duas Unidades de Saúde da Família do município, escolhidas após visita prévia e realizando escolha do tipo intencional.

Paulo Afonso é um município que se localiza no interior da Bahia, possui uma área territorial equivalente a uma unidade territorial de 1.579,722 km², com uma densidade demográfica de 68,62 hab./Km². Anteriormente, no ano de 1953, considerava-se distrito do município de Glória, emancipando-se no ano de 1958 por meio da Lei Estadual 1012. A principal característica de Paulo Afonso é ter abrangido a primeira usina subterrânea, no Brasil.

Outra característica especial da cidade é a instalação no ano de 1948, através do Governo Federal, da Companhia Hidrelétrica do São Francisco – CHESF, com fins de aproveitamento de energia da cachoeira de Paulo Afonso, também intitulada “sumidouro”. Assim, em torno da usina, desenvolveu-se como cidade (IBGE, 2014).

Atualmente, Paulo Afonso possui um Índice de Desenvolvimento Humano- IDHM- de 0,674, referente ao ano de 2010, considerando que entre o ano de 2000 e 2010, o fator dimensional que mais se desenvolveu foi o da educação, seguido por renda e longevidade. O IDM de longevidade equivale a 0,789. Neste contexto, ainda vale considerar que a taxa de envelhecimento neste município evoluiu desde o ano de 2010 até o atual (PNUD, 2013)

Atualmente, são vinte e quatro Equipes de Saúde da Família - ESF distribuídas na zona urbana e zona rural. As Unidades de Saúde da Família - USFs foram escolhidas por se constatar, em visita prévia, um número satisfatório de idosos dependentes e de cuidador familiar, sendo os idosos cadastrados na estratégia, segundo as enfermeiras responsáveis por estas unidades e informações dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS destas equipes. Desse modo, esta população se mostrou compatível com as exigências do estudo.

A congruência entre o pesquisador e o campo de pesquisa possibilita o sentido da percepção no que condiz aos estados de seres humanos, bem como, a compreensão dos significados (ROMÃO, 2004). Assim, a escolha pela realização do estudo se deve diretamente a adscrição e ao vínculo estabelecido entre a comunidade e a Unidade de Saúde da Família, característica desta, de forma que favoreceu o alcance de famílias que se encontram realizando cuidados a idosos após Acidente Vascular Cerebral.

Vale ressaltar que esta pesquisa foi realizada no período de maio do ano de 2014.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram trinta cuidadores de idosos, acometidos por AVC, cadastrados na Unidade de Saúde da Família Américo e Unidade de Saúde da Família Perpétuo Socorro, que serviram de cenário para esta investigação. Para chegarmos até estas famílias, contamos com a ajuda das enfermeiras responsáveis por estas Unidades de Saúde e com os Agentes Comunitários de Saúde – ACS da Área, que fizeram um mapeamento de pacientes idosos que foram acometidos por AVC e ficaram com sequelas decorrentes da patologia. Desse modo, na companhia dos ACS, visitamos previamente estas famílias, conferindo juntamente com estas as disponibilidades em participar da pesquisa, e assim, após marcarmos e conversarmos informalmente antes da realização da mesma, procedemos a aplicação das técnicas previstas neste estudo.

A escolha desses participantes justifica-se, por entender que é no seio familiar que surge o principal cuidador em casos de doença, pois a família se inclina a uma

reorganização em sua conjuntura para atender às necessidades do ente acometido por algum tipo de patologia.

O número de familiares cuidadores foi estimado em cerca de trinta visando o critério da saturação dos dados, aliado ao alcance dos objetivos propostos. A saturação é um critério que busca validar objetivamente estudos que utilizam métodos, temas e informações em campo, nos quais é inviável o tratamento amostral de forma probabilística (THIRY-CHERQUES, 2009).

Os critérios de inclusão dos cuidadores foram: cuidador familiar principal, de idosos dependentes, acometidos por Acidente Vascular Cerebral e cadastrados em Unidades de Saúde da Família do município de Paulo Afonso/Bahia. E como critérios de exclusão: familiar cuidador primário com tempo menor que três meses de cuidar e cuidador primário que após três buscas consecutivas através de visita domiciliar, não seja encontrado no domicílio aonde será realizada a pesquisa.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a apreensão das Representações Sociais dos participantes do estudo utilizou-se dois métodos na coleta de dados, uma vez que a Teoria das Representações Sociais suporta e recomenda o uso de mais de um método, para maior fidedignidade do alcance dos objetivos propostos.

Segundo Coutinho, Nóbrega e Catão (2003) a escolha pelo instrumento a ser utilizado na pesquisa influencia sobremaneira o nível da representação. Assim, as Representações Sociais trabalham com uma diversidade de técnicas, dentre as quais este estudo adota o Desenho-Estória com Tema. Além disso, será utilizada a entrevista semiestruturada, individual, com os participantes.

O passo inicial da pesquisa se deu por meio da busca dos cuidadores de idosos que sofreram AVC e que estavam cadastrados em Unidades de Saúde da Família do Município de Paulo Afonso / BA. Para isso, contou-se com a ajuda dos profissionais de enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde. Em seguida, realizaram-se visitas às famílias selecionadas, para a proposta de participação, seguida da aplicação da Técnica do Desenho-estória com Tema e, posteriormente,

da entrevista semiestruturada, com o apoio do gravador digital de áudio, para garantir maior fidedignidade das informações.

Assim, o uso da Técnica de Desenho-estória com Tema tem se revelado em considerável importância para o uso em pesquisas, em especial aquelas que estão fundamentadas na Teoria das Representações Sociais, sendo seus dados passíveis de ser analisados qualitativamente ou quantitativamente (COUTINHO; SARAIVA 2011).

A Técnica de Desenho-estória com Tema é de modalidade projetiva (Apêndice A), e busca reunir e utilizar informações e grafias no intuito de apreender elementos que favoreçam o dinamismo do conhecimento da personalidade. Possui como pressupostos, teorias baseadas na psicanálise, psicologia projetiva e entrevista clínica. Constitui-se na associação de processos que envolvem a expressão e a motricidade, a exemplo do desenho feito de forma livre e espontânea e processos que envolvem a percepção e a dinamicidade, a exemplo das verbalizações temáticas. Essa técnica permite a apreensão não só da percepção individual de cada um sobre si mesmo, mas enfaticamente do que cada pessoa relata sobre a subjetividade do grupo ao qual faz parte (COUTINHO et al., 2003).

Desde tempos remotos, quando o homem não dispunha de sistemas de comunicação escrita, recorria-se a comunicação não-verbal com o intuito de registrar fatos históricos, geográficos e comuns ao cotidiano, a exemplo de gravuras e pinturas rupestres expressando a caça, os animais e as descobertas. Assim, considera-se que o desenho é um sistema comunicativo objetivado na forma de imagem, capaz de tornar compreensível, o não compreensível, colaborando com a ciência no desvendar de novos conhecimentos (COUTINHO; SARAIVA, 2011).

Neste estudo, solicitou-se que o participante realizasse um desenho que representasse por “cuidado ao idoso”. Depois disso, que o mesmo realizasse uma narrativa verbal ou escrita de uma estória a respeito do desenho realizado. Acaso, a preferência se desse em contar, a história seria gravada, com a sua autorização prévia. Finalmente, ele deveria dar um título à sua história.

Na entrevista semiestruturada utilizou-se um instrumento norteador, em forma de roteiro para a entrevista (Apêndice B). Este roteiro aborda informações condizentes com a análise do objeto do estudo, constando de um inquérito sócio-demográfico, que auxiliará na caracterização do perfil dos informantes e de uma segunda parte, questões abertas fazendo referência ao que representa para o

cuidador, o cuidado prestado ao idoso no pós - AVC e as mudanças ocorridas na família a partir da implementação deste cuidado. Para garantir a fidedignidade das informações, bem como, a utilização do mesmo para transcrição e melhor análise dos resultados utilizou-se um gravador digital de voz para o registro das entrevistas, com a permissão prévia dos participantes.

A empregabilidade da entrevista em pesquisas qualitativas é bastante difundida e ordenada, considerando que a exemplo de grupos focais ou entrevistas semiestruturadas, como a usada neste estudo, se constitui em uma metodologia de coleta de dados com intuito de descobrir perspectivas além das já estabelecidas por quem inicia a técnica. A utilização desta pode tornar possível o mapeamento e posterior compreensão do mundo da vida dos participantes e se faz ponto de partida para o pesquisador social que insere sistemas de interpretação para compreender o que foi narrado em termos conceituais e, também, condizentes com outras observações. Ressalta-se, ainda, que esta técnica é perfeitamente combinável com outras técnicas de modo a estabelecer um sentido de complementaridade entre as mesmas (BAUER; GASKELL, 2010).

Adotou-se a entrevista individual semiestruturada, como modo de buscar o alcance dos objetivos propostos para esta investigação. Esta técnica se adéqua a estudos qualitativos uma vez que possibilita ao participante a perfeita interação com o pesquisador, favorecendo a espontaneidade de respostas por parte do entrevistado e colaborando para a viabilidade da pesquisa (TRIVIÑOS, 2006). Neste sentido, segundo Grey (2001), no momento da entrevista, usa-se a comunicação verbal e, portanto, o participante tem a oportunidade de expressar seus sentimentos, pensamentos e idéias, não estando sufocado por questões diretas ou questionários pré-formulados.

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A aplicação dos instrumentos foi prevista para acontecer de acordo com data e horário disponibilizados pelos familiares cuidadores, o qual se obteve a aproximação, através dos Agentes Comunitários de Saúde.

A abordagem com a técnica projetiva e com a entrevista realizou-se individualmente, no domicílio do idoso respeitando a individualidade e espontaneidade de cada cuidador, no momento das estórias e respostas. Ainda, foi disponibilizado, o material para a concretização da técnica: papel, caixas de lápis de cor, giz de cera, lápis, borracha, apontador.

A realização das entrevistas ocorreu posteriormente à técnica projetiva, persistindo no mesmo ambiente iniciado e, ainda, individualmente. A entrevista foi gravada em áudio e, posteriormente, transcrita para análise dos dados.

4.6 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise da técnica projetiva se apoia nos estudos de Coutinho e Saraiva (2011), quando discutem que os temas analisados com desenho-estória permitem a apreensão das representações e, ainda, de acordo com as categorias e até subcategorias estabelecidas, quando necessários, tornam compreensíveis os processos de objetivação e ancoragem, caracterizadas na abordagem processual das Representações Sociais.

As fases seguintes, durante o procedimento de análise do desenho, adotadas neste estudo: iniciação com observação sistemática dos desenhos; seleção destes por assimilação dos grafismos e aproximação temática; em seguida, leitura flutuante das estórias e isolamento das Unidades de Análises - UA; recorte e codificação das categorias e subcategorias; por fim, análise e interpretação dos desenhos elaborados por meio do grafismo, sendo que este último passo requer a habilidade e capacitação específica de quem acumula conhecimento suficiente sobre as técnicas projetivas, a exemplo dos psicólogos (COUTINHO; SARAIVA, 2011). Esta última fase, portanto, não foi considerada neste estudo. Todavia, os temas desenvolveram-se até a análise de conteúdo temática das estórias contadas.

Com relação às entrevistas, também, foram analisadas de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo Temático-categorial. Esta se constitui em um universo de técnicas, que utilizam métodos sistematizados e objetivos e que descreve o todo do significado das mensagens, indicadores qualitativos e quantitativos, possibilitando assim, a produção do conhecimento referente à percepção das variáveis (BARDIN, 2011).

Segundo Bardin (2011) existem três etapas a serem seguidas na análise das variáveis, a saber, a pré-análise, a exploração do material a ser estudado, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação das mensagens.

A pré-análise é a fase de organização da pesquisa. Assim, ela se ocupa em escolher os documentos que se submeterão a análise, fase em que realiza a leitura flutuante do material conhecendo o texto e sendo confrontado por impressões e orientações; a escolha dos documentos constituindo o *corpus* da pesquisa, seguindo para tal escolha, seleções e regras, a exemplo, da regra da exaustividade, regra da representatividade, regra da homogeneidade, regra de pertinência; a elaboração das hipóteses e dos objetivos, quando se propõe à verificação das afirmações provisórias e a formulação de indicadores que venham a consubstanciar a interpretação final (BARDIN, 2011).

Procede-se, então, à exploração do material: etapa longa, caracterizada por operações que levam em consideração a codificação do material encontrado, a decomposição ou enumeração em vista de regras previamente estabelecidas. Assim, dá-se início a uma leitura aprofundada nas histórias e entrevistas, buscando a apreensão do que vem a surgir como significado; Tratamento e interpretação dos resultados: nesta fase, os resultados tomam significância e validade, permitindo a elaboração de quadros de resultados, figuras, modelos, diagramas, exaltando as informações obtidas durante a análise. Neste momento, procede-se a elaboração das categorias do estudo a serem analisadas, de forma a tornar compreensíveis os significados encontrados e o embasamento dentro da temática aos mesmos (BARDIN, 2011).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa em saúde envolvendo seres humanos abarca questões éticas e profissionais e, portanto, foi estabelecida a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que considera as dimensões da dignidade e respeito à pessoa humana e dá outras providências (BRASIL, 2012).

Neste intuito, esta pesquisa cumpriu as normas da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as pesquisas envolvendo

seres humanos, sendo submetida à Plataforma Brasil, para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e somente depois de sua liberação foi iniciada a pesquisa de campo. Foi realizado um contato prévio com o gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Paulo Afonso, para que assim, pudesse ser emitido um documento autorizando o contato formal com as unidades de saúde do município e, em seguida, com os participantes.

O projeto de pesquisa foi aprovado sob o número de protocolo 635.528 e desta fase em diante, procedeu-se a entrada no campo para a coleta de dados. Deste modo, foram agendados os dias para visita às unidades e início da pesquisa de campo, apresentando as autorizações do CEP e do gestor da saúde municipal, explicando a quem de direito sobre o objeto de estudo a ser investigado, esclarecendo quanto às técnicas que foram utilizadas nesta primeira fase.

Passou-se, então, ao segundo momento da pesquisa, visitando os domicílios de idosos acometidos por AVC, onde se apresentou o TCLE (Apêndice C) e solicitou-se a colaboração dos participantes na pesquisa, os familiares cuidadores, deixando claro a liberdade para participar ou não, bem como, sobre sua permanência no estudo, podendo assim, desistir de participar em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

Após obter o consentimento verbal e a consequente assinatura ou marca digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deu-se início ao procedimento das técnicas de produção dos dados. Para preservar o anonimato dos (as) participantes usou-se identificações com os mesmos nas gravações e roteiros por números sequenciais, correspondentes a ordem de participação, precedidos pela letra P (Participante).

Diante de tal fato, compromete-se ao findar do estudo, o retorno ao município apresentando os resultados da pesquisa, aos participantes (que tal uma cartilha?) e propor caso necessário, estratégias que visem à qualificação da assistência em saúde para a comunidade assistida.

CAPÍTULO 5



Fonte: Desenho-estória com tema – “ Casa da roça” P(05)

5 RESULTADOS

5.1 APREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Esta seção tem por finalidade apresentar os resultados da pesquisa que, em termos gerais, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, ou seja, destinando-se a investigação do que um indivíduo ou coletividade (re) pensa, (re) apresenta, por determinado objeto social, a partir das interações que foram estabelecidas entre os mesmos.

Assim, apreenderam-se as representações sociais da família sobre o cuidado oferecido a idosos acometidos por AVC, a partir das modificações e readaptações impostas pela patologia inserida na rede familiar.

Em meio aos achados da pesquisa e em resposta ao proposto pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, apresenta-se a seguir três manuscritos que integram a dissertação de mestrado, como requisito para obtenção do título de mestre. A intencionalidade destes manuscritos é a construção do conhecimento de maneira a preencher lacunas no campo do saber do cuidado à família em seu ciclo vital, especificamente do cuidado ao idoso no contexto familiar, a partir do uso da Teoria e identificação de seus conteúdos representacionais. Crê-se, assim, que a elucidação do tema fundamentado nesta Teoria, muito pode colaborar com o norte de decisões e ações em saúde, voltadas ao idoso dependente e à família que lhe assiste.

Os manuscritos estão formatados segundo as normas gerais de publicação de revistas indexadas, escolhidas. A fundamentação dos artigos encontra-se na Teoria das Representações Sociais e, assim, buscou-se conhecer melhor o ambiente e o perfil dos participantes, que por sua vez, representam o conjunto representacional dos mesmos, bem como, a apreensão da teoria por meio da identificação dos conteúdos representacionais do cuidado. Para tanto, utilizou-se ainda os escritos de Jodelet (2005) e Moscovici (2010), que descrevem e explicam a Teoria, bem como, seus processos constitutivos: a objetivação e a ancoragem, como a melhor forma de compreender a mesma.

O primeiro manuscrito, intitulado **Perfil social e demográfico do cuidador de idosos dependentes após Acidente Vascular Cerebral**, caracteriza o perfil social e demográfico dos cuidadores familiares de idosos acometidos por AVC, concebendo que estes podem exercer influências no cuidador e nos modos de cuidar.

O segundo manuscrito, intitulado **Reorganização da rede familiar após acidente vascular cerebral** desvela as modificações ocorridas no contexto familiar após o retorno do idoso quando já se tornara dependente na realização das atividades de vida diária após o AVC. Os resultados são apresentados Reação familiar (união dos familiares; falta de união familiares); Modificação na rotina familiar; e a categoria, Não houve modificações. As discussões referem-se a concepção do ambiente e o que está sendo construído diante as necessidades do idoso, compreendendo as interações que são estabelecidas neste momento.

O terceiro manuscrito, intitulado **Representações Sociais sobre o cuidado de idosos dependentes pós acidente vascular cerebral**, identifica os conteúdos representacionais do cuidado a partir dos familiares cuidadores e tudo o que foi construído dentro de seu grupo de pertença sobre este objeto social. Os resultados apontaram para a identificação do cuidado como obrigação (relacionada à vida conjugal e ao fator geracional), o cuidado como ação, o cuidado como ato de renúncia, e o cuidado como expectativas. Os resultados dos manuscritos ganham relevância à medida que oferecem subsídios ao planejamento de ações direcionadas ao atendimento do idoso pós AVC e sua família, compreendendo a mesma como principal cuidadora domiciliar e que requer, portanto, cuidados que permeiam desde orientações da equipe de saúde, quanto a capacitações, dentre outras ações, que se proponham a viabilizar e qualificar o cuidado em domicílio.

5.2 PRIMEIRO MANUSCRITO: PERFIL SOCIAL E DEMOGRÁFICO DO CUIDADOR DE IDOSOS DEPENDENTES APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Este manuscrito será submetido à *Revista Anna Nery*, e foi elaborado conforme as instruções para autores, disponíveis no link: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/conteudo.asp?Cont=1>

PERFIL SOCIAL E DEMOGRÁFICO DO CUIDADOR DE IDOSOS DEPENDENTES APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

RESUMO

Objetivo: Averiguar o perfil social e demográfico de cuidadores familiares de idosos dependentes após o Acidente Vascular Cerebral. Método: Pesquisa qualitativa, descritiva exploratória, realizada com 30 cuidadores familiares de idosos, em Unidades de Saúde da Família urbanas, de Paulo Afonso, BA, Brasil, no mês de maio de 2014. Resultados: Houve predominância de cuidadores mulheres, adultos, católicos, com ensino fundamental, leigos em saúde, inativos no mercado de trabalho, com renda pessoal de até um salário-mínimo e familiar, não superior a três salários-mínimos, filhos dos idosos e com tempo de cuidado variando entre três meses e vinte um anos. Conclusão: Faz-se necessário a instituição de práticas educativas, direcionadas ao familiar cuidador, concebendo-se que as características sociais e demográficas da clientela podem favorecer no planejamento das ações em saúde de capacitação aos mesmos. O contexto e o perfil do cuidador, pode favorecer a adoção de medidas cabíveis a estas pessoas de maneiras a ajudá-las na consolidação e qualificação do cuidado prestado ao idoso dependente no domicílio.

Palavras chave: Acidente Vascular Cerebral, Cuidado, Família.

ABSTRACT

Objective: To investigate the social and demographic profile of family caregivers of dependent elderly after stroke. Method: Qualitative research, descriptive exploratory study, conducted with 30 family caregivers of the elderly in the Family Health Units urban, Paulo Afonso, Bahia, Brazil, in May 2014 Results: There was a predominance of women caregivers, adult Catholics with elementary education, lay health, inactive in the labor market, with personal income up to minimum wage and family, not exceeding three times the minimum wage, children and the elderly with care time ranging from three months to twenty years. Conclusion: It is necessary to the establishment of educational practices directed to the family caregiver, conceiving that the social and demographic characteristics of the clientele may favor the action planning in health training to them. The context and the profile of the caregiver can encourage the adoption of appropriate measures to these people in ways that help them to consolidate and qualification of care for the dependent elderly at home.

Keywords: Stroke Care, Family

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa utiliza uma abordagem que denota a relevância existente entre o sujeito e a relação que o mesmo estabelece com o ambiente. Busca-se, desse modo, a compreensão do grupo social do qual participa, e as influências sociais e demográficas sobre os cuidadores de idosos que sofreram Acidente Vascular Cerebral – AVC.

O AVC atualmente está liderando entre as causas de internações hospitalares, além dos índices de morbidade e mortalidade em nosso país, havendo uma maior incidência em idosos e se destacando entre as doenças do coração e os cânceres. Deste modo, o Sistema Único de Saúde – (SUS) deve direcionar suas ações no enfoque da prevenção deste agravo que consta na lista dos problemas da Saúde Pública brasileira¹.

Trata-se de uma patologia de iniciação abrupta, caracterizada por disfunções neurológicas e abarcando em sua causalidade fatores de ordem vascular ou do sistema neurológico². Os subtipos da patologia se dividem em isquêmico - AVE i, considerado como bloqueio de vasos que transportam o oxigênio e glicose ao tecido cerebral, de origem obstrutiva, ou de má perfusão sistêmica; ou hemorrágico - AVC h, causado por hemorragias que inviabilizam o aporte sanguíneo na irrigação do cérebro, causado por rupturas de artérias ou compressão de aneurismas³⁻⁴.

De modo geral, os fatores causais do AVC se classificam em modificáveis, como: a Hipertensão Arterial Sistêmica – (HAS), ingestão de álcool e tabaco, sedentarismo, dieta inadequada e Diabetes – (DIA); e não modificáveis: história prévia de Ataque Isquêmico Transitório – (AIT), hipercolesterolemia, estresse, histórico pessoal e familiar de cardiopatia, idade, sexo, raça, histórico familiar de AVC, além de fatores ambientais⁵. Em decorrência deste agravo surgem desequilíbrios neurológicos, caracterizados por limitações funcionais que costumam gerar deficiências do tipo permanentes, o que torna os sobreviventes dependentes na realização de suas atividades de vida diária – AVDs⁶⁻¹.

Quando se trata de situação pós AVC faz-se referência aos cuidados planejados para a sua reabilitação diante das necessidades que foram impostas pela doença e, assim, considera-se uma visão que vai além do processo saúde/doença e suas sequelas, compreendendo que as características sociais influenciam no cuidado e seus resultados. Então, percebe-se a necessidade de uma intensificação do saber sobre o contexto sociodemográfico dos cuidadores familiares que se dedicam a cuidar de pacientes vítimas de AVC.

Em geral, os cuidados primários oferecidos aos sobreviventes após o AVC são oferecidos pela própria família e isto, em muito, se deve às características da cultura brasileira, bem como, do fator socioeconômico do país¹. Pode-se conceituar o familiar cuidador, como alguém que se dedica à realização de cuidados diários a outra pessoa que se encontra enfermo⁶.

Acha-se por bem conhecer o perfil social e demográfico do cuidador familiar de idoso após AVC, uma vez que estas características influenciam no seu modo de pensar e repensar a realidade vivida.

Em meio a esta contextualização incidiu a seguinte questão norteadora: Qual o perfil sóciodemográfico dos cuidadores de idosos que sofreram AVC?

O estudo tem, então, como objetivo, averiguar o perfil social e demográfico de cuidadores familiares de idosos dependentes após o Acidente Vascular Cerebral.

REVISÃO DE LITERATURA

No que se trata de índices das internações hospitalares, morbidade e mortalidade no Brasil, o AVC, vem ocupando posição de destaque, em especial com a população idosa¹.

As disfunções neurológicas decorrentes do AVC traz em subsequência uma redução da qualidade de vida ao considerar que a maior parte dos sobreviventes se tornará dependente em atividades da vida diária⁶.

O idoso dependente sofre modificações que vão desde relações afetivas, financeiras até relações de poder no contexto familiar requerendo dessa maneira, uma reorganização em sua estrutura¹³.

Assim, apreende-se que a partir das modificações ocorridas no paciente, a família do mesmo também sofra algumas alterações em sua estrutura, a partir da dependência sofrida por seu ente familiar idoso.

A família, é dotada de um tipo de equilíbrio interno, em casos de crises patológicas vivenciadas por algum membro do seu conjunto, pode vir perder sua organização emergindo assim, a necessidade de adaptação a novos valores, hábitos e costumes²¹⁻²⁴.

Desse modo, percebe-se que a situação da doença no seio familiar, consegue romper uma estrutura de equilíbrio interno entre os componentes de sua conjuntura, gerando um tipo de desorganização, que em face das necessidades impostas pelas sequelas da patologia, precisam de uma reorganização em seu conjunto, o que requer uma (re) adaptação a novos valores, hábitos e costumes frente ao estado de dependência.

Outras desordens também são comuns de acontecer no decorrer da reorganização e podem ser ainda de ordem afetiva, ou financeira¹.

Em meio a estas necessidades supracitadas, surge o cuidador familiar, como alguém que se destina a suprir no outro, as atividades que antes do estado de dependência lhes era comum e habitual.

O familiar cuidador é alguém que dedica a cuidar do próximo, colocando-o como prioridade, e para tanto não requer perfil específico a ser traçado, pode ser alguém em qualquer faixa etária, inclusive em estado de adoecimento ou envelhecimento¹³.

Deste modo, busca-se o conhecimento das características sócio-demográficos destes cuidadores que se dedicam a assistência ao idoso dependente, com vistas a reconhecer o seu contexto real, uma vez que o ambiente pode influencia nos seus modos de cuidar.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, descritiva exploratória, recorte de uma dissertação de mestrado, realizada com 30 cuidadores familiares de idosos dependentes por sequela de AVC, localizados com a colaboração das enfermeiras responsáveis e dos Agentes Comunitários de Saúde, de duas Unidades de Saúde da Família urbanas, da Cidade de Paulo Afonso, estado da Bahia, Brasil, nos próprios domicílios, após visita domiciliar e agendamento prévio, no mês de maio de 2014. Estas famílias foram visitadas previamente, e após conversa informal, foi marcado data para iniciar a coleta de dados com estes participantes com as devidas aplicações de técnicas previstas.

A escolha dos participantes se deu por amostra de conveniência entre os cuidadores familiares que exerciam a atividade há mais de três meses, sendo o número de cuidadores determinado através do princípio da pesquisa qualitativa que considera como limite, a saturação de dados e, também, o alcance do objetivo.

Todos os participantes que se dispuseram a participar do estudo, após os esclarecimentos pertinentes, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A produção dos dados se deu pela entrevista semi-estruturada, sendo despendido cerca de 30 a 60 minutos. O roteiro elaborado com esta finalidade ponderou os fatores sociais e demográficos considerados mais significativos e assim, foram apreciadas as seguintes variáveis: sexo, idade, religião, estado civil, escolaridade, capacitação em saúde, profissão, inserção no mercado de trabalho, renda, religião.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob Parecer nº 635.528, em cumprimento à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compreende-se que as variáveis encontradas permitem o alcance do perfil social e demográfico destes autores sociais, como sexo, idade, religião, estado civil, escolaridade, capacitação em saúde, profissão, inserção no mercado de trabalho, renda, e convívio familiar, entre outros, e favorece o entendimento do contexto familiar do idoso que sofreu acidente vascular cerebral.

Ao analisar a variável sexo encontrou-se a prevalência significativa de cuidadores do sexo feminino. Nesta pesquisa, 28 (93,3%) dos cuidadores eram do sexo feminino e apenas 2 (6,7%) do sexo masculino, prevalecendo, assim, o gênero feminino como cuidadora do idoso.

Ainda, a mulher continua protagonizando o papel de cuidadora da família, sendo configurado ao homem o trabalho que visa a subsidiar as despesas da casa¹⁰. Essa construção social exerce forte influência, uma vez que, são comprovados nos dados da pesquisa, que a maioria dos cuidadores é mulher, equivalendo a 80% da amostra. Concebe-se também, que questões mistificadas relacionadas ao aspecto gênero, costumam causar uma segregação de atividades entre homens e mulheres, desfavorecendo-as cultural e socialmente⁸.

Apesar de vislumbrar-se um momento de ascensão da figura feminina na sociedade, ainda, espera-se que a mesma se responsabilize pelo cuidado da família, enfaticamente, se há alguém em processo ou estado de adoecimento em seu conjunto, lhe atribuindo, portanto, o papel de cuidadora principal¹.

No variável idade, encontrou-se 9 (30%) dos cuidadores na faixa etária entre 64 e 76 anos, caracterizando-se como uma população idosa; 16 (53,3%) cuidadores de idosos na faixa etária dos 40 a 59 anos, caracterizando-se como adultos; E, ainda, 5 (16,7%) cuidadores na faixa etária de 20 a 40 anos, caracterizando-se como adultos jovens. Desta maneira, há uma prevalência de cuidadores adultos, fase em que há uma intensa necessidade de suporte social, psicológico e físico, pois, corresponde à fase do aparecimento de fragilidades e necessidades

específicas do envelhecimento, enquanto processo do ciclo vital humano. Evidencia-se que, em muitos casos o cuidador é alguém que pode também se encontrar em processo de envelhecimento ou de adoecimento⁸.

A variável religião mostrou a prevalência da religião católica, com 22 (73,3%) católicos; 5(16,7%) protestantes; e 3(10%) que não possuíam nenhuma crença religiosa.

As crenças religiosas oferecem direção ao comportamento humano, inclusive em situações pessoais que abarcam o processo saúde – doença. A religião, muitas vezes, serve de suporte às pessoas ligadas a fé, favorecendo o contorno ou superação em determinada situação encarada como de difícil resolutividade.

Com relação ao estado civil houve a prevalência 17 (56,7%) de cuidadores que não possuíam companheiro afetivo e 13 (43,3%) que possuíam companheiro.

O familiar cuidador é alguém que se destina ao cuidado do outro o colocando como prioridade e, muitas vezes, até em detrimento de sua vida pessoal⁹. Assim, muitas vezes, por se dedicar tão esmeradamente para cuidar do outro e se encontrar envolto de responsabilidades, preocupações e obrigações, o cuidador se descuida de si próprio, de sua vida pessoal.

Com relação à variável escolaridade, 16 (53,3%) cuidadores cursaram até o ensino fundamental; 10 (33,3%) até o ensino médio; 1 (3,3%) cursou até o ensino superior; e 3 (10%) se declararam analfabetos.

Nada obstante, é relevante conhecer a escolaridade dos cuidadores familiares, pois ela pode influenciar no destino dado, por exemplo, às orientações da equipe de saúde com relação ao cuidado, considerando a sua ligação à habilidade de aprendizagem que é desenvolvida a partir de instruções escolares¹⁰.

No que se refere aos cuidadores possuírem ou não capacitações ou cursos na área de saúde, que lhe dêem subsídios para a tomada de decisão no cuidado, percebeu-se que a

maioria dos participantes não possuía este tipo de curso, favorecendo assim, a prática leiga do ato de cuidar, orientada pelo senso comum.

Entende-se, então, que há prevalência de cuidadores leigos, considerando que 27 (90%) cuidadores não possuem curso na área da saúde; 2 (6,7%) possuem curso de auxiliar de enfermagem, e 1(3,3%) possui curso de primeiros socorros. Diante desse fato, vê-se a real necessidade de ações educativas em saúde, voltadas a cuidadores de idosos, pois estes precisam estar capacitados, diante das demandas que lhe são impetradas quando da instalação das sequelas do AVC.

Em termos gerais, a maioria dos cuidadores não detém conhecimentos básicos que possam ser sincronizados com as necessidades adquiridas pelo idoso¹¹. Nesta perspectiva, percebe-se que cuidadores familiares podem não estar hábeis a assumir as responsabilidades no cuidado ao idoso dependente, requerendo orientações de como proceder diante da adaptação ao novo estado do seu ente familiar⁹.

Deste modo, há uma real necessidade de iniciar intervenções no que diz respeito a treinar o familiar desde o ambiente hospitalar, com cuidados que serão oferecidos no domicílio do enfermo¹².

Com relação às profissões negligenciadas: 01 cabeleireira, 01 secretária, 02 auxiliares administrativos, 01 manicure, 06 declararam-se donas de casa, 01 mecânico, 01 profissional autônomo, 05 costureiras, 02 cuidadores por profissão, 01 funcionário da empresa CHESF, 01 pedagoga, 01 aprendiz de funilaria, 02 comerciantes, 03 funcionários de serviços gerais, 01 operador da central de ar e 01 cuidador declarou não ter profissão alguma. Destes 30 cuidadores, apenas a pedagoga e o mecânico, conseguem conciliar a sua profissão anterior com a atual de cuidador, considerando que 28 cuidadores abandonaram as suas respectivas atividades anteriores para dedicar-se ao cuidado integral e exclusivo do idoso.

O AVC e outras doenças do tipo incapacitantes carregam sequelas que inviabilizam a independência do paciente e, portanto, é sentida com tensão e insegurança a partir do momento que se percebe a necessidade de outro alguém para se responsabilizar pelos cuidados básicos e rotineiros¹².

A dependência ocorre quando há uma incapacidade do idoso durante a realização de atividades comuns à vida diária e, aliando-se ao sentido de incapacidade com a necessidade, sendo imprescindível a colaboração de um cuidador neste aspecto¹³.

É notório, portanto, que esta patologia tem forte impacto econômico e social em nosso país e, a partir de então, o Ministério da Saúde normatiza uma linha de cuidados aos pacientes acometidos por AVC a fim de propor melhorias no atendimento, restabelecendo princípios de diagnóstico e terapia¹⁴.

Na variável, renda pessoal e renda familiar, 10 (33,3%) cuidadores declararam não ter nenhum tipo de renda; 12 (40%) declararam renda abaixo de 1 salário mínimo e 8 (26,7%) cuidadores declararam ganhar de 1 a 2 salários-mínimos. Vale ressaltar que esta clientela afirmou em sua maioria, que se dedicava exclusivamente ao cuidado do idoso, e a sua fonte de renda provinha da ajuda de outros familiares. A renda familiar declarada de 26 (86,7%) cuidadores é de 1 a 3 salários mínimos; 4 (13,3%) declararam ter renda familiar de 3 a 6 salários.

Deste modo, percebe-se que um ente da família, geralmente, pára de trabalhar para cuidar exclusivamente do idoso dependente e os demais componentes do conjunto, colaboram mutuamente com o subsídio financeiro deste cuidador. Em termos de renda familiar, também se concebe que famílias de alta e baixa renda, enfrentam problemas semelhantes no processo saúde – doença.

O estado de dependência requer a presença de um cuidador familiar, este pode assumir as responsabilidades que vão desde as tarefas assistenciais do cuidado até a obrigação de manter financeiramente a família¹⁵.

Outro domínio encontrado foi à prevalência de filhos como cuidadores dos pais, contando que 17 são filhos (56,7%), 2 (6,7%) são familiares declarados por convivência, 2 (6,6%) são ex-noras, 9 (30%) são cônjuges.

Como traços culturais, evidencia-se na sociedade brasileira uma mistificação em torno do qual, circunda-se a ideia de que os mais novos necessariamente têm o dever de cuidar dos mais velhos, quando estes se encontram em processo de adoecimento, caracterizando-se assim, com perfil de solidariedade e cristianismo, fazendo parte ainda da conduta moral e ética do cidadão¹⁶.

O tempo de cuidador foi estimado entre três meses e vinte e um anos e todos eles residem ou passam a maior parte do tempo no domicílio do idoso que necessita de cuidados, o qual se julga de extrema relevância, pelo fato de compreender que a interação conjunta em determinado ambiente, permite as construções sociais acerca de determinado objeto.

Portanto, apesar de o tempo variar significativamente de três meses a 21 anos, a pesquisa revelou que a intensidade com que esses cuidadores vivenciam a situação da doença, faz com que eles realmente pertençam a esse grupo social e compartilhe de coisas e conceitos em comum, o que consolidou o conhecimento do estudo em questão. A partir deste ponto de vista, também se remete à reflexão de que o cuidador familiar necessita de apoio de toda a rede familiar, uma vez que, com este apoio, aliado ao da equipe de saúde, pode se amenizar a sobrecarga de cuidados que lhe é imposta.

A enfermagem deve direcionar suas ações no sentido de inserir a família no cuidado ao idoso dependente, a fim de amenizar o fator de sobrecarga individual do cuidador, evitando

assim, que o mesmo venha a entrar em processo de adoecimento, decorrente da tensão e da carga de sua nova realidade⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o perfil sócio demográfico dos cuidadores de idosos dependentes acometidos por acidente vascular cerebral, considera-se desde então, de extrema relevância compreender o contexto em que vive o cuidador para discutir a sua realidade frente a experiência do cuidado inserido na rede familiar. Assim, obteve-se o resultado de prevalência de cuidadores mulheres, consolidando a figura feminina como detentora principal da missão do cuidar, adultos e por tanto pessoas em processo de fase intermediária ao envelhecimento, católicos, com ensino fundamental, leigos em saúde, isto é com escassez de conhecimento de cursos na área da saúde, desenvolvendo a habilidade do cuidar com a convivência, inativos no mercado de trabalho, pois a maioria não consegue conciliar as atividades de cuidado com atividades profissionais fora do domicílio, com renda pessoal de até um salário-mínimo e familiar, não superior a três salários-mínimos, filhos dos idosos, caracterizando o papel social dos mais jovens se destinarem ao cuidado dos mais velhos, e com tempo de cuidado variando entre três meses e vinte um anos.

A partir deste contexto, torna-se necessária a implementação de práticas educativas, direcionadas ao familiar cuidador, percebendo-se a importância de conhecer o seu perfil, partindo da premissa que conhecer esses traços da clientela pode favorecer no planejamento das ações em saúde de capacitação aos mesmos. Compreendendo o contexto e o perfil do cuidador, pode se adotar medidas cabíveis a estas pessoas de maneiras a ajudá-las na consolidação e qualificação do cuidado prestado ao idoso dependente no domicílio.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca NR, Penna AFG. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. *Ciênc saúde coletiva* 2008; 13(4):1175-1180.
2. Cancela DMG. O Acidente vascular Cerebral – classificação, principais consequências e reabilitação. Universidade Lusíada do Porto, 2008.
3. Piassaroli CAP, Almeida, GC, Suzan, ABBM. Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquêmico. *Rev Neurocienc* 2011; 20(1):128-137.
4. Leite M, Silva, A. AVC hemorrágico. Junho de 2008. [Acesso em 2011 Ago. 02]. Disponível em: <<http://pt.shvoong.com/medicine-and-health/pathology/1820066-avc-hemorr%C3%A1gico-fisiopatologia-manifesta%C3%A7%C3%B5es-cl%C3%ADnicas/>>.
5. Leite HR, Nunes APN, Corrêa CL. Perfil epidemiológico de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na Estratégia de Saúde da Família em Diamantina, MG. *Fisioterapia e Pesquisa*. São Paulo 2009;16(1):34-9.
6. Andrade LM, Costa MFM, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm* 2009; 43(1): 37-43.
7. Araújo JS, Silva SED da, Santana ME de et al. O perfil representacional dos cuidadores de pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. *Rev. Eletr. Gestão & Saúde* 2012; 3(3):852-864 858.
8. Cavalcante LF. Gênero, família e trabalho no Brasil. Rio de Janeiro: FGV; 2010.
9. Jede M, Spuldaro M. Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. *RBCEH Passo Fundo* 2009; 6(3):413-421.
10. Mayor MS, Ribeiro O, Paul C. Estudo comparativo: percepção da satisfação de cuidadores de pessoas com demência e cuidadores de pessoas com AVC. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009; 17(5):620-624.
11. Moreira RP et al. Cuidador de cliente com acidente vascular encefálico: associação com diagnósticos de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* 2010;12(3):425-30.
12. Brito ES, Rabinovich EP. Dessarumou tudo! O impacto do acidente vascular encefálico na família. *Saúde Soc.* São Paulo 2008; 17(2):153-169.
13. Brasil. Consulta Pública nº07, de 03 de novembro de 2011. Ministério da Saúde. Implantando a Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral - AVC na rede de atenção as urgências. Secretaria de Atenção Especializada. Departamento de Atenção Especializada. Brasília, 2011

14. Baía PRP. Doentes com AVC: dificuldades da família... [Monografia] [Meio Eletrônico] Universidade Fernando Pessoa: Faculdade Ciências da Saúde Porto; 2010. Disponível em:<https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1851/3/MONO_16599.pdf>. Acesso em 02/agost/2011
15. Marques AKMC, Landim FLP, Collares PM, Mesquita RB. Apoio social na experiência do familiar cuidador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;16(Supl. 1):945-955.
16. Rodrigues LS, Alencar AMPG, Rocha EG. Paciente com acidente vascular encefálico e a rede de apoio familiar. *Rev Bras Enferm* 2009;62(2):271-277.

5.3 SEGUNDO MANUSCRITO: REORGANIZAÇÃO DA REDE FAMILIAR APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Este manuscrito será submetido à *Revista Texto e Contexto*, e foi elaborado conforme as instruções para autores, disponíveis no link: <http://www.textoecontexto.ufsc.br/preparo-dos-manuscritos/>

REORGANIZAÇÃO DA REDE FAMILIAR APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

REORGANIZATION OF NET FAMILY AFTER STROKE

REORGANIZACIÓN DE RED FAMILIAR DESPUÉS DEL ACIDENTE CEREBROVASCULAR

RESUMO

Esta investigação objetiva compreender a reorganização da rede familiar após acidente vascular cerebral. Estudo descritivo, qualitativo, que teve como cenário as Unidades de Saúde da Família, do município de Paulo Afonso/Bahia, especificamente, o domicílio do idoso dependente por seqüela de Acidente Vascular Cerebral. Participaram de entrevista individual semi-estruturada, com apoio de gravador digital de voz e roteiro prévio, trinta cuidadores de idosos. Utilizou-se a Técnica de Análise de Conteúdo Temática para o tratamento dos dados, de onde surgiram as categorias, a saber: Reação familiar (união dos familiares; falta de união familiares); Modificação na rotina familiar; e a categoria, Não houve modificações. Conclui-se condição de pós avc implica em sequelas geradoras de dependência e que por sua vez, requer uma reorganização da família no sentido de atender as necessidade do idoso após a doença tê-lo acometido. Assim, ações de saúde devem ser direcionadas não somente ao cuidado ao idoso como também a sua família que precisa sofrer modificações para se readaptar a nova realidade vivenciada.

Palavras chave: Acidente vascular cerebral, Envelhecimento, Família.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo comprender la reorganización de la red de la familia después del accidente cerebrovascular. Estudio cualitativo descriptivo, que tuvo como telón de fondo las Unidades de Salud de la Familia, la ciudad de Paulo Afonso / Bahia, específicamente, en el domicilio de las secuelas mayores dependientes de accidente cerebrovascular. Participó en entrevistas individuales semiestructuradas, con el apoyo grabadora digital de voz y escritura de treinta cuidadores ancianos anteriores. Se utilizó la técnica de análisis cualitativo para el tratamiento de los datos, cuando surgieron las categorías, a saber: Reacción de la familia (unión de la familia, la falta de unidad de la familia); Cambio en la rutina de la familia, y de la categoría, no hubo cambios. Concluido mensaje condición avc implica generar secuelas de la adicción y que a su vez requiere una reorganización de la familia con el fin de satisfacer las necesidades de los ancianos después de la enfermedad tienen involucrarlo. Por lo tanto, las intervenciones de salud deben dirigirse no sólo al cuidado de los ancianos, así como a su familia que necesitan ser modificadas para readaptarse a la nueva realidad que viven.

Palabras clave: accidente cerebrovascular, envejecimiento, familia

ABSTRACT

This research aims to understand the reorganization of the family network after stroke. Descriptive, qualitative study, which had as a backdrop the Family Health Units, the city of Paulo Afonso / Bahia, specifically, the domicile of the dependent elderly sequelae of stroke. Participated in semi-structured individual interviews, supported digital voice recorder and previous script thirty elderly caregivers. We used the technique of qualitative analysis for the treatment of the data, where the categories emerged, namely: family Reaction (union of family, lack of family unity); Change in the family routine, and the category, There were no changes. Concluded sea condition avc post implies generating sequelae of addiction and that in turn requires a reorganization of the family in order to meet the needs of the elderly after the disease have him involved. Thus, health interventions should be directed not only to care for the elderly as well as your family that need to be modified to readjust to the new reality experienced.

Keywords: Stroke, Aging, Family

INTRODUÇÃO

Este estudo sobre as alterações vivenciadas pela família consequentes a acometimento por Acidente Vascular Cerebral-AVCem idoso, descrevendo as mudanças ocorridas no contexto familiar após o agravo.

As doenças cardiovasculares (DCV) vêm ocupando posição de destaque entre as causas de mortalidade em muitos países, e espera-se ainda que estes altos índices de mortalidade encontrados venham evoluir no ano de 2030 para 23,3 milhões de pessoas. Esta condição pode ser justificada pelo aumento das populações, aumento das expectativas de vida,

e aumento dos fatores de risco, considerados clássicos a exemplo de hipertensão, diabetes, tabagismo, dislipidemia e obesidade (CURIONI et al., 2009)¹.

O Acidente Vascular Cerebral é causado pela interrupção do fornecimento de sangue ao cérebro, provenientes de bloqueios ou rupturas de vasos² (MACKAY; MENSAH, 2004).

O AVC ocupa posição de destaque como causa *mortis*, com prevalência relevante do segundo episódio da síndrome, quando dois milhões de pessoas que conseguem sobreviver apresentam algum tipo de incapacidade e necessitam de ajuda de terceiros para realizar as atividades da vida diária³.

De caráter crônico, o AVC, bem como outros agravos que possuem cronicidade, costuma gerar forte potencial de estresse devido às sequelas geradoras de dependência funcional, tanto no doente quanto em sua família e, assim, consegue causar reações distintas em cada ente familiar envolvido na situação da doença⁴. Assim, ocorrem repercussões na ordem natural do núcleo familiar, que comprometem o equilíbrio em termos de afetividade, economia e relações de poder, demandando uma reorganização da rede familiar⁵.

O surgimento abrupto de agravos como o AVC demandam ações de decisão e enfrentamento por parte da família, no sentido de atender às necessidades do paciente, sejam estas emocionais, financeiras, ou outras. Deste modo, também, emerge a implementação do cuidado a partir da família do idoso que sofreu AVC, em especial a partir do familiar cuidador, que se torna incumbido da prestação de assistência direta ao enfermo. A família, que vivencia o AVC e suas sequelas, experimenta uma crise situacional que requer o ganho de habilidades frente as necessidades impostas pela patologia e suas sequelas que objetivem a não desordem do equilíbrio familiar⁶.

Neste trilhar, a pesquisa tem por questão norteadora: Quais as mudanças ocorridas na família a partir da implementação dos cuidados a estes idosos?

Desse modo, emergiu como objetivo do estudo compreender a reorganização da rede familiar após acidente vascular cerebral.

MÉTODO

Trata-se de um de abordagem descritiva, qualitativa, recorte de uma dissertação de mestrado, tendo como cenário da pesquisa o município de Paulo Afonso/Bahia, em suas Unidades de Saúde da Família Perpétuo Socorro e Unidade de Saúde da Família Américo, situadas na zona urbana da cidade.

Participaram da pesquisa 30 cuidadores familiares de idosos dependentes após Acidente Vascular Cerebral, com idade entre 22 e 76 anos. O procedimento para a visita domiciliar percorreu os seguintes passos: visita as unidades de saúde da família, apresentando o projeto à enfermeira responsável pela unidade, comunicação informal com as agentes comunitárias de saúde sobre as micro-áreas e pacientes que possuíam sequelas provenientes do agravo AVC. Em seguida, as famílias foram visitadas e após conversa explicando a pesquisa e seus objetivos, agendamos de acordo disponibilidade da mesma, o momento para aplicação de técnicas.

Os critérios de inclusão utilizados; cuidador familiar principal, de idosos dependentes, acometidos por acidente vascular cerebral e cadastrados em Unidades de Saúde da Família do município de Paulo Afonso/Bahia. E os critérios de exclusão; cuidador familiar principal, com tempo inferior de três meses do cuidado e que após ser procurado por três visitas consecutivas, não seja encontrado no domicílio.

Foi solicitada a colaboração dos agentes comunitários de saúde da área, com vistas à familiaridade das comunidades e maior possibilidade de adesão da clientela ao estudo. Para a produção dos dados empregou-se a técnica de entrevista individual semi-estruturada que ocorreu durante os encontros, previamente agendados, com duração, em média, de uma hora, no mês de maio de 2014. Nos encontros, valorizou-se a espontaneidade das respostas, bem como a flexibilidade no momento das perguntas, proporcionando assim um ambiente o mais informal possível, e fazendo com que pesquisador e participante estabelecessem um vínculo de confiança, enriquecendo as falas.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob o protocolo de nº 635.528. Os participantes assinaram o TCLE e para preservar o anonimato, enumeraram-se os mesmos com algarismos alfanuméricos precedidos da letra P (participante). Assim, este estudo foi apresentado aos participantes com o roteiro de entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sendo estabelecido um diálogo onde as indagações puderam ser respondidas.

Para tanto, foi feita a seguinte indagação: Quais as mudanças ocorridas na família a partir da prestação de cuidados ao idoso? Utilizou-se ainda, o gravador de áudio, de maneira a garantir as informações coletadas em armazenamento e confiabilidade.

Os dados produzidos foram submetidos à Técnica de Análise de Conteúdo Temática⁸ de onde emergiram as categorias do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da produção dos dados, alcançaram-se as Unidades de Análise - UA que deram origem às categorias, permeando as modificações do contexto familiar percebidas por cuidadores de idosos que sofreram AVC, as quais são apresentadas no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1: Categorias e Subcategorias do estudo Reorganização da rede familiar após Acidente Vascular Cerebral. Paulo Afonso/Bahia, 2014.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	
		Nº	%
1. Reação Familiar	1.1 União entre os familiares	8	28,6
	1.2 Desunião entre os familiares	20	71,4
2. Modificação na rotina familiar		55	90,8%
3. Não houve modificações		11	11,7

A família é uma rede social solidificada historicamente e reconhecida em relevância no que condiz aos cuidados de saúde, constituindo um desafio discuti-la em seus pormenores, visto que a mesma possui uma complexidade de aspectos passíveis de entendimento e compreensão⁷.

Nesta perspectiva, encontra-se a categoria denominada **Reação Familiar**, que faz referência às subcategorias **união e desunião entre os familiares**, correspondente a aproximação ou afastamento desses membros familiares.

Assim, encontram-se nas falas dos participantes da pesquisa, manifestações de que após a instalação da doença no âmbito familiar, os componentes dessa rede se uniram em favor do bem comum, que seria então, o cuidado ao idoso acometido por Acidente Vascular Cerebral, como exposto nas - UA seguintes.

- [...] a família ficou mais unida **(P01)**.
- [...] que agora as outras filhas vêm mais aqui, vem todo dia **(P02)**.
- [...] acho que tem mais união **(P01)**.
- [...]a gente tá muito unido **(P01)**.
- [...] antes era tudo afastado **(P02)**.

Como demonstrado nestas Unidades de Análise, alguns participantes fazem referência a membros da família que se dispuseram a cuidar frente a necessidade imposta pela patologia.

Contudo, as variadas repercussões causadas pela instalação de doenças demonstram-se, na maioria das vezes, ambíguas, ora apresentando aspectos positivos; como uma rede de apoio, união e solidariedade, entre amigos e familiares, bem como, incorporação de novos comportamentos capazes de estimular o cuidado com a saúde, ora com aspectos negativos; como afastamento de parentes e amigos, cansaço pela carga extensiva de cuidados, alterações abruptas nos hábitos costumeiros da família, manifestação de sentimentos de tensão e ansiedade ⁸.

Nas próximas UA percebe-se a demonstração dos aspectos negativos, em suma, a falta entre os parentes, diante do acontecimento da doença com o idoso familiar dependente.

[...] da minha parte, eu achei minha família mais afastada da gente depois disso **(P03)**.

[...] a gente não conta muito com a família, desde que aconteceu isso **(P03)**.

[...] percebi mudança na família, assim, afastada da gente, não é mais como era **(P04)**.

[...] os filhos foram duas vezes, chegava na porta do quarto e voltava **(P04)**.

[...] uns se afastou porque não gosta de vê ela assim, só tem eu mesmo **(P05)**.

[...] os outros se afastaram porque não quer vê ela assim e porque não sabe cuidar do jeito que eu cuido **(P05)**.

[...] mudou que eu to só, cuidando dele, só eu pra cuidar dele, nenhum outro filho chega junto **(P06)**.

Estas UA denotam que a família não conseguiu manter os laços de união que existiam anteriormente em seu conjunto e, pelos motivos já considerados preferiram se afastar da situação a enfrentá-la. Assim, percebe-se a real necessidade de trabalhar junto às famílias de idosos que sofreram o AVC, no sentido de capacitá-las com esquemas de enfrentamento da patologia em âmbito domiciliar, dedicando esforços para preservar a sinergia dessa rede.

A segunda categoria, intitulada **Modificações na rotina familiar**, descreve as mudanças apontadas nas falas dos participantes, em contexto familiar após acometimento do idoso por AVC.

Após a ocorrência de um AVC a maioria dos sobreviventes adquire uma carga de sequelas neurológicas e, desse modo, apresentam deficiências no falar, deambular, na visão e até mesmo nos sentidos. Assim, se tornam dependentes de outra pessoa para realizar as atividades as quais se encontra impedido pelas limitações impostas pela patologia, surgindo, então, o familiar cuidador.

O familiar cuidador surge, quase sempre, das relações familiares fragilizadas em virtude da doença, requerendo uma reorganização em seu arranjo e nas dinâmicas de convivência comuns, a fim de atender às demandas do paciente⁹.

Assim foram evidenciadas modificações na rotina no que diziam respeito aos *cuidados prestados* ao idoso no domicílio, como se pode observar nas falas adiante:

- [...] mudar só nos cuidados **(P09)**.
- [...] a gente tem que dar banho tem que levar no banheiro **(P10)**.
- [...] tomo conta dele **(P11)**.
- [...] muito trabalho prá cuidar dele, é isso, é trabalho mesmo, é um tratamento trabalhoso **(P12)**.
- [...]a atenção é maior agora na doença **(P13)**.
- [...] ah, mudou muito, eu me preocupei mais **(P14)**.

O que se pode compreender é que à medida que o idoso necessita de mais atenção da família e mais cuidado da mesma, no momento em que se torna dependente para a realização de suas tarefas diárias e costumeiras é que se percebe a modificação no sentido de se despendar mais cuidados ao idoso que agora se tornou debilitado na realização de suas atividades costumeiras.

O familiar cuidador participa pró ativamente na terapêutica do idoso, desde os cuidados com alimentação, medicações, supervisão de consultas, até as atividades sociais e de lazer¹⁰. Isso faz perceber o quanto é importante a inserção desse cuidador na rotina do idoso dependente após o AVC, e o quanto esta modificação ocorre intrinsecamente ao processo de dependência domiciliar do mesmo, na realização das atividades de vida diária e suas necessidades.

Ainda foi evidenciado, *o abandono da vida social* como modificação da rotina familiar e assim, se compreende que muitos dos cuidadores se eximiram de realizar outras atividades de cunho social, para se dedicarem somente ao cuidado do idoso dependente em sua família, conforme explicitado nas UA a seguir.

- [...] eu deixei de trabalhar pra ficar com ela **(P15)**.
- [...] ah, o que mudou é que eu sou costureira, bordadeira e nunca mais comecei não **(P17)**.
- [...] depois disso para cá não fiz mais nada, só cuidando dele **(P18)**.
- [...] a gente fica assim, a gente não pode sair de casa, se dedica exclusivamente a ele **(P19)**.
- [...] há dez anos que eu não saio prá nada **(P20)**.

Destarte, o cuidador pode ir adquirindo a sua missão gradativamente ou de forma imediata, tomando decisões conscientes, em um processo dinâmico que parece seguir regras, havendo prevalência de quatro fatores bastante comuns neste processo como: relações de parentalidade, com predominância de cônjuges ou filhos; questões de gênero, com a prevalência da mulher como cuidadora; aproximação física, considerando a convivência no mesmo lar; a aproximação emocional predominando parceiros afetivos, pais e filhos¹¹.

Ainda foi percebido que os *sentimentos e humor* da família sofriam modificações ao passo que atendiam as necessidades do idoso dependente após AVC. Enfaticamente, em casos de patologias crônicas, as mesmas se apresentam como elementos estressores presentes no seio familiar e repercutem em desordens no seu funcionamento habitual, provocando alterações de ordem afetiva, financeira, até as relações de poder⁵, conforme demonstrado nas seguintes UA.

[...] eu da minha parte, eu sinto que não tem mais aquela alegria dentro de casa **(P21)**.

[...] a vida da gente acabou **(P22)**.

[...] era muito alegre e a tristeza bateu **(P23)**.

[...] o medo da perda, muito grande, muito **(P23)**.

[...] e é uma família zuadenta e ficou cada dia mais fechada, com medo de tudo **(P24)**.

Algumas manifestações em UA ainda expressaram alívio, sossego, diante da chegada da doença e o rompimento de situações de descontentamento, ressaltando que estas foram evidenciadas por cuidadores que eram cônjuges do idoso.

[...] Depois do AVC eu acho que ficou mais fácil que antes, ele me dava muito trabalho **(P25)**.

[...] não me dava sossego antes, agora eu cuido dele, faço comida **(P25)**.

[...] Que ele só é doente, mas por uma parte eu acho bom **(P26)**.

[...] num vou mentir a ninguém, acho bom, ele era muito raparigueiro, eu num nego a ninguém **(P26)**.

[...] vivia bêbado na rua, chegava de madrugada, agora aquietou, e eu tô cuidando dele **(P26)**.

Cada família percebe o cuidado de acordo com seu contexto histórico de saberes, hábitos, costumes, modos de comunicação, crenças e a teia de relações que foi construída com o idoso¹². Incumbe respeitar o modo de cada uma perceber as modificações depois do AVC, pois estes variam do contexto sócio cultural de cada família.

Um outro ponto a ser destacado inserido no campo das modificações, diz respeito percepção pelos cuidadores da *inversão de papéis* relacionadas ao fator geracional, de

maneira que os filhos, em sua maioria cuidando dos pais, assumem o papel que os pais realizaram por toda sua vida anterior ao agravo, o que pode ser evidenciado nas próximas UA.

Antes ela era a dona da casa, fazia tudo e hoje quem faz é a gente por ela **(P23)**.

Mamãe agora é o bebe da casa **(P24)**.

Você viu a boneca dela? Fica brincando com a boneca [...] é como cuidar de uma criança **(P25)**.

Papai já não tem tanta resistência, já não faz mais nada, assim, que fazia antes, é uma criança **(P09)**.

Ainda que se possuam tecnologias que amparem o cuidado ao idoso no domicílio, a família se fragiliza diante da situação de dependência deste e, assim, toda a dinâmica familiar é modificada¹². Percebe-se que os depoimentos denotam a situação de que o cuidador, que na maioria era filho e cônjuge, se coloca no lugar de pais do enfermo, muitas vezes, até percebendo o mesmo como uma criança, passível de cuidados redobrados, invertendo, assim, as posições que eram estabelecidas antes da patologia.

Por fim, percebeu-se *modificações estruturais* no domicílio voltadas para o cuidado, encontrados em depoimentos de mudanças no ambiente domiciliar do idoso, de maneira a colaborar com as suas necessidades após o AVC. É bastante comum, em idosos que sofreram AVC, a instabilidade postural, sensorial, motora e de locomoção¹¹. Dessa maneira, entende-se que se faz necessário adaptar o ambiente, melhorando a comodidade e conforto do idoso, como demonstrado nas UA seguintes.

[...] só mudou no banheiro, foi colocado uns ferros **(P07)**.

[...] Nos canto da casa, umas borrachas no chão e no quarto eu fiz uma cadeira pra quando ela tiver necessidade **(P24)**.

[...] Mudou também alguma coisa na casa, o quarto dela todinho, que foi adaptado **(P22)**.

[...] teve que fazer reforma no banheiro, suporte para ele segurar **(P08)**.

Em casos de idosos que sofreram AVC, o mesmo após a saída hospitalar, requer cuidados especiais diante de suas necessidades. Assim, uma das maneiras de reorganizar o ambiente para receber o enfermo na volta ao seu domicílio, é realizar algumas adaptações estruturais na casa, com o mobiliário como cama, mesa e cadeira e possíveis equipamentos que possam vir a ser utilizados como a cadeira de rodas ou de banho¹⁴.

Toda a dinâmica, portanto, se altera em virtude da adaptação, ou melhor, da readaptação deste idoso que sofreu AVC ao seu convívio familiar. Vale lembrar, que uma

minoria dos participantes respondeu afirmações quanto a mudanças na estrutura da casa, uma vez que estas alterações envolvem questões ainda do tipo financeiras.

A última categoria, **Não houve modificações na rotina familiar**, evidenciou que alguns cuidadores não consideraram mudanças na família, ou pelo menos, estes não as perceberam em seu contexto familiar. Assim, se vê nas seguintes UA.

Nada mudou na família (P27).

[...] quase nada, os filhos continuam vivendo a vidinha deles, cada um vivendo sua vida, eu é quem cuido dele (P27).

Mudou nada [...] (P28).

Não consegui ver mudança (P28).

[...] tudo igual na família, quem cuida, cuida, quem não cuida, cada um em suas casas (P29).

[...] o que mudou foi pra mim, na família nenhuma mudança, tudo sou eu (P30).

Esses depoimentos, embora tenham sido de poucos participantes, estão em desacordo com os achados da literatura, que apontam predominantemente a dinâmica da família com alterações, em casos de doenças crônicas, inclusive e, especialmente, em casos de AVC. A rede familiar sofre uma desestruturação em sua conjuntura devido ao impacto do processo de adoecimento e, pode vir a apresentar dificuldades, durante a prestação de cuidados ao paciente, após as limitações impostas pelo AVC⁴.

Também sabe-se que uma das modificações existentes na rotina familiar após o AVC, é a inserção de um cuidador que se destina ao apoio do idoso dependente e que pode ainda se sobrecarregar com o excesso de atividades que lhe são atribuídas em face das necessidades da patologia¹⁴.

Alguns pontos de cuidado a serem inseridos como meta para melhora na reabilitação, inclui questões referentes ao autocuidado, controle de eliminações vesicais, cuidado nos processos de pensamento, processos de comunicação, cuidado com a manutenção da integridade da pele, incluindo até o restabelecimento das funções familiares, uma vez que as mesmas podem ser desfavorecidas diante a crise patológica¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ficou exposto que a família que vivencia a situação de após o AVC, em um ente familiar idoso, possui experiências de modificações em sua estrutura e equilíbrio uma vez que requer uma reorganização da rede familiar, a favor do atendimento às necessidades após a

doença. As alterações sofridas pela família são constructos novos, a partir de uma realidade implementada, que se constitui, portanto, no acontecimento do AVC e seus esquemas de adaptação diante das novidades que lhe são apresentadas. Sugere-se, ainda, que se possa utilizar o que de fato o cuidado representa na situação de adoecimento por seu ente familiar, a partir da apreensão de sua realidade vivenciada e que se possa abstrair as dificuldades apresentadas em sua reorganização a fim de atender às demandas do idoso.

É válido, todo tipo de ação da enfermagem no sentido de capacitar o cuidador familiar junto a sua equipe de saúde, no sentido de prepará-lo para as situações adversas no pós AVC, na busca da manutenção do equilíbrio familiar. Crê-se, assim, que a qualidade da assistência no âmbito do domicílio equivale às ações intencionais de educação em saúde que podem e devem ser realizadas pela equipe, tanto a da rede hospitalar, que acolhe o paciente em estado agudo, quanto à da Unidade de Saúde da Família, que preconizadamente, visita e acolhe toda a rede familiar do idoso.

REFERÊNCIAS

1. Curioni C, Cunha CB, Veras RP, André C. The decline in mortality from circulatory diseases in Brazil. *Pan Am J Public Health*. 2009;25(1):9-15.
2. Mackay J, Mensah G. The atlas of heart disease and stroke. World Health Organization; 2004. [acesso em 01 out 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/>
3. Andrade LM et al. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Rev. Esc. Enferm USP* 2009;43(1):37-43.
4. Rodrigues LS, Alencar AMPG, Rocha EG. Paciente com acidente vascular encefálico e a rede de apoio familiar. *Ver Brás Enferm* 2009;62(2):271-277.
5. Fonseca N R, Penna AFG. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008, 3(40):1175-1180.
6. Baía PRP. Doentes com AVC: dificuldades da família. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade Ciências da Saúde. Porto, 2010. Monografia em Meio Eletrônico, [Acesso em 02 agost 2011] Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1851/3/MONO_16599.pdf>.
7. Ohara ECC, Saito RXS. Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade. São Paulo: Editora Martinari, 2008.

8. Morais HCC et al. Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev. Latino Am. Enfermagem* 2012; 20(15): 944-953.
9. Souza CBO et al. Cuidado domiciliar de idosos acometidos por acidente vascular cerebral: cuidadores familiares. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro 2009;17(1):41-5.
10. Rodrigues EAP et al. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. *Rev. Latino Am. Enfermagem* 2013;21(Spec) [Acesso em 06 Jul 2014] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_27.pdf>.
11. Lisboa. Ministério da Saúde/ Direção Geral da Saúde. Viver após um Acidente Vascular Cerebral. Recomendado aos prestadores de cuidados informais. Autocuidados na saúde e na doença. Guia para as pessoas idosas. Lisboa, 2000. [Acesso em 06 Jul. 2014]. Disponível em: <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005652.pdf>>.
12. Mendes PMT. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano [dissertação] São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1995.
13. Eusébio C, Souza L. Intervenção psicoeducativa para doentes idosos com AVC e suas famílias, 2011.
14. Pereira RA et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2013, 47(1): 185-192. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100023>.
15. Souza CB et al. O cuidado domiciliar de idosos acometidos por acidente vascular cerebral: cuidadores familiares. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):41-5.

5.4 TERCEIRO MANUSCRITO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CUIDADO DE IDOSOS DEPENDENTES PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Este manuscrito será submetido à *Revista Latino Americana de Enfermagem*, e foi elaborado conforme as instruções para autores, disponíveis no link: <http://ead.eerp.usp.br/rlae/>

Representações Sociais do familiar sobre o cuidado de idosos dependentes por Acidente Vascular Cerebral

Objetivo: compreender as Representações Sociais do familiar sobre o cuidado de idosos dependentes após Acidente Vascular Cerebral. **Método:** identificação dos conteúdos representacionais, a partir da aplicação de técnicas utilizadas com trinta familiares cuidadores de idosos, cadastrados em Unidades de Saúde da Família de

um município do Estado da Bahia. A produção dos dados engloba a técnica projetiva de desenho - estória com tema e a entrevista individual semi-estruturada; foi utilizada a Técnica de Análise de Conteúdo Temática, fundamentada na abordagem dimensional da Teoria das Representações Sociais. **Resultados:** as representações manifestadas pelos cuidadores foram: o cuidado como obrigação (relacionada à vida conjugal e ao fator geracional), o cuidado como ação, o cuidado como ato de renúncia, e o cuidado como expectativas. **Conclusões:** os conteúdos representacionais foram identificados a partir das interações sociais entre os cuidadores e o idoso após AVC, no contexto familiar, aonde os mesmos constroem modos de pensar referentes ao cuidado realizado. Assim, torna-se exposto todo o processo de reorganização familiar frente à patologia, requerendo suporte da equipe de enfermagem no que diz respeito ao enfrentamento domiciliar do idoso dependente por Acidente Vascular Cerebral.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral; Envelhecimento; Cuidado; Família

Keywords: Stroke; Aging, Care, Family

Palabras clave: Accidente Cerebrovascular; Envejecimiento, Cuidado, Familia

Introdução

Estudo sobre as Representações Sociais - RS do familiar sobre o cuidado de idosos dependentes, após Acidente Vascular Cerebral - AVC, com vistas a oferecer um novo olhar sobre o cuidado oferecido por cuidador primário familiar, no domicílio, a idosos acometidos por essa patologia.

O AVC, se constitui em desordens neurológicas seja de caráter temporário ou contínuo, em intensidades diferentes, que costumam inviabilizar as ações de independência do paciente com relação ao exercício de atividades de vida diária¹.

O período frente a sua alta hospitalar do AVC e o retorno ao lar implica em uma fase de transição entre a cura e o processo do cuidar domiciliar, requerendo da família, habilidades para enfrentar as necessidades atribuídas pela patologia e, evidenciando, o universo do cuidado familiar, o qual se baseia em traços históricos, saberes, hábitos e valores, que se consolidaram em torno do que a mesma concebe por cuidado².

Por familiar cuidador - FC entende-se, a pessoa responsável por lidar com as dificuldades apresentadas pelo enfermo, como questões de mobilização, autocuidado,

comunicação, *déficits* cognitivos e neurológicos, depressão e, até, transtornos da personalidade³.

Grupos sociais tendem a compartilhar ideias, imagens, crenças e maneiras de comunicar-se, sugerindo, assim, que estas direcionam o comportamento dos indivíduos pertencentes a este grupo e familiarizando-se com o não familiar. Percebe-se que o pensamento formulado socialmente se correlaciona mais às convenções e memórias do que propriamente à razão do indivíduo. Isso se atribui mais aos aspectos tradicionais do que ao intelecto ou à percepção corrente⁴.

Destarte, o ato de (re) apresentar, é um modo de transmitir algo que nos parece ser conturbador, do externo para o interno, do distante para o próximo, efetivando-se, assim, pelo afastamento entre conceitos e percepções, tornando o incomum, algo comum ao meio⁴.

O ato de (re) apresentar o cuidar de um idoso familiar, depois deste ter se tornado dependente pelo AVC é percebível no momento em que se concebe a patologia e suas sequelas como algo estranho e perturbador ao equilíbrio familiar. Isso a torna, assim, próxima de si e carente de asserções que possam direcionar o seu comportamento diante da mesma, que no caso, se configura nas ações de cuidar.

Quais as representações sociais da família, sobre o cuidado de idosos, após o AVC?

Objetivo: compreender as Representações Sociais do familiar sobre o cuidado de idosos dependentes após Acidente Vascular Cerebral.

Método

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, que busca a apreensão do senso comum por meio da abstração do imaginário social, de cuidadores primários familiares de idosos dependentes pelo AVC.

O local da pesquisa foi o município de Paulo Afonso/Bahia, tendo como cenário os domicílios de idosos cadastrados na Unidade de Saúde da Família Perpétuo Socorro e na Unidade de Saúde da Família Américo, localizadas na zona urbana da cidade. Participaram da pesquisa trinta cuidadores principais familiares de idosos dependentes, acometidos por AVC cadastrados nas Unidades de Saúde da Família urbanas. Foram excluídos aqueles que após três visitas consecutivas, não foram encontrados no domicílio.

Foi solicitada a colaboração dos agentes comunitários de saúde das áreas, com vistas à familiaridade e maior possibilidade de adesão da clientela ao estudo. Para a coleta dos dados empregou-se a técnica projetiva do desenho-estória e a técnica de entrevista individual semi-

estruturada que ocorreu durante os encontros, previamente agendados, com duração, em média, de uma hora, durante o mês de maio de 2014. Nos encontros, valorizou-se a criatividade dos informantes, disponibilizando além do papel ofício A4, lápis de cor, giz de cera, lápis e borracha, a fim de utilizarem e desenharem o fruto do seu imaginário no papel.

Assim, o material disponibilizado pela pesquisa foi apresentado aos participantes, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e em seguida, foi solicitado a estes que realizassem um desenho sobre o significado do cuidado ao idoso após o AVC. Posteriormente, que contassem uma estória sobre o desenho produzido e, finalmente, que atribuísse um título ao desenho. Após a aplicação da Técnica projetiva foi realizada a entrevista: conte-nos o que representa para você o cuidado oferecido a este idoso após o AVC. Utilizou-se como auxílio um gravador digital de áudio, de maneira a garantir as informações coletadas em armazenamento e confiabilidade.

A produção dos dados gerada pelas estórias e entrevistas foram submetidas à Técnica de Análise de Conteúdo Temática⁵,

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob o protocolo de nº 635.528, em cumprimento à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

Resultados e discussão

A produção dos dados após a Técnica de Análise de Conteúdo Temática deu origem a quatro Categorias (Subcategorias): **Cuidado como obrigação** (Relacionada à vida conjugal; Relacionada ao fator geracional); **Cuidado como ação**; **Cuidado como ato de renúncia**; **Expectativas resultantes do cuidado prestado** as quais são expostas no quadro 1, seguinte.

Quadro 1: Categorias e Subcategorias do estudo Representações Sociais do familiar sobre o cuidado de idosos dependentes por Acidente Vascular Cerebral. Paulo Afonso/BA, 2014

Categoria	Subcategoria	N (%)
1. Cuidado como obrigação (29 UR)	1.1 Relacionada à vida conjugal	11 (27,93%)
	1.2 Relacionada ao fator geracional	18 (62,06%)
2. Cuidado como ação (37 UR)		37 (31,3%)
4. Cuidado como ato de renúncia (22 UR)		22 (18,6%)
5. Expectativas resultantes do cuidado prestado (18 UR)		99,9%

Assim, com base nos dados coletados, expõem-se os conteúdos representacionais identificados e compartilhados por cuidadores primários familiares, na forma de categorias e subcategorias.

Categoria 1: Cuidado como obrigação

Analisando os dados com base nos conteúdos representacionais, percebeu-se que alguns dos participantes representam socialmente o cuidado como um ato de obrigação.

Ficou evidenciado em unidades representacionais, consolidadas na primeira subcategoria, intitulada *Relacionada à vida conjugal*, o cuidado estabelecido como uma troca, uma retribuição em relação a uma convivência afetiva que permanece longevamente, permitindo dessa maneira a atribuição deste significado, conforme exposto nas Unidades de Registro - UR, a seguir.

Representa que eu tenho obrigação (P01)
 [...] eu acho que é obrigação [...] (P02)
 Quero cuidar dele, porque ele foi um bom esposo (P03)

Desse modo, os acontecimentos entre pessoas no cotidiano exigem trocas, evidenciadas por ações e reações a determinados fatos, circunstâncias, dentre outros e, assim, em todo e qualquer lugar a existência de uma familiarização com os acontecimentos, atribuindo significados condizentes com a influência do sistema social.

[...] ele é meu pai, eu tenho que cuidar dele, fazer por ele o que ele não pode fazer (P04)
 Como filha assim, solteira, dentro de casa, no momento que a mãe precisa, o pai precisa, então a gente tem que se dedicar, é uma resposta (P05)

Assim, os familiares cuidadores representaram o cuidar como obrigação, associando ao fato de ter estabelecido uma vida conjugal satisfatória por muito tempo ou por ser filho (a) ou esposa do idoso.

Percebe-se, então, a familiarização do cuidado por obrigação, associado ao fato dos filhos mais novos se tornarem responsáveis pelo cuidado dos mais velhos dentro de casa, ao qual se intitulou no conjunto da subcategoria de *Relacionada ao fator geracional*. Observa-se, assim, nas UR seguintes.

Eu acho que a lei da vida exige isso, o pai é pai em determinado momento, a mãe é mãe em determinado momento e o filho volta a assumir as mesmas [...] (P 06)
 É responsabilidade, é obrigação, é o dever (P07)
 Eu penso que é uma obrigação que a gente tem que fazer isso mesmo, porque já cuidaram da gente quando a gente era pequeno (P08)

Em casos de reorganização familiar, em virtude do adoecimento de algum ente familiar por doença crônica, apresentam-se portanto, repercussões desde a funcionalidade habitual da família até alterações afetivas e financeiras³.

Assim, evidencia-se que nesta substituição de papéis e pelo fato de assumir determinadas atitudes e posturas diante da família, pode haver alterações afetivas que coincidem com a maneira de pensar no cuidado como um ato de obrigação diante da necessidade imposta.

Categoria 2: O cuidado como ação

Nesta categoria os cuidadores detalhe- se o cuidado em seus tipos, que podem ser físicos, emocionais e biológicos. Desse modo, o cuidado se torna uma responsabilidade apropriada pelo familiar cuidador, visando a atender às demandas de necessidade do idoso⁷.

Evidencia-se, portanto, pelas UR, que se seguem.

Eu cuido dele, faço a comida, cuido da roupa, da higiene (P01)
A gente dá banho, ela se seca e a gente veste a roupa dela (P07)
Significa dar comida na hora certa, dar o banho na hora certa, dar medicação na hora certa (P08)

O cuidado veio se desvelando como atenção, assistência direta por meio de banho, alimentação, carinho, atenção. Esta realidade pode ser justificada pela historicidade do cuidar em nossa sociedade, quando em tempos remotos, considerada críticos, algumas pessoas se dedicavam à missão do cuidar, baseadas na solidariedade humana.

Cuidar dele bem, tratar dele (P09)
Cuidar dela é dar atenção a ela, que é assim, só fica nessa cama ai (P09)
É dar carinho, dar atenção, alimentação, remédio, banho, tudo pra mim (P10)
Cuidado pra ele não cair, tiro tudo do meio da casa (P10)
Levo ele prá passear (P01)

O cuidar é um ato considerado pela enfermagem que pode ser compreendido pelo desenvolvimento de ações que se destinam ao outro, por meio do entendimento que este possui necessidades diversas⁸.

Para os participantes da pesquisa, o cuidado foi percebido como ação em si, a partir da ideia de movimentação, de atividades a serem realizadas, atuando entre seres humanos com a finalidade de beneficiar o outro. Deste modo, para os cuidadores de idosos dependentes, o cuidar é desvelado em ações que se destinam a promoção e manutenção da saúde, seja como

estar presente, preparar algo para, prevenir determinada mazela ou até mesmo transmitindo sentimentos, como carinho e atenção, felicidade, satisfação, prazer, amor e privilégio, apreendendo o cuidar como parte da natureza humana.

Em matéria de sentimentos, a qualidade dos mesmos pode ser concebida como incontrollável, uma vez que os tais, ocorrem de maneira súbita a partir de situações que são vivenciadas, consistindo assim em um convite a reações humanas⁹.

(Felicidade) Que eu me sinto feliz em fazer as coisas por ele [...] (P02)
Eu gosto tanto de cuidar de mamãe, fico feliz (P09)

(Satisfação) Pra mim é uma satisfação cuidar da minha mãe quando eu vejo ela doente (P10)
Eu me sinto bem assim, satisfeito pelo fato dela depender de mim (P11)

A partir de vivências então, surgem os sentimentos e bem como as expectativas, estes por tanto, são individuais, inteiramente peculiares a pessoa que vivenciou determinado fato ou situação, sendo assim, torna-se improvável e impossível outro alguém sentir o mesmo abstrato em um mesmo momento, e uma mesma causa¹⁰. “Nesse sentido nossas alegrias, tristezas, amores e ódios são particularmente nossos”¹⁰.

Assim, fica demonstrado nas UR as expressões de sentimentos dos participantes da pesquisa:

(Prazer) [...] eu tenho prazer de fazer as coisas por ele, para ele (P03)
Tenho prazer de cuidar dele, estar com ele todos os dias (P04)

(Amor) Pra mim eu não vejo nem o tempo passar, é esse amor que agente tem por ela (P14)

(Privilégio) Representa uma pessoa muito privilegiada por Deus (P15)

Conta-se ainda que os sentimentos na terceira idade mostram-se mais aflorados e tendenciosos, o que vem requerer do cuidador familiar, um enlace sentimental também com o idoso, no sentido de atender a mais esta necessidade que lhe apetece.

Durante o processo de envelhecimento, naturalmente, as pessoas idosas demonstram a necessidade de mais cuidados, atenção, amor e afeto. Dessa maneira, com os sentimentos aflorados, necessitam de intensificação das relações sentimentais com a família¹¹.

Assim, os sentimentos expostos nas falas acima, demonstram que os cuidadores apresentam sentimentos positivos no ato de cuidar do idoso sequelado de um acidente vascular cerebral, e conseguem estabelecer uma relação contígua de sentimentos com o idoso durante o ato de cuidar.

Categoria 4: Cuidado como Renúncia

Nesta categoria, os participantes expuseram o ato da renúncia, por terem abdicado de outras atividades rotineiras, em favor do cuidado exclusivo ao idoso enfermo. Assim, as UR seguintes, ilustram as objetivações de renúncia.

Eu tenho uma filha que tem câncer, eu não podia nem tá me ausentando (P16)
Meu filho agora vai casar e eu não posso nem ir (P12)

Assim, percebe-se que houve um novo direcionamento de atitude destes cuidadores familiares a partir das alterações vivenciadas no contexto familiar, que no caso se evidencia como renunciar ao trabalho, à vida social e doméstica, em favor do cuidado prioritário.

Eu tive oportunidade de trabalho, mas eu preferi cuidar dela (P29)
Se for prá eu ir numa festa, eu não vou pra ficar com ela (P22)
Deixei tudo por eles, até prá sair de casa (P24)
Na realidade eu estou enclausurado dentro de casa (P25)

Categoria 5: Expectativas resultantes do cuidado prestado

Que eu num quero perder uma pessoa tão ativa como ela (P23)
Sei que a morte vai vir, mas não queria que viesse pra ela (P24)
Cuidar para ela voltar a viver, voltar a andar, ter uma esperança de ela voltar, a esperança (P25)

Na última categoria, obteve-se a exposição de expectativas por parte dos participantes com relação ao estado da doença do seu ente familiar e do resultado do cuidado prestado. Em algumas falas, denota-se a negação da morte, que se relaciona com o desejo manifesto de vida eterna ou de prolongamento, para seu ente querido, como evidenciado a seguir.

O que é que faz pra ela melhorar, o que é que faz pra ela voltar, tudo nesse sentido (P26)
É buscar, pensar, saber que alguma coisa vai dar certo, to cuidando pra ela viver mais (P27)
Mas vamos fazer isso e aquilo porque ela não vai aguentar não (P30)
Ela ta vegetando ali, o que precisar eu vou correr atrás (P30)

O inconsciente dos seres humanos recusa a idéia de morte e assim, quando percebe a possibilidade do seu acontecimento, entende como castigo, logo se o inconsciente não concebe a possibilidade do corpo físico falir em suas funções gerais, entende-se que haverá uma carga de sentimentos negativos frente a situações de risco de vida¹².

Ainda percebe-se que a negação da morte e desejo que a vida seja prolongada, está bastante associada a aspectos religiosos, fazendo-se entender que o cuidado se alia à expectativa de que o idoso enfermo seja restabelecido em saúde, por meios de atos de fé, mitos e credences, como ratificado nas UR seguintes.

Através dos depoimentos, percebe-se a atribuição de valor à espiritualidade no momento em que se apegam a crenças religiosas, imaginados como forças maiores no sentido de solucionar problemas ou amenizar dor, crendo que através da fé conseguirá o idoso possa a vir totalmente ser restabelecidos das sequelas advindas do AVC.

A fé se relaciona desse modo, com a atitude de confiar, acreditar, apostar em algo ainda que sem a mínima certeza de que realmente possa acontecer mudanças.

Acreditar em tudo pra ter uma melhorar até banho de cumpinzeira (P12)
 Diz que banho de num sei o que é bom, manda buscar, cumpinzeira é bom, manda buscar (P12)
 Se Deus quiser, peço muito a Deus (P25)
 Eu sou evangélica, eu peço muito a Deus, que Deus tire ele dessa cama porque é muito ruim a pessoa ficar numa cama direto que nem ele vive (P25)

Neste pressuposto, compreende-se a singularidade do ser humano e a não possibilidade de generalização de sentimentos, valorizando-os de acordo a peculiaridade de cada cuidador, em seu contexto de vivência com AVC. Assim, percebe-se ainda a necessidade da enfermagem atuar na perspectiva de cuidar do cuidador do idoso dependente, vislumbrando o mesmo como um ser inteiramente global e desse modo, influenciado por fatores de cunho objetivos e subjetivos.

Considerações finais

Este estudo oportunizou a identificação dos conteúdos representacionais do cuidado, a partir das influências estabelecidas no contexto familiar, por cuidadores primários que se destinaram a esta missão, no domicílio.

Pode-se compreender que as circunstâncias vivenciadas são apreendidas por cada indivíduo de forma diferenciada e depende de seus traços culturais, sociais, de educação, dentre outros. A situação do cuidado ao doente após Acidente Vascular Cerebral implica em modificações na dinâmica familiar, requerendo estratégias de reorganização desse grupo. Neste momento, se entrelaçam todas as percepções, modo de viver, cultura, hábitos, tradições e que, por fim, são partilhados entre os componentes do grupo de pertença.

Espera-se que o estudo sobre o cuidado abordando a TRS, possa colaborar no elucidar questões e servir de aporte para ações resolutivas, no que diz respeito ao olhar direcionado ao

familiar cuidador, já que se compreende todo seu ciclo e suas modificações diante do quadro patológico do AVC que foi estabelecido. É necessário ainda, que as equipes de saúde, em especial as equipes de saúde da família se proponham a realizar capacitações com os cuidadores familiares de idosos após AVC, assim que estes retornem ao seu domicílio, inserindo-o nas atividades de saúde domiciliares o que, possivelmente, melhorará a qualidade da assistência oferecida por esses cuidadores.

Referências

1. Brito ES, Rabinovich EP. Dessarumou tudo! O impacto do acidente vascular encefálico na família. *Saúde Soc. São Paulo* 2008;17(2):153-169.
2. Rodrigues RAP et al. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. *Rev. LatinoAm. Enfermagem*. 2013;21(Spec):[09 telas].
3. Fonseca NR, Penna, A FG. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2008;13(4):1175-1180.
4. Moscovici S. *Representações Sociais: investigações em Psicologia Social*. Psicologia Social. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2004.
5. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
6. Silva LSS et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re) descoberta na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2005;58(4):471-475
7. Erdmann AL. O sistema de cuidados de enfermagem: sua organização nas instituições de saúde. *Texto & Contexto Enferm* 1998; 7(2): 52-69.)
8. Davidoff LL. *Introdução à Psicologia*. Tradução: Lenke Perez. 3ªed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2001.
9. Skinner BF. *Ciência e Comportamento Humano*. Tradução: João Carlos Todorov; Rodolfo Azzi. 10ªed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
10. Espítia AC, Martins JJ. Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2006;35(1):52-59
11. KUBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar à médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes*. 8º ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
12. Freitas MC et al. Perspectivas da pesquisa em gerontologia e geriatria: revisão de literatura. *Rev. Latinoam. Enfermagem* 2002;10(2):221-8.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apreensão das representações sociais sobre o cuidado ao idoso dependente no contexto familiar se desvelou no significado atribuído pelo familiar ao cuidado, no conhecimento do perfil sócio-demográfico dos cuidadores, bem como, das modificações ocorridas em seu ambiente após o Acidente Vascular Cerebral. Isso permitiu alcançar os objetivos propostos pela pesquisa e perceber que os pressupostos em que a mesma se norteou serviram de base para compreensão dos achados.

Ao analisar as representações reveladas pelos cuidadores foi possível compreender que estas foram elaboradas a partir da vivência de cada familiar com o idoso que se tornou dependente, após a enfermidade e, também, fruto da influência de sua história sócio, econômica e cultural.

Os conteúdos representacionais manifestados são colheitas de um pensamento social enraizado, vinculados em sua maioria a aspectos culturais, de tradição e, também, religiosos. Em suma, apreende-se que as representações realmente norteiam o comportamento humano, pois a partir desses conteúdos, cada familiar percebe o cuidado desse modo e se torna verdadeiramente cuidador, tendo como ponto de partida essa premissa representacional.

É interessante que os profissionais da saúde conheçam um pouco sobre esta realidade dos cuidadores e como estes a representam, de modo a intervir com as ações de capacitação na rede familiar do idoso que foi acometido por AVC, não se restringindo somente ao cuidado do enfermo.

O cuidado foi relacionado também ao fator geracional, impendendo a idéia de que os filhos precisam retribuir os cuidados que receberam dos pais durante toda sua vida, no momento de fragilidade e/ou dependência destes e relacionado ao fator vida conjugal, considerando-o como uma retribuição de afeto ao esposo (a) exemplar, nos anos de cumplicidade juntos.

Alguns cuidadores representaram o cuidado como manifestação de sentimentos, como alegria, prazer, satisfação, amor, privilégio, enquanto outros representaram este cuidado como ato de renúncia, por abdicar de sua vida pessoal, doméstica e profissional para se dedicar exclusivamente ao idoso dependente.

O cuidado ainda foi representado como expectativas de prognóstico do paciente, demonstrado em negação da morte ou cuidado aliado a aspectos religiosos.

Conclui-se, portanto, com o incentivo de capacitação da rede familiar, ainda no ambiente hospitalar com o idoso internado, desde já orientando em relação às condutas básicas do cuidado em domicílio, de maneira a treinar o cuidador nessas habilidades, caso este não tenha curso específico na área. Os resultados deste estudo podem beneficiar a lacuna existente na literatura, voltada a aspectos representacionais do cuidar, incentivando o enfoque na habilitação da família à prestação do cuidado, visto que este papel já é historicamente a ela atribuído em nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

ABRAMCZUK, B.; VILLELA, E. A luta contra o AVC no Brasil. Reportagem. **ComCiência**, nº 109, Campinas, 2009.

ALVES, L. C. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago, 2007.

ANDRADE, L. M. et al. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v. 43, n.1, p. 37-43, 2009.

BAÍA, P. R. P. **Doentes com AVC**: dificuldades da família. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade Ciências da Saúde. Porto, 2010. Monografia em Meio Eletrônico, disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1851/3/MONO_16599.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Consulta Pública nº 07, de C3 de novembro de 2011**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consulta_publica_AVC.pdf>. Acesso em 10 jun. 2013.

_____. Consulta Pública nº07, de 03 de novembro de 2011. Ministério da Saúde. **Implantando a Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral - AVC na rede de atenção as urgências**. Secretaria de Atenção Especializada. Departamento de Atenção Especializada. Brasília, 2011.

_____. **Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 08 out. 2013.

_____. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de Rotinas para Atenção ao AVC**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRITO, E. S.; RABINOVICH, E. P. Dessarumou tudo! O impacto do acidente vascular encefálico na família. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.2, p.153-169, 2008.

BRITO, F. V. S. **Representações Sociais da prática do enfermeiro entre usuários do Programa Nacional de DST e AIDS.** Dissertação [Mestrado] Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro Biomédico. Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2009.

BRUM, A. K. R.; TOCANTINS, F. R.; SILVA, T. J. E. S. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1019, 26 nov-dez/2005.

CANCELA, D. M. G. **O Acidente vascular Cerebral – classificação, principais consequências e reabilitação.** Universidade Lusíada do Porto, 2008.

COUTINHO, M. P. L. et al. **Representações Sociais.** Abordagem Interdisciplinar. Editora Universitária/UFPB. João Pessoa, 2003.

COUTINHO, M. P. L.; NÓBREGA, S. M.; CATÃO, M. F. M. Contribuições teórico-metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das representações sociais. In: COUTINHO, M. P. L.; LIMA, A. S.; FORTUNATO, M. L.; OLIVEIRA, F. B.; (orgs.) **Representações sociais: abordagem interdisciplinar.** João Pessoa (PB): Editora Universitária UFPB; 2003. p.50-66.

COUTINHO, M. P. L. **Depressão Infantil e Representação Social.** 2. ed. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2005.

COUTINHO, M. P. L; SARAIVA E. R. A. **Métodos de pesquisa em psicologia social: Perspectivas qualitativas e quantitativas.** João Pessoa: Editora Universitária, 2011.

ERDMANN, A. L. et al. As interfaces do cuidado pelo olhar da complexidade: um estudo com um grupo de pós graduandos em enfermagem. **Enferm**, v. 9, n. 3, p. 411-20, dez. 2005.

EUSÉBIO, C.; SOUZA, L. **Intervenção psicoeducativa para doentes idosos com AVC e suas famílias,** 2011.

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. **Ciênc. saúde coletiva**, v.13, n.4, p. 1175-1180, 2008.

FORTUNATO, M. L. (Orgs). **Representações sociais: abordagem interdisciplinar.** João Pessoa: Editora universitária, UFPB, 2003. p. 50-66.

FREITAS, M. C. et al. Perspectivas da pesquisa em gerontologia e geriatria: revisão de literatura. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 221-8, 2002.

GARRITANO, C. R. et al. Análise da Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Brasil no Século XXI. **Arq Bras Cardiol**. v. 98, n. 6, p. 519-27, 2012.

GREY, M. Métodos de Coleta de Dados. In: LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**. Trad.: Ivone Evangelista Cabral. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2001.

GROENINGA, G. C. **Direito e Psicanálise – Rumo a uma nova epistemologia**. Rio de Janeiro: Imago, 2003, p. 125.

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em Representações Sociais**. 11. Ed. Petrópolis, RJ: VOZES, 2009.

HABER, J. Amostragem. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**. Tradução: Ivone Evangelista Cabral. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. População 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=290060>>. Acesso em: 23 set. 2013.

JEDE, M.; SPULDARO, M. Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 413-421, set./dez., 2009.

JODELET, D. **Loucuras e Representações Sociais**. Psicologia Social. Petrópolis, RJ. Vozes, 2005.

LEITE, H. R.; NUNES, A. P. N.; CORRÊA, C. L. Perfil epidemiológico de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na Estratégia de Saúde da Família em Diamantina, MG. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 34-9, jan./mar., 2009.

LEITE, M.; SILVA, A. **AVC hemorrágico**. Junho de 2008. Disponível em: <<http://pt.shvoong.com/medicine-and-health/pathology/1820066-avc-hemorr%C3%A1gico-fisiopatologia-manifesta%C3%A7%C3%B5es-cl%C3%ADnicas/>>. Acesso em: 07 fev. 2011.

MACHADO, A. L. G.; BESSA JORGE, M. S.; FREITAS, C. H. A. A vivência do cuidador familiar de vítima de Acidente Vascular Encefálico: uma abordagem interacionista. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 246-51, mar-abril, 2009.

MARQUES, A. K. M. C. et al. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p 945-955, 2011.

MARQUES, S. et al. O idoso após acidente vascular cerebral. alterações no relacionamento familiar. **Rev. Latino-am Enfermagem**. Mai/jun; 14(3), 2006.

MENDES, P. M. T. **Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano**. Dissertação. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1995.

MINAYO, M. C. S. In: DESLANDES, S. F. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Revista e atualizada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MONTEZUMA, C. A.; FREITAS, M.C.; MONTEIRO, A. R. M. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 395-404, 2008.

MORAES, E. N. de; MORAES, F. L. de; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.

MORAES, E. N. **Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORESI, E. **Metodologia da pesquisa**. Universidade Católica de Brasília - UCB. Pró-Reitoria de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão do Conhecimento e tecnologia da Informação. Brasília-DF, 2003.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em Psicologia Social**. Psicologia Social. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

_____. **Representações Sociais**. Investigações em Psicologia Social. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NAZAR, T. R. N. **Representações Sociais de professores dos anos finais do ensino fundamental sobre transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)**. Dissertação [Mestrado]. Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2011.

NERI, A. L.; SOMMERHALDER, C. **As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador**. Campinas: Alínea Editora, p. 9-63, 2006.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. São Paulo: Ed. Martinari, 2008.

PACHECO, L. J. O cuidador: sua instância e sua experiência. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: Editora Interciência, 2004.

PATROCINIO, W. P.; PEREIRA, B. P. C. Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, ago. 2013.

PENHA, A. R. B.; NEVES, F. J. T. **O direito de família perante o surgimento das relações familiares**. UNIVALE, 2012.

PEREIRA, R. A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com Acidente Vascular Cerebral. **Rev. Esc Enf USP**, v. 47, n. 1, p.185-92, 2013.

PIASSAROLI, C. A. P. et al. Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquêmico. **Rev. Neurocienc**, v. 20, n. 1, p.128-137, 2011.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Ranking IDHM Municípios 2010**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>>. Acesso em: 23 set. 2013.

_____. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil, 2013**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/paulo-afonso_ba>. Acesso em: 20 maio 2014.

RIBEIRO, A. M. A. **A conduta da equipe de enfermagem diante de um cliente com acidente vascular cerebral**. Publicado em 10/10/2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/26187/1/a-conduta-da-equipe-de-enfermagem-diante-de-um-cliente-com-acidente-vascular-cerebral/pagina1.html#ixzz1CthawtBiartigos.com>>. Acesso em: 03 agos. 2011.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: Métodos e Técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, C. R. F. Famílias como unidade do cuidado em saúde, subsídios para o ensino/prática em graduação. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da Família: considerações Teóricas e Aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

RODRIGUES, L. S.; ALENCAR, A. M. P. G.; ROCHA, E. G. Paciente com acidente vascular encefálico e a rede de apoio familiar. **Rev. bras. Enferm.**, v. 62, n. 2, p. 271-277, 2009.

ROMAO, C. **Abordagens qualitativas de pesquisa**. Artigos científicos. Copyright, 2004.

SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SANTOS, N. M. F.; TAVARES, D. M. S. Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 46, n. 4, p. 960-6, 2012.

SCARDUA, A; FILHO, E. A. S. Analisando Representações Sociais através de elementos gramaticais: compondo representações sobre música. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 374-381, 2010.

SOUZA, C. B. O. et al. cuidado domiciliar de idosos acometidos por acidente vascular cerebral: cuidadores familiares. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 1, p. 41-5, Rio de Janeiro, jan./mar. 2009.

TAVEIRA, I. M. R. **Representações Sociais da Qualidade de Vida no Trabalho**. Curitiba: Editora CRV, 2013.

TEIXEIRA, L. C.; NEVES, F. J. T. **Algumas considerações sobre o parentesco e a relação familiar**. UNIVILLE, 2012.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. Saturação em Pesquisa Qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**. 2009. Disponível em: <http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf>. Acesso em: 25 agos. 2013.

TORRES, G. V. et al. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 19-30, jan./mar. 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2006.

TURA, L. F. R.; MOREIRA, A. S. P. **Saúde e Representações Sociais**. João Pessoa; Editora UFPB, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A: ROTEIRO DO DESENHO-ESTÓRIA COM TEMA

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA**

ROTEIRO DA TÉCNICA PROJETIVA- DESENHO-ESTÓRIA

- 1 Faça um desenho sobre o significado do cuidado ao idoso após o AVC
- 2 Escreva uma estória sobre seu desenho constando início, meio e fim
- 3 Dê um título a estória

APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevistado _____ Nº _____ (ou _____ codinome)

Data: _____ Hora: Início _____ Fim _____

DADOS PESSOAIS:

Sexo: () Masculino () feminino

Situação marital: () com companheiro () sem companheiro

Crença religiosa: () sim. Qual: _____ () não

Idade: _____ Escolaridade: especificar: _____

Algum curso específico na área da saúde () sim () não
Qual? _____

Parentesco _____ com _____ o
idoso _____

Profissão/Ocupação _____ (antes):

Profissão/Ocupação _____ (atual):

Renda pessoal: _____ Renda familiar: _____

Tempo _____ de _____ cuidador _____ familiar
_____ (dias/meses/anos)

QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Conte-nos o que representa para você o cuidado oferecido a este idoso após o AVC.
2. Quais as mudanças ocorridas na família a partir da prestação de cuidado a este idoso?

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde)**

Prezado(a) Senhor(a):

Sou **Jamile Guerra Fonseca**, estudante do mestrado em Enfermagem do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, e juntamente com minha orientadora, Rita Narriman da Silva de Oliveira Boery, professora deste mesmo Programa de Pós Graduação estou realizando a pesquisa sobre **“Representações Sociais sobre o cuidado de idosos dependentes no contexto familiar”**. Estamos convidando o(a) senhor(a) para participar da nossa pesquisa, que tem como objetivo: Apreender as Representações Sociais sobre o cuidado de idosos, após Acidente Vascular Cerebral, no contexto familiar. Ao concordar com a participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá estar à disposição para responder as perguntas por meio de um questionário. Durante a realização existe o risco de alguma pergunta lhe causar constrangimento ou incômodo, ficando o(a) senhor(a) à vontade para não responder tal pergunta. Sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades. A sua identidade será mantida em sigilo, somente o pesquisador responsável e colaboradores terão acesso a estas informações identificadas. Qualquer relatório ou publicação que seja resultado deste trabalho, a sua identificação não será revelada. O(A) senhor(a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento e caso precise de mais informações sobre a ela, pode entrar em contato com Jamile Guerra Fonseca e Rita NarrimanBoery no endereço da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia, pelo telefone (73) 3528-9738 (Mestrado em Enfermagem e Saúde) ou e-mails: jam_fonseca@hotmail.com ou rboey@gmail.com. Ou ainda, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, no mesmo endereço indicado anteriormente, telefone (73) 3528-9727. Caso aceite participar livremente deste estudo, por favor, assine comigo este termo de consentimento em duas vias, sendo que uma ficará com o(a) senhor(a). Agradeço sua atenção!

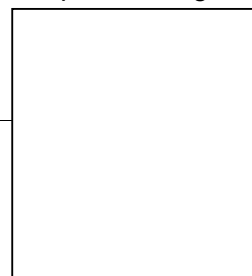
Nome completo: _____

Assinatura da Participante _____

Assinatura _____ do _____ Pesquisador

Paulo Afonso/BA, ____ / ____ / ____

Impressão digital



ANEXOS

ANEXO A: CARTA DE APRESENTAÇÃO AO CAMPO

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



Of. PPGES nº.28/2014

Jequié, 07 de abril de 2014.

Ilmo. Alexei Vinicius da Silva
Secretário de Saúde

Senhor Secretário,

Apresentamos a V.Sª. a mestranda Jamile Guerra Fonseca, orientanda da professora Drª. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES, (Nível de Mestrado), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, para realização da coleta de dados do Projeto de Pesquisa “*Representações sociais sobre o cuidado de idosos dependentes no contexto familiar*”.

Atenciosamente,

Prof. Drª. Alba Benemérita Alves Vilela
Coordenadora do PPGES.

ANEXO B: OFÍCIO DE LIBERAÇÃO DO CAMPO

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, Alexei Vinicius da Silva, ocupante do cargo de secretário de saúde do município de Paulo Afonso/BA, **AUTORIZO** a coleta de dados do projeto "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CUIDADO DE IDOSOS DEPENDENTES NO CONTEXTO FAMILIAR" dos pesquisadores: Jamile Guerra Fonseca e Rita Narriman Silva de Oliveira Boery após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Paulo Afonso, 19 de Maio de 2014

ASSINATURA: _____

CARIMBO:

Alexei Vinicius da Silva
Secretário Mun. de Saúde

ANEXO C: PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CUIDADO DE IDOSOS DEPENDENTES NO CONTEXTO FAMILIAR

Pesquisador: Jamile Guerra Fonseca

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 24448314.6.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 635.528

Data da Relatoria: 25/04/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo das Representações Sociais da família sobre o cuidado de idosos dependentes, após Acidente Vascular Cerebral, que pretende encontrar subsídios que possam favorecer o entendimento das alterações sofridas por essas famílias. As doenças cerebrovasculares estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo. E compreende-se que em situações de processo saúde-doença, a estrutura familiar sofre

alterações em seu cotidiano, surgindo nesse contexto o cuidador familiar. Assim, este estudo tem por objetivo geral: Apreender as Representações Sociais da família sobre o cuidado de idosos dependentes, após Acidente Vascular Cerebral; e específicos: Averiguar as principais limitações decorrentes do Acidente Vascular Cerebral e suas repercussões para os idosos sob a ótica do cuidador; Descrever as mudanças ocorridas no contexto familiar, a partir da implementação do cuidado ao idoso dependente; Caracterizar as dimensões das Representações Sociais do cuidado no contexto familiar de idosos dependentes, após Acidente Vascular Cerebral. Esta é uma pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, abrangendo multimétodos para realização da coleta e análise de dados; para tanto, será utilizada a

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequezeinho **CEP:** 45.208-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-8727 **Fax:** (73)3526-6683 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 635.528

técnica projetiva de desenho-estória com tema e a entrevista individual semi-estruturada. Os dados de cada técnica utilizada serão processados pela análise de conteúdo temática e em seguida, será feita a triangulação dos

dados obtidos nessas diferentes técnicas. Os participantes serão aproximadamente dez cuidadores de idosos dependentes, acometidos por AVC. Os critérios de inclusão serão: cuidador familiar principal, de idosos dependentes, acometidos por acidente vascular cerebral(AVC) e cadastrados em Unidades de Saúde da Família do município de Aiquara/Bahia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Apreender as Representações Sociais da família, sobre o cuidado de idosos dependentes, após Acidente Vascular Cerebral, no contexto familiar.

Objetivo Secundário:

Averiguar as principais limitações decorrentes do Acidente Vascular Cerebral e suas repercussões para os idosos sob a ótica do cuidador. Descrever as mudanças ocorridas no contexto familiar, a partir da implementação do cuidado ao idoso dependente. Caracterizar as dimensões das Representações Sociais do cuidado no contexto familiar de idosos dependentes, após Acidente Vascular Cerebral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo as pesquisadoras durante a realização do estudo, poderá existir para os participantes algum "risco de alguma pergunta lhe causar constrangimento ou incômodo, ficando o (a) senhor (a) à vontade por não responder tal pergunta".

Quanto aos benefícios, referem que haverá " preenchimento da lacuna da literatura referente a temática. Direcionamento da tomada de decisão de profissionais e familiares no cuidado a idosos pós AVC".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa extremamente relevante e os resultados do estudo poderão subsidiar as práticas dos cuidadores e as ações dos gestores e profissionais de saúde no intuito da melhoria da qualidade de saúde tanto do idoso como do cuidador.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jaquiezinho CEP: 45.208-510
UF: BA Município: JEQUIÉ
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cequsb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 636.628

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pesquisadoras apresentaram todos os termos obrigatórios para a submissão do projeto ao CEP-UESB.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu às recomendações do relator.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprova ad referendum o parecer do relator em 05.05.2014

JEQUIE, 05 de Maio de 2014

Assinador por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequezedinho

CEP: 45.208-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3526-8683

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com