

EMÍLIA NALVA FERREIRA DA SILVA

**A ENFERMEIRA E A FAMILIAR CUIDADORA:
UNINDO SABERES NO CUIDADO AO IDOSO**

FLORIANÓPOLIS

2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL - UFSC/UFPEL/FURG/URCAMP/APOIO
FAPERGS

A ENFERMEIRA E A FAMILIAR CUIDADORA:
UNINDO SABERES NO CUIDADO AO IDOSO

EMILIA NALVA FERREIRA DA SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Rosita Saupe

FLORIANÓPOLIS

2001

Florianópolis - SC

**A ENFERMEIRA E A FAMILIAR CUIDADORA:
UNINDO SABERES NO CUIDADO AO IDOSO**

EMÍLIA NALVA FERREIRA DA SILVA

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de ;

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 20 de fevereiro de 2001, atendendo às normas de legislação da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração - Assistência de Enfermagem.

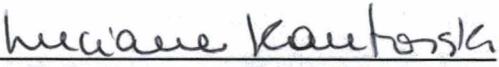


Prof.ª D.ª Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Prof. Dr.ª Rosita Saube
Presidente



Prof. Dr.ª Luciane Prado Kantorski
Membro



Prof.ª Dr.ª Maria Tereia Leopardi
Membro

Prof. Dr.ª Flávia Regina Souza Ramos
Membro Suplente

DEDICATÓRIA

I

Aos meus pais Julio e Emília (in memorian), eu os amo, vocês estarão sempre presentes na minha lembrança. Mãe, sua luta na vida e pela vida foi grande. Soubeste incentivar e profissionalizar todos os seus filhos, sendo mãe, professora, educadora e grande mestra. Pai, seu incentivo e apoio foram fundamentais na minha vida. Sou profundamente grata por entender minhas ausências, quando não pude estar sempre ao seu lado. Confesso, foi maravilhoso ter sido filha de vocês e conseguido compartilhar dos seus envelhecer. “Saudades”.

As tias Laura e Iracildes “Nita” (in memorian), compartilhei com vocês, todos os momentos da minha vida. Vocês também, foram muito importante na minha formação.

Aos idosos que compartilharam e ensinaram suas experiências de vida.

À Rosita Saupe, mestra, orientadora, educadora e amiga. O meu carinho, respeito e reconhecimento eterno, por ter acreditado em mim e pelo valioso apoio para ultrapassar os meus limites.

À Denildes, minha amiga, companheira e colega. Você é uma pessoa incansável e maravilhosa. Ao longo da vida, nessas décadas de convivência, mais uma vez, foi muito bom ter compartilhado do seu saber, da sua amizade e do seu carinho.

À Luciane e à Tetê, pela disposição de querer ajudar-me a vencer mais um desafio. Tenho um carinho especial por vocês.

À Lia, querida “mana” e companheira de sonhos e projetos de vida. Minha eterna gratidão.

Ao Manoel, Júlio e Estevam, meus “manos”, pelo amor que nos une.

Aos meus sobrinhos, meus eternos amores.

Ao Juarez, obrigado pela compreensão, apoio e estímulo. Você soube ser amigo e companheiro, estando sempre próximo.

À Rosani e Marilú pela disponibilidade, dedicação e carinho dispensados.

À Tânia, pela dedicação e amizade. O meu carinho e reconhecimento.

Às amigas e colegas do Curso de Mestrado, pelo convívio, conhecimento e experiência durante esta caminhada.

Aos professores, funcionários e alunos da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, pelo apoio e estímulo.

Aos amigos e colegas da Comissão Permanente de Pessoal Docente (C.P.P.D.), pela disponibilidade de querer ajudar.

À Vinícius e Amália, meus amores.

Aos meus compadres José Antonio e Valquíria, pela amizade e solidariedade sem limites.

À minha comadre e amiga Solange, meu reconhecimento e gratidão pelo companheirismo, carinho e espírito de ajuda nos momentos delicados da minha vida.

À Salette com carinho.

À Bitiza, meu muito obrigado, parte desta vitória também é sua.

À Magda e à Aline, pela paciência e amizade.

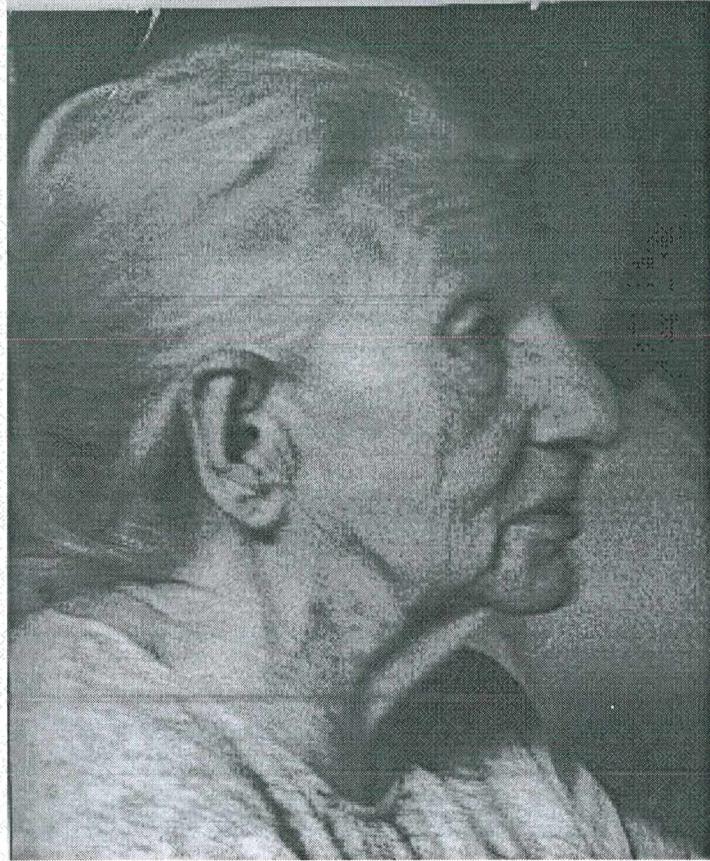
Aos profissionais da Unidade de Saúde, pelo apoio e por acreditarem que existem outras alternativas do cuidado ao ser humano.

À Universidade Federal de Santa Catarina, por oportunizar o Mestrado Interinstitucional.

O presente estudo trata dos referenciais teóricos, da metodologia, das ações e modos de ações que permearam a prática de cuidado de enfermagem a um idoso, compartilhada com sua familiar cuidadora, no seu domicílio. Através do processo de enfermagem, operacionalizaram-se ações de cuidado fundamentadas na Teoria Transcultural de Madeleine Leininger. A narração e a avaliação da experiência vivida levam-me a concluir que a aplicação do marco de referência é adequado ao desenvolvimento do processo de cuidado integrado por ações ético-educativas, em consonância com as concepções culturais do ser humano idoso e da familiar cuidadora.

This study examines the theoretical frameworks, the methodology, the actions and modes of actions that have pervaded the nursing practices of caretaking of an aged person, shared with his family caregiver, at his household. Through the nursing practices, actions of care based on Madeleine Leininger's Transcultural Theory were made operational. Reporting and assessing the experience lived leads me to the conclusion that the theoretical framework is adequate to the development of the care process, integrated by ethical-educational actions, in consonance with the cultural concepts of the aged human being and of the family caregiver.

1.	INTRODUÇÃO.....	11
2.	REFLETINDO SOBRE A CULTURA E A TERCEIRA IDADE.....	18
2.1.	CULTURA.....	18
2.2.	TERCEIRA IDADE.....	20
3.	MARCO DE REFERÊNCIA.....	27
3.1.	CONCEITOS DA TEORIA TRANSCULTURAL DE LEININGER.....	29
3.2.	CONCEITOS DO MARCO DE REFERÊNCIA.....	33
4.	METODOLOGIA.....	37
4.1.	CENÁRIO DO ESTUDO.....	37
4.2.	PROCEDIMENTOS PARA À PRÁTICA.....	43
4.3.	PARTICIPANTES.....	49
4.4.	MÉTODO DE REGISTRO DE DADOS.....	51
4.5.	ABORDAGEM ÉTICA.....	52
4.6.	PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	53
4.6.1	<i>Levantamento de Dados.....</i>	54
4.6.2	<i>Diagnóstico de Enfermagem.....</i>	55
4.6.3	<i>Plano/Implementação do Cuidado.....</i>	55
4.6.4	<i>Avaliação do Cuidado de Enfermagem.....</i>	55
5.	DESCRIÇÃO, ANÁLISE E AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADO.....	57
5.1.	NARRAÇÃO E REFLEXÃO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA.....	57
5.2.	AVALIAÇÃO DO CUIDADO PROFISSIONAL.....	76
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92
	ANEXOS.....	100



Capa: Cora Coralina

Fonte; <http://www.angelfire.com/la2/poeta/goianeiros.html>

O Cântico da Terra

Eu sou a terra, eu sou a vida.
Do meu barro primeiro veio o homem.
De mim veio a mulher veio o amor.
Veio a árvore, veio a fonte.
Vemo fruto e vem a flor.
Eu sou a fonte original de toda vida.
Sou o chão que se prende à tua casa.
Sou a telha da coberta do teu lar.
A mina constante de teu poço.
Sou a espiga generosa de teu gado
E certeza tranqüila ao teu esofrço.
Sou a razão de tua vida....

1. INTRODUÇÃO

A enfermeira e a familiar cuidadora, unindo saberes no cuidado ao idoso, espelham o desenvolvimento de um estudo circunscrito à descrição e avaliação das etapas que permearam uma prática de cuidado a um idoso, experiência vivida quando cursava a disciplina de Prática Assistencial, integrada a Aspectos Éticos e Educacionais da Assistência de Enfermagem.

Falar de idoso significa falar sobre um ser humano forte. Forte, por conseguir percorrer a estrada da vida, com os seus desafios e obstáculos e, ainda assim, embora às vezes com muitos arranhões, chegar a uma idade que delimita a última etapa do existir biológico. É um forte: pela meiguice cativante emanada do seu olhar e dos seus gestos; e pela persistência em sobreviver, convivendo tanto com as descrenças das pessoas em relação ao seu potencial humanístico, como com a visão individual distorcida, possivelmente em decorrência do valor social atribuído à terceira idade, no contexto em que vive.

O interesse profissional pelo idoso manifestado nesta dissertação decorre da vontade de contribuir para o enriquecimento da literatura sobre o assunto, com vistas a oferecer mais uma alternativa de cuidado, a um ser humano que, em razão da debilidade orgânica, está sujeito às mais variadas situações de saúde e de doença, requerendo, assim, uma assistência em todas as facetas de sua totalidade.

Salienta-se não ser a primeira vez em que esse assunto é enfocado, outros colegas demonstraram, também, sensibilidade com a perspectiva de proporcionar assistência de qualidade ao idoso, através de estudos como os de Rodrigues (1993,1996), Lenardt (1996), Silva (1996), Sandri (1997), Gonçalves (1992, 1994, 1997), Caldas (1998), Santos (1997), entre tantos outros.

Estes estudos, desenvolvidos por enfermeiros vem demonstrar que os profissionais da área abraçaram a idéia de que a atenção à saúde na terceira idade requer um atendimento centrado em estratégias que ultrapassem a concepção assistencial, respaldada na prevenção e tratamento de doenças. Há necessidade de se atender ao idoso, contemplando os aspectos que o ajudem a sentir-se saudável, participante, cidadão e com bem-estar e qualidade de vida.

Essa disposição do enfermeiro em colocar o idoso no centro de sua atenção, parece mostrar que é um profissional atualizado com as metamorfoses sociais e alerta às novas diretrizes de assistência no Brasil. Tal demonstração de interesse progressivo com a atenção ao idoso é relevante e pertinente, se considerarmos que a perspectiva de longevidade do ser humano, no nosso país, impõe a necessidade de um novo olhar para esta população.

Esta percepção remete, novamente, ao interesse pelo idoso. A sua pertinência reconduz ao exercício da profissão, à qual se propõe resgate.

Desde o início deste trabalho, venho tentando demonstrar todo o respeito e carinho que tenho pela pessoa idosa. Esses sentimentos remontam à infância, e traz lembranças da figura da minha avó, a matriarca da família. Todas as ações e decisões eram sempre submetidas à sua apreciação. Naquela época, os idosos eram vistos como pessoas sábias, merecedoras de respeito. Essa era a representação.

A referida representação acompanhou-me na adolescência e foi reforçada

pela convivência com outras pessoas idosas, como meus pais e minhas tias, com os quais compartilhei os melhores momentos da vida. Aprendi que, como qualquer ser humano, o idoso tem conceitos, valores, princípios e uma visão de mundo que deve ser respeitada. Esta visão foi transportada para a vida profissional, nas ocasiões em que tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem às pessoas desta faixa etária.

Vale salientar que, apesar da afeição pela pessoa idosa, não havia, de minha parte, um interesse claro em direcionar minhas ações profissionais para estas pessoas, embora a predileção em prestar assistência às pessoas adultas, levando, muitas vezes, a escolher os idosos, como alvo do meu cuidado.

Quando iniciei na docência, há cerca de mais ou menos 22 (vinte e dois) anos, existiam disciplinas que, pela flexibilidade de abordagem, oportunizavam a inclusão do tema “idoso” no seu conteúdo, em forma de seminário. Lembro que o tema era desenvolvido de forma superficial e com enfoque na doença.

Ao refletir que, há duas décadas atrás, não existia um movimento de redefinição dos conceitos do ser idoso, da mesma forma como vem ocorrendo na atualidade, pode-se encontrar explicação para o enfoque que as disciplinas davam ao assunto. Parecia não haver, entre os docentes, a compreensão de que o idoso é um ser humano que pensa, percebe, sente, decide, tem crença e valores que lhe são próprios; é um ser que vive num ambiente físico e sócio cultural; tem uma representação pessoal de saúde e doença e necessidade de cuidado que vá ao encontro de seus reais interesses humanos e contribua para melhorar a sua qualidade de vida; pela sua singularidade, apresenta uma diversificação de aptidões e sentimentos, que podem se aproximar, ou não, daqueles apresentados por outros seres humanos de faixas etárias diversas.

 A visão da pessoa idosa como um ser humano frágil parece que era reforçada até pela organização do sistema de saúde, que, na época, favorecia o

encontro do profissional com o idoso no âmbito hospitalar, numa situação de fragilidade, caracterizada como doença.

Existem inúmeras explicações que justificam o interesse das autoridades em investir novas propostas de assistência ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e na garantia de acesso às condições que lhes dêem melhor qualidade de vida. Entre essas, enumera-se o progresso da ciência, a reforma sanitária, a reorganização do serviço de saúde e a melhoria da qualidade de vida coletiva. Estes fatores têm contribuído para o aumento da expectativa de vida no Brasil, sugerindo que, no século XXI, seremos um país de idosos.

Voltando ao relato do exercício profissional, vale destacar a experiência de coordenar um grupo de idosos. Essa oportunidade surgiu há 12 (doze) anos, quando do convite para trabalhar com um grupo de idosos, por um médico que atuava em uma das inúmeras vilas do município de Pelotas. Como não poderia deixar de ser, o interesse foi instantâneo pela proposta.

Diante do entusiasmo, com a possibilidade de cuidar o idoso, investi juntamente com os outros profissionais, em uma proposta de assistência, centrada no biológico e na prevenção da enfermidade, o que já era um começo. Ao vislumbrar o conceito que a sociedade tinha sobre o idoso, há 20 (vinte) anos, é possível compreender não só as ações dos profissionais, como também o motivo que originou a criação do programa de assistência ao idoso na época, o qual foi prevenir e controlar doenças crônicas e degenerativas. Em outras palavras, a preocupação era pelo combate à doença e não pelo cuidado ao idoso como ser humano, um cidadão com valores e visão de mundo singulares.

Entretanto, a minha antiga representação, que estava latente, aos poucos foi despertando, a ponto de causar uma inquietação inexplicável e um certo descontentamento com a forma em que o grupo vinha sendo conduzido.

Respostas para estas inquietações foram buscadas quando do ingresso no Curso de Mestrado onde tive oportunidade de compartilhar com colegas e professores, reflexões sobre os conceitos de ser humano, enfermagem, enfermeiro, saúde/doença, cidadania, cultura, entre outros. Mas, ao estudar as várias teorias de enfermagem, encontrei em Madeleine Leininger maior entendimento das minhas inquietações, uma vez que os conceitos do seu marco de referência, de certa forma reforçava a representação do ser humano idoso. Por isso, este referencial foi escolhido como linha direcionadora da experiência de prática assistencial “Compartilhando o cuidar/cuidado ao idoso doente/fragilizado com o seu familiar cuidador: uma prática assistencial fundamentada na Teoria de Madeleine Leininger”.

Os aspectos humanísticos da teoria, além de valorizar a cultura, as crenças, os valores e a visão do mundo do idoso, atende também às questões éticas e educativas que perpassam a prática assistencial.

A ética nos lembra o respeito às verdades que os outros trazem em si, a um cuidar sem rótulos, sem idéias pré-concebidas e sem imposição de valores. A educação vai além do encaminhar e do instruir. Ela remete à visão do ser como um campo de possibilidades, aberto à aprendizagem de novos valores, em qualquer circunstância e etapas da vida. O processo educativo, segundo Sandri (1997), promove a participação do ser na transformação da realidade, através de uma educação participativa. Assim, a visualização de um caminho deve ser permeada pelo intercâmbio do saber técnico e do saber popular. Vale salientar que outra possibilidade da prática educativa participativa é desenvolvê-la a partir da realidade cultural do indivíduo e da família.

Entendo que o diálogo, as informações e as orientações são alguns aspectos que o profissional pode utilizar para cuidar o idoso de maneira sistematizada, livre de preconceitos e que facilite a adesão da familiar cuidadora de forma a ser co-partícipe das ações terapêuticas.

A Teoria Transcultural de Leininger ajusta-se a este ideal do cuidado e tem como norte os princípios éticos e educativos, por ser um referencial que, em essência, respeita a liberdade do ser humano. A cultura, na visão de Leininger (1985, 1991)

“...influencia diretamente o processo saúde/doença dos indivíduos, familiares e grupos. Por este motivo, a enfermeira só poderá desenvolver ações congruentes, se interagir com a consciência de que sua cultura pessoal e profissional poderá ser diferente daquelas dos indivíduos, famílias e grupos com que está atuando”.

Os aspectos até aqui considerados foram direcionadores da opção de experienciar uma prática de cuidado, tendo em conta os seguintes objetivos:

Geral;

- Desenvolver uma prática de cuidado de enfermagem ao idoso no contexto familiar, fundamentada na Teoria Transcultural de Madeleine Leininger, que permita o compartilhar das ações de cuidado entre o profissional e a familiar cuidadora.

Específicos:

- Propor um marco de referência teórico que direcione o desenvolvimento da prática de cuidado ao idoso compartilhado com a familiar cuidadora;
- Testar, na prática, uma metodologia de cuidado de enfermagem baseada na Teoria Transcultural de Leininger;
- Integrar as ações educativas e de ética profissional na prática de cuidado;

- Avaliar a aplicabilidade, na prática de enfermagem domiciliar, do marco de referência teórico adotado.

2. REFLETINDO SOBRE A CULTURA E A TERCEIRA IDADE

2.1. Cultura

A disposição para cuidar o idoso, compartilhando as ações de cuidado com a sua familiar cuidadora sob a égide de um referencial teórico transcultural, implica trazer à luz o apoio teórico utilizado no desenvolvimento da prática de cuidado.

Como o estudo centrou-se na pessoa idosa e no desenvolvimento de ações de cuidado cultural, optei por fazer uma revisão bibliográfica sobre o idoso e sobre o conceito de cultura, uma vez que, no meu entendimento, o referencial teórico que balizou o desenvolvimento da experiência vivida, por si, da conta do conceito de cultura.

No que se refere à cultura, é muito comum ouvir as pessoas usarem esse termo, utilizado nos mais variados sentidos. Às vezes, é empregado como sinônimo de qualidade intelectual daquele que tem a posse do saber; outras, como qualidade de uma coletividade, como forma de identificação de classe social, entre outros.

Mas a cultura também tem um sentido histórico e quem deu ênfase a esse aspecto foram Engels e Marx (Konder, 1998), que a conceberam numa mesma dimensão relacional, entre os seres humanos e o tempo.

Diferentemente de todas essas perspectivas consideradas, a antropologia compreende a cultura como sendo um elemento através do qual os seres humanos se afirmam como diferentes da natureza. Segundo Chauí (1997), na concepção antropológica, o surgimento da cultura dá-se no momento da separação homem-natureza.

Os estudiosos da antropologia ainda assinalam que cultura é um vocábulo plural, á medida que a lei, os valores, as crenças, as práticas e instituições variam de formação social, é o que nos informa Chauí (1997).

A pluralidade cultural pode ser abordada de vários aspectos. Valendo-se da antropologia, Helmann (1994) assinala que as sociedades possuem mais de uma cultura dentro dos seus limites e que em muitas delas existe a estratificação social em classes, castas ou posições sociais. Cada extrato caracteriza-se por atributos culturais próprios, tais como comportamentos, padrões, alimentos, regras de convivência, forma de linguagem, entre outros. Nesta mesma linha de considerações, o autor evidencia que nas organizações sociais complexas existem várias subculturas, e dentre estas, encontram-se as categorias profissionais, tais como: a de professores, militares, médicos e enfermeiros, entre outras, e enfatiza que cada uma destas subculturas possui feições próprias e únicas.

Na perspectiva de Monticelli (1997), a cultura como sistema simbólico inclui valores, crenças, símbolos, ritos e comportamento de vida, no processo de viver dos seres humanos.

Para Lenardt (1996), há um sentido amplo para este conceito. Em sua escrita, refere que a cultura designa o *modus vivendi* que os homens, no decurso dos tempos, desenvolveram e desenvolvem, reunidos em sociedade. Isto pressupõe que, para haver cultura, é necessário que haja uma rede de relações humanas, organizadas no que chamamos de sociedade. É na sociedade, na vida

de relação, que o ser humano aprende a viver. Essa característica de aprender a viver e a humanizar-se Lenardt (1996) denomina cultura.

Voltando às variadas formas de cultura, é importante uma referência à cultura familiar. Partindo do conceito de Helmann (1994) que considera cultura um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade particular, Bielemann (1997) assinala que a cultura familiar é um conjunto de princípios que orientam os indivíduos na sua concepção de mundo, na maneira de senti-lo e comportar-se nele. Equivale dizer que quem determina as atitudes humanas são os elementos culturais, como valores, símbolos, ritos, entre outros.

A cultura, para Helmann (1994), é quem indica se é possível realizar ou não determinada prática. Ele afirma que grande parte das ações devem ser dirigidas de acordo com a aceitação cultural das pessoas a quem assistimos. Trazendo esta concepção para a perspectiva de cuidado, Waldow (1995), reconhece que os conceitos, práticas e rituais que envolve este termo leva à reflexão sobre a necessidade de observá-lo sob uma ótica cultural e complementa que, onde quer que realizemos o cuidado, mudam de importância, as formas de apresentação, características e conceptualização, de acordo com a cultura local e em quem for realizado.

2.2. Terceira Idade

Percebe-se que, na virada do século, existem importantes avanços técnico-científicos em diferentes áreas do conhecimento, sendo que, nos últimos 30 (trinta) anos, os estudos relacionados ao envelhecimento humano têm aumentado significativamente. Acredita-se que isso seja consequência do expressivo aumento da população idosa, que se torna cada vez mais representativa do ponto de vista numérico. Apesar de ser um fenômeno universal, no Brasil, esta transformação demográfica vem ocorrendo de forma rápida (Oliveira, 1996).

A população de pessoas acima de 60 (sessenta) anos, no Brasil, atualmente, é de aproximadamente 10 (dez) milhões de habitantes, dado que inclui o país entre os dez primeiros do mundo com a maior população de idosos em números absolutos. Estima-se que, no início do próximo século, o Brasil tenha a sexta população de idosos do planeta. Com isto, a expectativa de vida também aumentará, ficando em torno de 70 (setenta) anos para as mulheres e de 67 (sessenta e sete) anos para os homens. Apesar do aumento crescente da população idosa, o Brasil possui, e ainda possuirá, por algum tempo, uma população jovem, diferindo de alguns países mais desenvolvidos, como na Dinamarca, Suécia, Inglaterra e Alemanha, onde as taxas de fecundidade total estão abaixo de dois filhos por mulher em média (Veras, 1994).

O conceito de velhice, e o seu início, variam. As várias correntes sugerem que o envelhecimento não está circunscrito apenas à idade cronológica, mas também aos aspectos biológicos, sócio-econômicos e culturais. Entretanto, o critério cronológico evidencia-se como o mais utilizado para determinar o começo do envelhecimento.

A Organização Mundial da Saúde - OMS, determina como sendo idoso o ser humano que cronologicamente atingiu 60 (sessenta) anos, para países em desenvolvimento. A determinação desta idade como marco de início da velhice parece ser consensual entre numerosos autores. Porém, Smeltzer e Bare (1993) acrescentam que, a idade funcional e fisiológica difere entre os indivíduos e, portanto, não deve ser padronizado. Silva (1998), nesta linha de considerações, explica que se adotou estas convenções cronológicas como referenciais e não como estereótipos, pois existem diversidades culturais, sociais, econômicas e individuais que influenciam nessa padronização.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à imagem do idoso em nossa cultura e à multiplicidade de significações que ela suscita.

As transformações sociais, as mudanças de valores, o surgimento de novas concepções de seres humanos e a própria concepção de cidadania vêm contribuindo para a formação de um novo pensar sobre o idoso. Hoje, as pessoas que estão na terceira idade são vistas no seu justo valor social e cultural. Já se vão longe os tempos em que a pessoa idosa era relegada a uma condição de dependência e até considerada um estorvo, um peso morto. Entretanto, em nossa sociedade ainda há pessoas que marginalizam, superprotegem, estigmatizam, veneram ou respeitam seus idosos. Em geral, o idoso é tratado por essas pessoas, de forma dissociada do seu existir, sendo a velhice considerada como algo que surge no final da vida, em fase delimitada e que interessa apenas aos próprios idosos.

Esta idéia é corroborada por Caldas (1998) ao evidenciar que, na sociedade de consumo em que vivemos, onde o valor social prioritário é o poder econômico, o velho é discriminado e excluído por não ser mais “produtivo”, nem integrar-se aos padrões de beleza e juventude culturalmente valorizados. Prosseguindo, salienta-se que sobre a velhice foram investidos valores negativos, considerando-se apenas como critério social o seu potencial funcional de produção e reprodução da riqueza.

Ao refletir sobre isso, pensa-se que as pessoas que rotulam o idoso dentro de uma perspectiva negativa, não têm claro o conceito de cidadania. Como ser humano integrante de uma sociedade, o idoso tem direitos políticos e civis para com a sua organização social e deve participar de todas as questões que a ela concerne. Para Caldas (1998, p. 19)

“as pessoas idosas também merecem ser reconhecidas e respeitadas em todos os direitos que são garantidos pela lei nacional, pela convivência humana e social, e ressalta que embora os idosos brasileiros não tenham alcançados os seus objetivos quer do ponto de vista físico, quer do ponto de vista social, todos precisam constituir-se em agente transformador da sociedade dominante, buscando juntos os direitos que lhes cabem e, ao mesmo tempo, denunciando as suas reais dificuldades”.

Existem várias definições de envelhecimento. Gonçalves (1994) definem o idoso como ser humano, um cidadão, membro de uma cultura, família e grupo extra-familiar e que, ao mesmo tempo, com sua singularidade, tem uma história de vida pessoal carregada de experiências de vida passada que se somam ao presente e futuro, dando sentido ao viver humano.

De acordo com Neri (1997), o início da velhice é delimitado socialmente pela aposentadoria, a partir dos 45 (quarenta e cinco) anos; biologicamente, pelo climatério; psicologicamente, por critérios subjetivos relativos às pistas biológicas e sociais. Entende-se que a idade faz parte de um contexto sócio-cultural e está influenciada por valores, dificultando às pessoas pensarem e tomarem decisões sensatas.

Muitas vezes, a sociedade esquece que o idoso, assim como o jovem, tem em comum valores básicos, como a necessidade de amar, o calor familiar, o sentimento de segurança e de utilidade aos outros; precisa de novas experiências, de reconhecimento, de *status*, de auto-respeito e de sentir-se respeitado.

Infelizmente, as pessoas parecem não compreender que o idoso é um ser humano que pode estar fisicamente debilitado, devido às alterações orgânicas e fisiológicas; mas apesar disto, continua sendo um cidadão com direito de ser respeitado em sua dignidade.

O sinal mais evidente da velhice é a degeneração física. Conforme a OMS:

“...numerosos idosos sofrem de, pelo menos, uma doença crônica que em termos gerais, limita suas atividades diárias. Cerca de 25% (vinte e cinco por cento) dos idosos com doenças crônicas apresentam diminuição da capacidade de cuidar-se, sendo que este percentual aumenta à medida que avança a idade cronológica”.

Face a esta realidade, Ramos (1993), coloca que:

“...a prevalência desses problemas crônicos de saúde com suas capacidades associadas, não difere grandemente do que se observa em outros países mais desenvolvidos. Trata-se, na verdade, de uma consequência natural do envelhecimento populacional. Porém, o que deve ser objeto de grande preocupação é o fato de sua transição estar se dando num contexto de extrema privação da população. Este fato, associado ao aumento quase explosivo do número de idosos, pode gerar uma demanda insuportável para o sistema de saúde, principalmente no que diz respeito a leitos hospitalares de longa permanência”.

A Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, tem entre seus princípios o seguinte: “...deve-se assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”. No artigo terceiro do capítulo II, dispõe dos princípios e diretrizes, que inclui: “...a família, a sociedade e o Estado tem o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo-lhe sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e o direito à vida”. Segundo o Diário Oficial (1994), “...a saúde na velhice tem a necessária abrangência relacionada às políticas públicas, sobretudo às políticas sociais, educativas e de saúde”. Ainda garante que “...o idoso não pode sofrer discriminação de qualquer natureza”.

O idoso tem o direito à saúde, seja ela de qualquer nível e tem o direito de exercer a cidadania em todos os sentidos, principalmente, quando se tratar do acesso à assistência para a saúde.

Apesar de existir uma crença de que o idoso tem sido abandonado pela sua família, percebe-se de forma diferente. Salvo algumas exceções, a unidade familiar continua sendo a sua principal fonte de apoio. Entretanto, nota-se que as famílias de idosos dependentes de cuidados, principalmente domiciliar, com frequência, apresentam dificuldades para lidar com essa situação. São nesses casos que o apoio do profissional se faz mais necessário.

Oliveira (1996) referencia que, desde a criação do Programa sobre Política de Envelhecimento apresentado na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1996, dentre vários aspectos de proteção à saúde do idoso, foi proposto que a Gerontologia e a Geriatria deviam ser incluídas como disciplinas curriculares nos cursos superiores, inclusive, na pós-graduação. Mais adiante, assinala que a Lei 8.842 em seu capítulo IV, art. 10, parágrafo III, inciso “c”; fala da necessidade de: “...incluir a Geriatria e a Gerontologia como disciplinas curriculares nos cursos superiores”. Face a esta realidade, as Escolas de Enfermagem têm investido na formação de enfermeiros capacitados para atuarem frente a estas demandas.

Recentemente, o Ministro do Estado da Saúde, Sr. José Serra expediu Portaria n.º 1395/GM, em 10 de dezembro de 1999, a qual considera que o setor da saúde deve dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso. Esta portaria, em seus artigos 1º e 2º, determina as seguintes resoluções:

**”Art. 1º - Aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.
Art. 2º - Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas”.**

As principais diretrizes desta portaria ao prever: “a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio ao estudo e pesquisa”, mostra que está emergindo, na sociedade, uma preocupação com a qualidade da assistência à saúde do idoso.

Acredita-se que a postura atual de nossa sociedade para com as pessoas

da terceira idade passa pela construção de uma nova leitura do significado da velhice e, pela extensão dos direitos de cidadania a todos os segmentos sociais.

3. MARCO DE REFERÊNCIA

Entende-se marco de referência como sendo um corpo teórico, formado por conceitos que explicitam as concepções individuais, dão coerência às atitudes e respaldam as ações do ser humano.

Com essa leitura, propõe-se a realização de uma prática de assistência voltada para o idoso, envolvendo o seu familiar cuidador, buscando um paradigma teórico, que alinhado à visão mais integrada do ser humano idoso, balizasse as ações de enfermagem a serem desenvolvidas em todos os momentos do processo de cuidado.

Em Madeleine Leininger, através da teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural, vislumbrei os princípios teóricos que fornecem a possibilidade de obter um amplo entendimento da pessoa sob os meus cuidados e em consequência proporcionam maior suporte às ações desenvolvidas.

A teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural, conforme assinala Lenardt (1996), defende uma concepção de assistência que valoriza a cultura e o contexto social do ser humano, sugerindo um cuidado profissional harmonizado com as crenças, valores e modos de vida das pessoas. Essa teoria é das mais importantes entre todas da enfermagem, pois ao propor um cuidado mais personalizado e humanizado ao ser humano, amplia os horizontes da ação profissional, para além da lógica técnico- científica.

A autora da Teoria do Cuidado Transcultural que se diz a primeira enfermeira no mundo a obter o título de Doutora em Antropologia, ao trazer para a profissão a visão transcultural, foi pioneira em afirmar que o cuidado humano, pode ter vários significados nas diversas culturas. O propósito da Teoria do Cuidado Transcultural é desdobrar significados, usos e funções culturais do fenômeno do cuidado humano, e usar este conhecimento para fornecer um cuidado benéfico ou satisfatório às pessoas de diversas culturas do mundo (Leininger, 1985). Com este pensamento, Leininger (1985) formulou os pressupostos que serviram de sustentação para a sua teoria.

Para a mesma, pressupostos são circunstâncias ou fatos que antecedem a outros, são idéias anteriores à formulação de conceitos. Desta forma, são entendidas como crenças, valores, coisas em que se acredita. "São significados assumidos arbitrariamente ou tentativamente aceitos, que são até certo ponto verdades". Monticelii (1997) e Leininger (1985) reforçam que: "...culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidados de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo".

Os pressupostos centram-se na Universalidade e Diversidade Cultural. Estes são os pilares da teoria. Entre os relacionados (Leininger, 1991; Monticelii, 1997) identifiquei como importantes os seguintes:

a) o conhecimento do cuidado cultural é necessário para o desenvolvimento da prática assistencial de enfermagem;

b) durante o desenvolvimento da prática assistencial, enfermeira e clientes (familiares, grupo, comunidade) trabalham de maneira co-participante para a obtenção de cuidados culturalmente congruentes:

c) o cuidado cultural é o meio holístico mais amplo de conhecer, explicar, interpretar e prever os fenômenos do cuidado cultural, de forma a guiar as práti-

cas de cuidado de enfermagem;

d) os comportamentos, as metas e as funções de cuidado variam com a estrutura social e valores específicos das pessoas de diferentes culturas;

e) as culturas têm seu modo peculiar de comportamento relativo ao cuidado, que geralmente é conhecido pelo integrantes da própria cultura, mas freqüentemente desconhecidas por enfermeiros com bagagem cultural diversa;

f) a razão da existência da enfermagem é que ela é uma profissão de cuidado, com conhecimentos disciplinados sobre estes;

g) o cuidado, as manifestações, os processos, os valores e as crenças de enfermagem transcultural precisam ser explicados de maneira sistemática e científica com bases humanísticas;

h) o cuidado possui dimensões biofísicas, culturais, psicológicas, sociais, espirituais e ambientais, que devem ser compreendidas para que o enfermeiro possa oferecer cuidado holístico as pessoas.

3.1. Conceitos da Teoria Transcultural de Leininger

Ao falar sobre conceitos. Meleis (1985) define-os como o surgimento de uma complexa constelação de impressões, percepções e experiências. A mesma escreve que "conceito é uma imagem mental de realidade tingida com a percepção, experiência e capacidade filosófica do pesquisador". Essa leitura vem ao encontro de Trentini (1986), quando afirma que o conceito pode ter vários significados e faz parte de diferentes teorias.

Esta forma de compreender conceito, encontra reforço na Teoria Transcul-

tural de Leininger e dá apoio à minha concepção, uma vez que o significado de conceito está relacionado à visão do sujeito que o formula.

Acredito que esta visão de conceito é um ponto de partida para o desenvolvimento das ações de enfermagem, que expressem o cuidado transcultural.’

Assim, as ações de cuidado ao idoso, compartilhado com a sua cuidadora, tiveram como norte as decisões tomadas em termos de atingir um cuidado congruente, por meio de três modos de ação de enfermagem da Teoria Transcultural de Leininger (George, 1993), descritos a seguir:

“Preservação/manutenção do cuidado cultural-assistir, facilitar ou capacitar o indivíduo, que o auxilia a preservar ou manter hábitos favoráveis de cuidado e de saúde. Acomodação/negociação cultural do cuidado-assistir, facilitar ou capacitar, que revela formas de adaptação, *negociação* ou ajustamento dos hábitos de saúde e de vida dos indivíduos ou clientes. Repadronização/reestruturação cultural do cuidado-auxiliar o cliente a mudar padrões de saúde ou de vida, de forma a tornar significativo ou congruente para ele próprio”.

Para propor o marco de referência que direcionasse as ações de cuidado, utilizei os conceitos básicos da teoria; **ser humano, cultura, ambiente, saúde/doença, enfermagem, cuidado, cuidado profissional e cuidado popular**, conforme definidos a seguir:

→ **Ser humano** é um indivíduo que pensa, percebe, sente, decide, tem crenças e valores que lhe são próprios. É um ser que vive num ambiente físico e sócio cultural. Dá significado próprio à saúde, à doença e à necessidade de cuidado. Pela sua singularidade, apresenta diversificações, aptidões e sentimentos que podem se aproximar, ou não, daqueles apresentados por outros seres humanos, incluindo indivíduo, família, comunidade e outros grupos (Leininger, 1985).

→ **Cultura** são valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram apreendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações em formas padronizadas (Leininger, 1985).

Os valores culturais influenciam uma determinada cultura. Se referem à forma mais desejada ou profunda de agir ou conhecer algo, que é, freqüentemente, mantida por certa cultura em um período de tempo, e que governa as ações e decisões das pessoas (Leininger, 1985).

→ **Ambiente** é o meio geográfico no qual vive o homem e a família, os quais dependem da cultura e estrutura social, para influenciar e ser influenciado pelo seu ambiente. Desta forma, o ambiente é uma força interna e externa que circunda as pessoas, em qualquer ponto determinado no tempo. O ambiente é centro significativo do ser humano e seus arredores físicos, e é parte do cenário onde a enfermeira atua, indo desde o domicílio do indivíduo, aos ambulatorios, aos hospitais e à sociedade como um todo (Leininger, 1985).

→ **Saúde/doença** é um processo dinâmico inserido em uma complexa rede de significados. Portanto, a maneira como o indivíduo, família ou grupo pensam e organizam a saúde/doença, não está separada da sua visão de mundo (Monticelli, 1997).

Para Leininger (1985), a saúde é o estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete a habilidade dos indivíduos ou grupos em realizar suas atividades diárias de forma culturalmente satisfatória.

→ **Enfermagem** é uma profissão científica e humanística, que é apreendida e focalizada no fenômeno do cuidado humano e em atividades que propiciem assistência, suporte, facilitação e capacitação a indivíduos ou grupos, para manter e reaver o seu bem-estar, de uma forma culturalmente significativa e

satisfatória (Leopardi, 1999).

Para Leininger (1985), enfermagem transcultural é um subcampo ou ramo cultural da enfermagem, que focaliza o estudo comparativo e a análise de culturas, no que diz respeito à enfermagem e às práticas de cuidado a saúde/doença, crenças, valores, buscando a oferta de serviços de cuidado em enfermagem, significativos e eficazes às pessoas, de acordo com seus valores culturais e contexto de saúde/doença.

Essas concepções adquirem sentido na minha prática de cuidado ao idoso, pois a enfermagem que penso tem como foco a cultura, respeitando as crenças e os valores do ser humano.

→ **Cuidados** são atividades de assistência, apoio e facilitação para um outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou previstas, a fim de manter ou recuperar a sua condição humana ou o seu modo de vida (Leininger, 1985).

Este cuidado permeia as ações ou decisões assistenciais, de suporte, de facilitação ou de capacitação do indivíduo, grupo ou instituição, a fim de promover cuidados de saúde significativos, benéficos e satisfatórios (Leopardi, 1999).

→ **Cuidado profissional** é o conjunto de comportamentos, técnicas ou padrões cognitivos apreendidos culturalmente e, executados por profissionais de saúde que capacitam o indivíduo, família e comunidade a melhorar ou manter uma condição de vida saudável (Leininger, 1985).

→ **Cuidado popular** é o conjunto de conhecimentos populares e habilidades culturalmente apreendidas e transmitidas para proporcionar ações de

cuidado- ao indivíduo, família, grupo ou outro segmento da estrutura de uma sociedade.

3.2. Conceitos do Marco de Referência

Na redefinição dos conceitos, procurei adaptar as idéias de Leininger, assim como as concepções de outros autores que discorrem sobre abordagens culturais, às especificidades da minha proposta de assistência ao idoso. Estes ajustes encaminharam a elaboração de conceitos aderidos ao tema, a saber: **ser humano idoso, saúde/doença, enfermagem, família, família cuidadora e sociedade.**

→ **Ser humano idoso**, enquanto ente singular, tem características que são inerentes à natureza humana e ao processo de envelhecimento; único e indivisível é, ao mesmo tempo, todo e partes; individual e sócio-cultural, ele não vive sozinho, relaciona-se com os outros e com o mundo numa cultura. Nessa cultura, ele é história, faz e compartilha história através da interação; membro de uma família, o receptor do cuidado e o cuidador, ambos vivenciam o processo de desenvolvimento, compartilhando crenças, valores, significados e papéis sociais que serão traduzidos em ações e comportamentos (Monticelli, 1997).

Neste marco, o ser humano é o idoso cujo estado de saúde está fragilizado em consequência de enfermidade física. Tanto ele como sua familiar cuidadora, convivem no mesmo contexto ambiental, aprendem e elaboram significados e apresentam necessidade de cuidado que deve ser satisfeito, em harmonia com suas crenças e valores. Este idoso que recebe cuidado de enfermagem no domicílio, e sua familiar cuidadora, interagem com a enfermeira e com os demais membros do Programa de Saúde da Família. Nesta interação, eles expressam, compartilham, preservam, acomodam e repadronizam crenças, valores e aprendem novos significados que serão, posteriormente, traduzidos em ações e comportamentos.

→ Saúde/Doença representa um *continuum* na vida do ser humano, faz parte do processo de viver. A saúde é um estado de equilíbrio dinâmico, resultante da relação harmônica do ser humano com o mundo, da sua interação com os outros e do seu existir individual. A doença ocorre quando as variáveis responsáveis por esse equilíbrio são afetadas temporariamente e o bem-estar dá lugar ao mal-estar. Ao longo do curso da vida, a saúde é presença, estando em vários níveis mutáveis, dentro de uma variação normal, elevando-se ou sofrendo queda durante o processo de viver.

A condição de saúde e doença é sentida de forma singular pelo ser humano. A percepção desta condição, pode variar de acordo com a cultura, com a classe social e com a individualidade. A saúde da pessoa idosa, está ligada à qualidade das interações do ambiente em que vive e com a qualidade de vida que chegou na velhice.

→ Enfermagem é a disposição humana de cuidar a pessoa idosa numa perspectiva humanizada, através da utilização de conhecimentos próprios da profissão, cujo preparo teórico-humanístico lhe confere habilidades para cuidar o ser humano, no seu processo de envelhecimento, assistindo-o e aos seus familiares, globalmente, independente das condições sócio econômicas, culturais, espirituais e políticas, bem como das crenças e valores individuais dos sujeitos do cuidado (Leininger, 1985; Monticelli, 1997; Sandri, 1997).

Esta enfermagem que se vivencia, no dia-a-dia de assistir ao idoso, expressa-se no compartilhar as ações de cuidado com a familiar cuidadora e o universo do cuidado, através do desenvolvimento de ações de cuidar, com base no reconhecimento e respeito da singularidade humana, na compreensão e valor das reservas culturais, no reconhecimento e valorização de potencialidades, no direcionamento de esforços para assegurar a dignidade humana, incorporando os princípios éticos associados com a fase da vida.

→ Família é o universo de estruturação cultural do ser humano. É nas relações cotidianas deste contexto, que os sujeitos deste universo elaboram conceitos, crenças, valores, significados e princípios, formando uma visão de mundo, passível de ser transformada quando submetida a outros valores culturais.

Na vida diária, quando falamos de família, não nos parece necessário defini-la, uma vez que as mesmas têm em mente um significado próprio, sendo que a maioria de nós faz parte de uma unidade familiar. A família se apresenta sob os mais variados tipos, dentre eles, destaca-se a família nuclear composta por pai, mãe e filhos; as extensas ou ramificadas quando incluem diferentes gerações: algumas incluem, entre seus membros, também, as pessoas com quem mantém estreitos laços afetivos e outras definem apenas seu círculo de amigos íntimos com os quais não possuem nenhuma consangüinidade (Elsen, 1992).

Neste entendimento, família é composta por pessoas ligadas entre si por diversas razões, situando-se no sistema de parentesco, que possui fases de desenvolvimento demarcadas por um evento particular ocorrido no interior da mesma família (Boehs, 1994).

A família cuidadora do idoso, compõe-se de pessoas que o acompanham na sua vivência e na sua experiência com a doença, transmitindo-lhe força e coragem de acordo com seus valores individuais e sócio-culturais. Dá apoio e necessita também ser apoiada, como uma unidade de cuidado. Deve ter os seus valores culturais compreendidos, valorizados e respeitados, para que possa compartilhar de forma satisfatória as ações de cuidado desenvolvidas pela enfermeira.

→ Sociedade é uma estrutura organizada que se situa no ambiente físico, e tem uma cultura. É uma estrutura constituída de agregados, organizados e interdependentes entre si: sistema religioso, sistema de saúde, sistema

econômico e classe social. Inclui todas as espécies e graus de relações entre os homens, sejam eles conscientes ou não, antagônicos ou cooperativos (Boehs, 1994).

Neste trabalho, entende-se sociedade, no contexto do idoso, como um espaço histórico, cultural, dinâmico, mutável, organizado a partir dos valores de seus integrantes. Neste cenário, os princípios, os conceitos e as crenças são alguns dos aspectos humanísticos que normatizam e influenciam o padrão de comportamento do ser humano, nos diferentes ambientes sociais.

O referencial ora descrito forneceu-me a agilidade necessária, para oferecer ao idoso uma proposta de cuidado compartilhado com a sua familiar cuidadora. Experiência que me disponho a narrar e refletir no decorrer deste estudo.

4. METODOLOGIA

Este capítulo refere-se à sistemática utilizada na implementação da prática assistencial. Para possibilitar a sua compreensão, optei por organizá-lo em itens, os quais serão descritos na ordem que se segue: cenário do estudo, procedimentos para a prática, participantes, método de registro de dados, abordagem ética, processo de enfermagem e análise da prática de cuidado.

4.1. Cenário do Estudo

O estudo transcorreu em Pelotas, cidade de médio porte da Região Sul do Estado do Rio Grande do Sul, distante há 250 Km (duzentos e cinquenta quilômetros) de Porto Alegre (Capital do Estado).

Caracterizando-se pelo clima subtropical úmido, com temperatura média anual de 17,8°C e precipitação pluvial média anual de 1249 (mil duzentos e quarenta e nove) mm.. Pelotas está situada à margem da Lagoa dos Patos. Além de ser reconhecida por sua tradição cultural, a cidade é considerada pólo econômico e cultural da Região Sul, sendo o maior centro universitário do interior do Estado, com duas universidades: Federal de Pelotas e Católica de Pelotas, além do Centro Federal de Educação Tecnológica e o Conjunto Agrotécnico Visconde da Graça.

Conhecida como *cidade do doce*, Pelotas é apontada pelo resultado do

Censo/2000, como a terceira cidade do Rio Grande do Sul em número de habitantes, num total de 320.471 (trezentos e vinte mil, quatrocentos e setenta e um) pessoas. Com relação aos idosos, os números ainda não foram revelados pelo IBGE. Entretanto, considera-se que deve haver um número expressivo de pessoas na terceira idade, se levarmos em conta que nos últimos 10 (dez) anos, a população do Município cresceu 1,16% (Censo/2000), e que em 1991 havia 291.100 (duzentos e noventa e um mil e cem) habitantes. Destes 30.617 (trinta mil e seiscentos e dezessete) eram pessoas com mais de 60 (sessenta) anos de idade, que daria uma percentagem de 10,52% da população.

Pelotas foi municipalizada em relação ao Sistema Único de Saúde, em 1994, sendo que a municipalização plena, de atenção integral, ocorreu no ano 2000. Atualmente, dispõe de uma rede básica de saúde composta de 52 (cinquenta e duas) unidades sanitárias, 39 (trinta e nove) na zona urbana e 13 (treze) na zona rural.

Neste estudo, o cenário da prática abrange o contexto geo-político-social em que está inserido o ambiente onde o idoso foi cuidado. Com este entendimento, neste item, ofereço uma descrição da unidade básica de saúde á qual o idoso está vinculado, apresentando a comunidade onde o mesmo reside, situando-a geograficamente e fazendo um recorte de suas características sócio-político-culturais, complementadas com os dados populacionais. Por último, teço comentários sobre o domicílio dos Idosos, local onde foi desenvolvida a prática assistencial.

A unidade básica de saúde, também conhecida pela comunidade como *Postinho* e nos meios acadêmicos como Posto de Saúde da Vila Municipal, é uma instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), pertencente ao Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas e Associação Beneficente Luterana de Pelotas (ABELUPE). Criada na década de 70 (setenta), um pouco antes da Declaração de Alma-Ata, por um grupo de docentes do Departamento de

Medicina Social da Faculdade de Medicina, que acreditou no ideal de promoção e proteção da saúde, num período em que as discussões em torno da atenção primária em nosso país, ainda eram incipientes.

O Posto de Saúde foi local de formação dos primeiros recursos humanos médicos habilitados, especialmente para atenção primária à saúde, tanto na área de graduação, com o chamado Plano-Piloto (estágio de último ano da Faculdade de Medicina), como na área de pós-graduação, através do Programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária (Madeira, 1997).

A unidade sanitária tem 23 (vinte e três) anos e foi instalada no prédio que, atualmente, abriga uma creche. Há 12 (doze) anos, esta unidade de saúde funciona em um prédio construído a partir de mutirão da comunidade, organizado pela Associação Beneficente Luterana de Pelotas, que também forneceu os recursos materiais para a construção.

Esta unidade sanitária foi pioneira em Pelotas na implantação do Programa de Saúde da Família (P.S.F.). Em 1996, ocasião em que esse programa foi implantado, houve a oportunidade em participar, juntamente com uma médica da Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar, uma médica e uma enfermeira cubanas, uma assistente social, mais professores e estudantes das Faculdades de Enfermagem e Obstetrícia, Nutrição e Medicina, do diagnóstico de saúde. Para levantar o número de moradores da Vila Municipal foi realizado um censo, cujos resultados constataram a existência de 749 (setecentos e quarenta e nove) domicílios, 840 (oitocentos e quarenta) famílias e um total de 2652 (dois mil seiscentos e cinquenta e dois) habitantes. Desses habitantes, cerca de 225 (duzentos e vinte e cinco) pessoas eram idosas com mais de 60 (sessenta) anos, perfazendo aproximadamente 8,5% da população daquela comunidade (Madeira, 1997).

Esta unidade de saúde dispõe de uma infra estrutura organizacional e

funcional, compatível com a demanda, algo em torno de 80 (oitenta) atendimentos por dia, perfazendo um total de 1.100 (um mil e cem) ao mês. Dentre os serviços oferecidos destacam-se os Programas: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Saúde Mental e Saúde da Família. Os serviços de atendimento ao público ocorrem nos turnos da manhã e da tarde, sendo que à noite, o período para assistência ao usuário, só acontece até 20 horas.

O atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar, composta de 3 (três) médicos generalistas, 1 (um) ginecologista, além dos médicos : 2 (dois) médicos do Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social, 2 (dois) médicos do Programa de Residência Médica em Pediatria e 2 (dois) médicos do Programa de Residência em Psiquiatria. Também fazem parte da equipe duas enfermeiras, uma delas, lotada na Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, uma nutricionista, uma assistente social e um auxiliar de enfermagem, além de docentes das Faculdades de Enfermagem e Obstetrícia e Medicina. Para assessorar o serviço desta equipe, a unidade dispõe de duas recepcionistas e uma auxiliar de serviços gerais. A unidade sanitária conta, ainda, com a presença de estudantes universitários de várias áreas do conhecimento, a saber: 2 (dois) alunos da Faculdade de Direito, 2 (dois) alunos do Instituto de Letras e Artes, 2 (dois) alunos da Faculdade de Nutrição, uma média de 5 (cinco) alunos da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia e aproximadamente 15 (quinze) alunos da Faculdade de Medicina.

Os estudantes da Faculdade de Direito prestam assistência jurídica á população, realizando encaminhamentos de registros, atestados, escrituração de posse e algumas vezes participam do grupo de idosos, dentre outras atividades; os estudantes do Instituto de Letras e Artes envolvem-se exclusivamente com a dinâmica dos grupos; os estudantes da Faculdade de Nutrição participam dos Programas de Puericultura e Programa de Dietoterapia para pessoas obesas, hipertensas e diabéticas; os estudantes da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia além de participarem da maioria dos programas e atividades

assistenciais, assumem a responsabilidade pelas ações de assistência nos setores de imunização e de procedimentos de enfermagem e os estudantes da Faculdade de Medicina fazem o atendimento clínico da demanda e, às vezes, realizam visitas domiciliares, quase sempre acompanhando os alunos do Curso de Graduação em Enfermagem ou outro membro da equipe de saúde.

Devo salientar que a opção por este local como referência para a realização desta prática, deu-se por atuar há 8 (oito anos) na qualidade de professora supervisora dos alunos do 4º, 7º e 8º semestres do Curso de Graduação em Enfermagem, nos estágios das disciplinas de Introdução à Saúde Pública, Estágio Supervisionado em Enfermagem de Saúde Pública e Estágio Complementar.

A título de esclarecimento, devo salientar que, a partir do primeiro semestre de 1998, o Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, por determinação do Conselho Nacional de Educação, alterou a grade curricular, de 2.775 (dois mil setecentos e setenta e cinco) para 3.600 (três mil e seiscentos) horas. Isto determinou algumas alterações na tábua curricular, entre as quais a disposição das disciplinas no semestre, a denominação das disciplinas e a reestruturação de funcionamento das mesmas, no campo da prática. Assim, Introdução à Saúde Pública foi substituída por Enfermagem na Saúde Coletiva, continuando no 4º semestre; já a Enfermagem de Saúde Pública e Estágio Supervisionado em Enfermagem de Saúde Pública, que era no 7º, passou para o 6º semestre, fundidas em uma disciplina, com enfoque teórico-prático; quanto ao Estágio Complementar, disciplina do 8º semestre, foi deslocada para o 9º, com o nome de Estágio Curricular III e Trabalho Monográfico.

Nesta unidade, ainda, é desenvolvido há 12 (doze) anos, um projeto de extensão com trabalho de grupo de idosos. Neste grupo que se reúne semanalmente, dividido à coordenação das atividades com outra docente, a enfermeira e os alunos do Curso de Graduação em Enfermagem.

Este projeto de extensão que atende idosos que residem na área e fora da área de abrangência da unidade sanitária, intitula-se Assistência de Enfermagem ao Idoso na Vila Municipal. Sua finalidade é promover a convivência saudável entre idosos no grupo e estimular suas participações em atividades variadas, de forma a permitir que redescubram valores, emoções e sentimentos.

O fato de atuar como professora e manter um projeto de extensão no local, contribuiu sobremaneira para o encaminhamento do trabalho, que tem sido gratificante, uma vez que há participação do cotidiano da Vila Municipal, e o conhecimento das pessoas que lá residem e da clientela que é assistida pela unidade sanitária.

É importante salientar que, através das visitas domiciliares, atividade de rotina realizada por profissionais e estudantes, vem-se, ao longo de 12 (doze) anos, prestando cuidado ao idoso, sempre procurando respeitar suas singularidades humanas e sócio-culturais.

A Vila Municipal, antiga Vila das Corujas, também denominada Vila Santos Dumont, localiza-se no Bairro Três Vendas, na periferia da cidade de Pelotas. A origem do nome Vila das Corujas, segundo os moradores, deve-se à grande quantidade de eucaliptos que existia na época, o que servia de morada para as corujas.

Os moradores mais antigos contam, que a Vila tem 40 (quarenta) anos e começou com uma invasão. A maioria destas pessoas provinham do êxodo rural, principalmente das cidades de Pinheiro Machado, Canguçu, e Piratini, que vinham na busca de melhores condições de vida e de emprego que no caso, era garantido pela Agapê, uma Fábrica de Doce, que ficava em uma zona circunvizinha a invasão.

Não havia luz elétrica, as pessoas usavam lampião a querosene e a água

para consumo vinha através de uma bica. Nos dias atuais, a comunidade dispõe de luz elétrica e sistema público de abastecimento de água. Quanto à rede de esgoto, esta não se estende a todas as residências. Em muitas casas, o destino dos dejetos é feito através da fossa negra ou despejados a céu aberto, nos valetões. Outro dado de interesse diz respeito ao hábito dos moradores de criarem diferentes tipos de animais em pequenos espaços, sendo que os cães são os que predominam. Um censo realizado pela unidade sanitária revelou que naquela comunidade a quantidade de cães superou o número de moradores.

A vila cresceu, possui uma infra-estrutura composta por creche, mini-mercados e pequenos armazéns, os quais comercializam seus produtos com os moradores, num sistema de pagamento mensal e os débitos são registrados nas chamadas cadernetas. Possui várias Igrejas, sendo uma Católica Apostólica Romana, uma Luterana do Brasil, quatro Protestantes de diferentes ramos e três Centros de Umbanda. A comunidade conta com uma Associação de moradores que, em sua implantação e por longo tempo, dinamizou atividades sociais e recreativas, tais como: aquisição de ônibus para transporte de moradores, com preços mais acessíveis, viabilizou a colocação de rede de esgoto em alguns quarteirões, promoção de festas e eventos culturais para os associados, entre outras. Atualmente, as suas atividades estão paralisadas.

O domicílio do idoso é uma construção de alvenaria, com dois quartos, sendo que um destes é conjugado com a cozinha, banheiro e sala. A casa dispõe de um pequeno quintal sem horta ou plantação, que serve de entulho, inclusive para os vizinhos.

4.2. Procedimentos para à Prática

Para implementar a prática de cuidado, a primeira atitude foi solicitar a autorização da chefia da unidade sanitária. Na oportunidade, foram informados os objetivos do trabalho a ser desenvolvido e falei a respeito de algumas

características dos clientes que deveriam ser alvo da assistência. O chefe da instituição demonstrou entender e aprovar a idéia proposta e se dispôs a conversar com os membros da equipe de saúde.

Combinei retornar, em dois dias, para saber a resposta das pessoas que fazem parte da equipe. Foram dias de apreensão e inquietação, pois dependia da concordância das mesmas para iniciar o trabalho; havia ansiedade em desenvolvê-lo o mais rápido possível.

Na data prevista, retornando à unidade sanitária, fiquei comovida com a receptividade da equipe. Imediatamente, todos os que estavam presentes parabenizaram-me, e os que ainda não tinham conhecimento da filosofia do trabalho verbalizaram interesse em saber mais sobre a Teoria Transcultural de Madeleine Leininger. Atendendo ao interesse, houve explicação da teoria.

Terminada a explicação, o médico residente do 2º ano da Medicina Preventiva e Social relacionou, dentre os quarteirões da área de abrangência da unidade sanitária, 10 (dez) idosos e seus familiares cuidadores, que estavam sob sua responsabilidade, no Programa de Saúde da Família - PSF, que se adaptavam perfeitamente à proposta de estudo.

Após colher informações com o mesmo e de posse da relação dos 10 (dez) idosos, o arquivo da unidade, foi consultado para buscar, nos prontuários de família, as informações pertinentes à escolha daquele que se adequasse melhor ao trabalho a ser executado. Como todos os idosos da lista, segundo a análise dos prontuários de família, preenchiam os requisitos necessários à participação, resolveu-se esperar que os familiares procurassem a unidade sanitária, para solicitar visita domiciliária; estabeleceu-se que seriam escolhidos os dois primeiros idosos, de acordo com a ordem de solicitação das visitas por parte dos seus familiares, num prazo de dois dias, esta era a opção inicial. Findo este prazo, como isto não aconteceu, retornei aos prontuários de família, com a

intenção de identificar um idoso com um maior grau de comprometimento físico. A partir desse novo critério, foram selecionadas duas idosas. Uma com 78 (setenta e oito) anos de idade, portadora de Úlcera Varicosa, e a outra com 76 (setenta e seis) anos de idade, com o diagnóstico de Diabetes Mellitus.

Apesar de ter contactado com as duas idosas, as mesmas foram desvinculadas da proposta de prática assistencial, devido às razões historiadas a seguir:

A primeira idosa a quem chamarei de Hortência, com diagnóstico de Úlcera Varicosa convivia com dois familiares: uma sobrinha aparentando 35 (trinta e cinco) anos de idade e a sobrinha neta com 9 (nove anos) de idade. Diferente das condições da maior parte dos moradores local, esta senhora aparentava um padrão de vida acima do existente na comunidade.

Quando da ida ao domicílio da idosa pela primeira vez, esta se encontrava sozinha. Neste encontro, ela se mostrou alegre e receptiva e quando da apresentação da proposta, prontificou-se em querer participar. Conversamos sobre o trabalho, fazendo os esclarecimentos necessários e solicitei-lhe o seu consentimento. Depois de aceitar participar da proposta, os dias e os horários dos encontros subseqüentes foram combinados.

Ao todo foram quatro, o número de visitas feitas a esta idosa. Com exceção da primeira visita, as demais ocorreram, sempre com a presença dos familiares. Durante as visitas, incentivei a Sr^a Hortência a participar de um grupo de idosos e houve compartilhamento com a mesma e a sua familiar cuidadora, em algumas ações de enfermagem, conforme o preconizado por Leininger (1991).

As ações de cuidado a essa senhora começaram desde esse primeiro contato. No dia aprazado, dirigi-me à sua residência, levando um frasco de soro fisiológico. A intenção era a de examinar a úlcera e fazer um curativo.

Após um pequeno diálogo, solicitei-lhe que retirasse a atadura que envolvia o seu membro inferior esquerdo, para a visualização da ferida, sendo-lhe indagado como vinha fazendo o curativo. Ela contou que a sobrinha o realizava duas vezes ao dia, manhã e tarde, e usava chá de *confrei* para limpar a lesão. Depois de limpa, secava a ferida, em seguida colocava três folhas de *confrei* (três devido a extensão da úlcera), gazes e posteriormente a atadura. Solicitei que guardasse o frasco de soro e disse-lhe que num intervalo de 8 (oito) dias, retornaria para o acompanhamento da evolução da lesão e a avaliação da eficácia do *confrei* no tratamento da úlcera, com base no aspecto da ferida.

Na data prevista, retornando a visita, observei que o frasco de soro continuava lacrado. Após conversarmos, pedi à Sr[®]. Hortência para remover a atadura a fim de avaliar a evolução da lesão. Após a remoção do material que encobria a ferida, com surpresa constatei que estava infectada.

Frente a esta situação, pensei em dar início à negociação do cuidado com a idosa e a sua familiar cuidadora. Ofereci-me para realizar o próximo curativo. Prontamente, a sobrinha providenciou o material que costumava usar, composto por jarra contendo a infusão de *confrei*, as três folhas da planta, gazes, atadura e uma bacia de plástico que, segundo a mesma, era usada apenas para esse fim.

O *confrei* é um fitoterápico de efeito cicatrizante sobre feridas e ulcerações, sendo utilizado também em gargarejos. Esta planta devido a sua toxicidade e pelo fato de possuir substâncias cancerígenas, não deve ser ingerida sob a forma de chá (Capa, 1995).

A organização do material foi elogiada, porém solicitei-lhes o frasco de soro, justificando que o usaria, ao invés do chá de *confrei*, por ser esta a solução utilizada neste tipo de tratamento, pela enfermagem. Naquele momento, acrescentei que elas poderiam continuar utilizando o chá, mas sugeri que também fizesse uso do soro fisiológico. Com aceitação da sugestão, o cuidado foi

acomodado, conforme preconiza Leininger (1985). Ao final do encontro, ficou combinado que a próxima visita deveria ocorrer na semana seguinte.

Diante da inquietação com o aspecto da ferida, voltei à unidade sanitária, conversei com o médico residente a respeito da situação e propus que um profissional visitasse a Sr[®]. Hortência. A visita aconteceu no dia seguinte. Posteriormente, fui informada pelo mesmo médico que em razão da gravidade da infecção, ele administrou-lhe uma ampola de Benzetacil[^] (Benzilpenicilina Benzatina) de 1.200.000 UI.

Na semana seguinte, conforme o estabelecido, retornei ao domicílio da idosa e durante o processo de cuidado notei que a lesão evoluía para a cicatrização. Durante a conversa, tive a certeza que a sobrinha, ao realizar o curativo, havia incluído o soro fisiológico e mantido o chá e as folhas de *confrei*. Só que agora, em número de duas, devido à diminuição da lesão.

No quarto encontro, o tempo dispendido foi menor que nos anteriores, pois a Sr[®]. Hortência apresentou um quadro geral satisfatório. Tanto ela quanto a sua sobrinha não relataram nenhuma queixa. No que se refere á ferida, constatei que o processo cicatricial estava em franca evolução. Frente a isso, tanto eu quanto a idosa e sua sobrinha chegamos à conclusão que a partir daquele momento, os cuidados com a Sr[®]. Hortência poderia continuar sob a responsabilidade da familiar. A partir de então, nossa conversa girou em torno de trivialidades, como receitas culinárias, trabalhos manuais, dentre outros. Enquanto conversava, refleti que dificilmente a idosa forneceria os subsídios necessários á operacionalização da prática assistencial, a qual me propunha.

Hoje, ao avaliar a justificativa que me levou a exclusão desta idosa, vejo

[^] Benzetacil (Benzilpenicilina Benzatina) - 1.200.000 UI

que utilizei como critério a existência de necessidades curativas, em detrimento de outras, de igual importância, como: problemas nutricionais, exercícios, entre outros.

Com este pensamento, comuniquei à Sr. Hortência e a sua familiar, que em virtude do seu quadro ter evoluído para a melhora, as visitas seriam espaçadas e em caso de necessidade, os profissionais de saúde, estariam à disposição na unidade sanitária.

A segunda idosa que foi identificada com o nome de Margarida, portadora de *Diabetes Mellitus*, residia com doze familiares, entre irmão, cunhada, sobrinhos e sobrinhos netos, sendo cuidada pela cunhada e pelo sobrinho. No primeiro encontro, foi apresentada a proposta e houve demonstração de interesse em participar. Abordei na presença dos familiares, aspectos a respeito do trabalho, bem como os esclarecimentos necessários. Aprazamos dia e horário da primeira visita.

Quando do retorno no dia e horário combinados, tal foi a minha surpresa, quando fui informada pelo sobrinho, de que a idosa não se encontrava em casa. Agendei outro dia e horário e novamente seu sobrinho informou de que havia chegado um parente, que reside em outro município e que havia levado sua tia para passar, lá, uns dias e não sabia quando a mesma iria retornar.

Diante disto, agradei a atenção e avisei ao familiar que eu não mais voltaria e quando a Sr. Margarida retornasse, restabelecesse o contato com a unidade de saúde.

Face a esta situação imprevista, havia a necessidade de escolher outro idoso que preenchesse os requisitos necessários para participar da minha prática assistencial. Para tanto, voltei a consultar a mesma lista que continha a relação dos idosos indicados pelo médico residente, que após a exclusão das duas

idosas, ficou reduzida a 8 (oito) pessoas. Observei os prontuários de família destes idosos e procedi à re-leitura das últimas consultas.

Foi através do manuseio dos prontuários que descobri o participante definitivo do trabalho proposto. A última anotação do prontuário continha a solicitação da visita domiciliar pela familiar cuidadora e a avaliação clínica do idoso.

De imediato interessei-me, pois os dados sugeriam que este idoso afigurava-se como um participante ideal.

Solicitei ao médico que me desse maiores informações sobre o idoso e comentei do interesse em tê-lo participando no meu estudo. Falei da escolha, tendo em vista que a situação de saúde do referido senhor necessitava de um acompanhamento mais próximo e freqüente de um profissional de saúde.

Diferentemente das vezes anteriores, com este terceiro idoso, optei por não esperar que a família solicitasse a visita. Fui ao seu domicílio, a fim de manter o primeiro contato. Na ocasião, tanto ele quanto a esposa mostraram-se receptivos e quando lhes apresentei a proposta de trabalho, demonstraram visível interesse em participar. Fiz os esclarecimentos necessários e combinamos a forma de condução dos novos encontros, bem como o agendamento dos dias e os horários das visitas subseqüentes.

4.3. Participantes

Sr. Jasmim, o idoso com o qual desenvolveu-se a prática assistencial, tem 75 (setenta e cinco) anos de idade, é casado e possui dois filhos, que residem respectivamente na cidade de Rio Grande, Estado do Rio Grande do Sul e uma cidade do interior de São Paulo.

O idoso é uma pessoa extrovertida, humor estável, demonstra clareza de raciocínio e se expressa com desembaraço. Embora sua história de vida esteja pontuada por várias enfermidades, desde a de ordem mental (internação Psiquiátrica), até as biológicas, como: afecção da próstata - a qual lhe rendeu uma cirurgia. A mais recente foi Gastrenterite e um Acidente Vascular Cerebral, que lhe deixou como seqüela a dificuldade de deambulação. Por isso, faz uso de bengala que lhe serve de apoio para se locomover. Apesar dos reveses que passou na vida, demonstra ser uma pessoa otimista. Esse otimismo, no entanto, não o impede de levar uma vida sedentária, haja vista, não participar de nenhuma atividade social.

Outra herança deixada pela doença foram as medicações e o hábito de auto-medicar-se. Assim, o Sr. Jasmim, afirmou fazer uso de medicação sob prescrição médica, tais como: Omeprazole - 10mg - 1 comprimido ao dia; Cimetidina - 200mg - 2 comprimidos ao dia; Valium - 10mg - 1 comprimido ao dia; Eviprostat® - 2 comprimidos ao dia; Cronogeron® - 25mg - 2 comprimidos ao dia, também toma diariamente, por conta própria Dulcolax - 1 comprimido, 2 vezes ao dia e Agarol® - 1 medida, 2 vezes ao dia. Vale salientar que o Cronogeron e Eviprostat são medicações utilizadas pelo idoso há muito tempo, sem a devida reavaliação clínica.

Outro aspecto importante a ser ressaltado, diz respeito a alguns hábitos de

2 Omeprazole 10 mg. Genérico: Omeprazole. Indicações; Tratamento de úlcera duodenal; úlcera gástrica esofagite de refluxo; síndrome de Zollinger-Elisson.

^ Cimetidina 200 mg. Genérico: Cimetidina. Indicações: tratamento de úlcera duodenal; úlcera gástrica benigna, esofagite péptica; distúrbios patológicos de hipersecreção; condições não-ulcerosas relacionadas com acidez gástrica.

^ Valium 10 mg. Genérico: Diazepam. Efeito: Tranquilizante e ansiolítico.

® Eviprostat. Genérico: Eviprostat. Efeito: anti-séptico urinário.

® Cronogeron 25 mg. Genérico: Cinarizina. Indicação: Vaso dilatador cerebral e periférico.

^ Dulcolax. Genérico: Bisacodil. Indicações: Constipação intestinal; coadjuvante da evacuação intestinal em pacientes acamados, no pós-operatório e no pós-parto; limpeza intestinal prévia nos exames radiológicos; para facilitar a evacuação nos pacientes hemorroidários ou com fissuras anais.

® Agarol. Genérico: Agarol. Efeito: laxativo.

vida cultivadú pelo idoso, entre os quais destacam-se: o gosto pelo chimarrão, a preferência por alimentos à base de amidos (não é simpatizante de frutas, verduras e legumes), é fumante de cigarro não industrializado e não faz uso de nenhum tipo de bebida alcóolica.

O Sr. Jasmim mora com a senhora Rosa, sua esposa há 51 (cinquenta e um) anos. Esta senhora, sua familiar cuidadora, foi quem escolheu os pseudônimos para manter o anonimato do casal. Também aposentada, tem 74 (setenta e quatro) anos de idade e, ao contrário do companheiro, não apresenta sinais evidentes de agravos físicos de saúde, nem refere história de doença mental. É uma pessoa aparentemente otimista, comunicativa, atenciosa, cuidadosa e preocupada com a saúde do esposo. É a típica dona de casa, pois além de dar conta dos afazeres domésticos e cuidar do esposo, realiza as atividades externas necessárias à organização do lar e, ainda, encontra tempo para freqüentar os cultos evangélicos da “Assembléia de Deus”, no bairro onde reside.

4.4. Método de Registro de Dados

Todas as impressões e experiências vivenciadas durante o processo de cuidado, bem como as informações sobre o idoso recebidas dele próprio, da sua esposa e da equipe multidisciplinar foram registradas em um bloco, sob a forma de anotações simples, objetivas e concisas. Em alguns encontros tive necessidade de fazer o registro a partir de palavras-chave e, depois, na unidade sanitária ou no meu domicílio, num exercício de memória, complementava as anotações, com os detalhes que estavam faltando, para clareza e compreensão da situação vivenciada.

^

Esta fase foi fundamental no processo de cuidado ao idoso, pois a análise e a reflexão das anotações de cada visita eram as diretrizes iniciais das ações de enfermagem que iriam ser desenvolvidas no dia subsequente. Assim,

diariamente, os registros, após serem organizados, eram submetidos a uma reflexão com base no marco de referência da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger e a minha própria visão.

4.5.1 Abordagem Ética

As diretrizes teóricas do referencial de Leininger convidam-nos a trocar e compartilhar crenças, valores, conhecimento e responsabilidades. Estes elementos do cuidado cultural remetem-nos aos princípios éticos e educativos.

A educação tem a propriedade de despertar, fortalecer e fomentar no ser humano a noção de cidadania. Esta, através do diálogo, permite que as pessoas, compartilhem e reflitam vivências, saberes, idéias e crenças, buscando compreenderem-se e compreender melhor o mundo e, assim, exercitar novas possibilidades de ser/estar e fazer no mundo (Freire, 1998; Madureira, 1994).

Já o papel da ética, conforme assinala Germano (1993), é permitir a reflexão sobre o comportamento do ser humano; o comportamento é de ordem moral e tem relação com o cotidiano. Bielemann (1997, p.49) diz que "...refletir a ética acaba traçando caminhos que orientam a conduta do homem".

Concordo com Gelain (1992), quando afirma que, no campo da saúde, a ética deve extrapolar o puro e simples cumprimento de regras e normas, e elege como prioridade a realização do ser humano em toda a sua plenitude.

A relação com o Sr. Jasmim e a Sra. Rosa foi permeada pelo respeito às crenças, aos valores e à visão do mundo individual; a ética foi a balizadora das ações de enfermagem, desenvolvidas nesta prática.

Os critérios éticos prevaleceram antes mesmo de iniciar-se o processo de cuidado. Eles começaram quando me dirigi à unidade básica de saúde e apresentei a proposta de trabalho à equipe, solicitando permissão para desenvolvê-lo.

Com os idosos, em todo processo de cuidado prevaleceram os princípios de respeito e dignidade do ser humano, proteção do anonimato e do sigilo, garantia do direito de desistirem da participação do estudo em qualquer momento e a garantia de compartilharem das decisões de cuidado.

Do ponto de vista ético, este foi o caminho mais adequado para compartilhar com o idoso e sua familiar cuidadora um plano de cuidado culturalmente congruente, para um assistir embasado nos pressupostos do marco de referência preconizado por Leininger.

4.6. Processo de Enfermagem

Leopardi (1999) esclarece que o trabalho de enfermagem, segundo Leininger, que é o próprio processo de enfermagem, sustenta-se pela idéia de que as pessoas têm uma cultura, lidam com a saúde de acordo com a mesma e que a enfermagem tem de compreender esta cultura para balançar com o seu conhecimento científico, e não impor o seu pensar/fazer às pessoas. Esta idéia está claramente explicitada nos pressupostos que embasam a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural.

Esses pressupostos, referenciados por Leininger, permitem entender que o cuidado ao ser humano deve circunscrever-se no respeito à sua cultura. Isso, conduz ao pensamento de que o processo de enfermagem é um método de assistência, que se adaptou à operacionalização desta proposta, pois ao facilitar a minha interação com o idoso e a familiar cuidadora ajudou-me a identificar as prioridades de cuidado culturalmente significativas para eles. Estas prioridades ao serem balanceadas com visão profissional, viabilizaram, na prática, a consolidação da proposta pensada. Estudos como os de Monticelli (1997), Almeida (2000), entre outros, evidenciam que o processo de enfermagem, inclui quatro passos metodológicos. São eles: levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, plano/implementação do cuidado de enfermagem e avaliação do

cuidado de enfermagem.

4.6.1 Levantamento de Dados

Este momento foi o marco no estabelecimento de uma relação empática, que abriu espaço para a interação afetiva e efetiva com o idoso e a sua familiar cuidadora. Houve necessidade de vários encontros, no total de 8 (oito), para que se pudesse, gradativamente, explorar e compreender os valores, as crenças, a visão de mundo de ambos, conhecer o contexto em que vivenciam e as necessidades de cuidado cultural.

Este passo inicial foi a fase em que, a partir dos dados coletados no prontuário de família, nas informações do médico residente, no diálogo com o idoso e a sua familiar cuidadora e na observação de seus comportamentos e suas práticas de vida, identificou-se os elementos que possibilitaram a obtenção de um conhecimento mais amplo do ser humano e suas necessidades de meus cuidados.

Foi a partir desta fase que se tornou possível a identificação de prioridades de cuidados de enfermagem culturalmente congruentes. Nessa, constam os dados referentes ao idoso, a sua familiar cuidadora, problemas atuais de saúde, tratamentos atuais de saúde, comportamentos de saúde, comportamentos de cuidado cultural.

Os dados, inicialmente, foram coletados na unidade sanitária, antes do primeiro encontro com o idoso e complementados com o decorrer da prática de cuidado no domicílio. É importante salientar que o levantamento de dados deu-se em todos os encontros com o idoso e sua familiar cuidadora e viabilizou-se através da interação. O processo interativo foi o instrumento que proporcionou o conhecimento das crenças, dos valores, das práticas culturais e o significado das mesmas, condição indispensável á prestação de um cuidado cultural congruente.

4.6.2 Diagnóstico de Enfermagem

Segundo Monticelli (1997), o diagnóstico de enfermagem indica os inúmeros caminhos a serem trilhados a fim de chegar à obtenção do cuidado compartilhado culturalmente congruente. Esta fase, no meu entendimento, se confunde com as demais, haja vista que as ações de enfermagem não devem prescindir da interpretação dos elementos que as direcionarão.

Nessa prática, o diagnóstico de enfermagem configurou-se no momento em que os dados identificados na etapa anterior, depois de analisados e avaliados, apontaram os rumos das ações a serem desenvolvidas. Ali, a reflexão tornou-se fundamental e deu-se a partir de um processo de co-participação em que eu, o idoso e a familiar cuidadora, de forma conjunta, planejamos e decidimos as ações a serem preservadas, acomodadas ou repadronizadas.

4.6.3 Plano/Implementação do Cuidado

O plano de ação era organizado de acordo com as necessidades e expectativa de cuidado explicitadas pelo idoso, pela familiar cuidadora ou por mim identificados, através de conversa informal e das observações. Após a identificação, esses elementos eram colocados para apreciação, e tanto o idoso, quanto a familiar cuidadora eram estimulados a refletir e darem suas opiniões para que as ações de cuidado fossem decididas com a participação de todos. Seguindo-se, ocorria a implementação das ações de cuidado a partir dos modos de ação preconizado por Leininger: preservação, acomodação e repadronização do cuidado cultural.

4.6.4 Avaliação do Cuidado de Enfermagem

A avaliação foi constante no processo de cuidado ao idoso. Ela se fazia concomitante ao levantamento, diagnóstico, plano e implementação dos cuidados.

Inspirada em Monticelli (1997) implementei essa fase imprimindo-lhe como característica a apreciação conjunta (enfermeiro, idoso e familiar cuidadora) das

ações desenvolvidas durante o processo de cuidado. Isto permitiu verificar se houve ou não congruência cultural nos modos de ação que foram determinados. Para Monticelli (1997), caso haja congruência cultural, a evolução dessas ações (preservação, acomodação, repadronização) será considerada positiva. Do contrário, haverá necessidade de novas reflexões, questionamentos e talvez um replanejamento dos modos de ação.

5. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADO

Para sistematizar este capítulo, optei por subdividi-lo em dois subtítulos: narração e reflexão da experiência vivida; avaliação do cuidado profissional.

No primeiro subtítulo são relatadas e refletidas as situações vivenciadas durante os encontros, dando-se destaque às expectativas e necessidades de cuidado do idoso, seus valores, crenças e as práticas de cuidado cultural da familiar cuidadora.

No outro subtítulo, avalio a aplicabilidade do marco de referência reavaliando meus próprios conceitos e identificando os limites do cuidado profissional, em face à visão de mundo do idoso e da familiar cuidadora.

5.1. Narração e Reflexão da Experiência Vivida

Neste subtítulo, narro a minha prática de cuidado ao idoso, compartilhado com a sua familiar cuidadora e submeto à reflexão os elementos que pontuaram significativamente a experiência.

Esta prática, subsidiada pela Teoria Transcultural de Madeleine Leininger, foi um desafio. Não obstante, reconheço que o marco de referência se revelou fundamental à implantação de ações de cuidado, para atender singularidades

individuais e culturais do idoso e da familiar cuidadora.

O cuidado humano, tem uma gama de nuances culturais. Com esse entendimento, quando da aplicação do processo de enfermagem, investi no resgate e na valorização dos significados culturais de cuidado, evidenciados pelo Sr. Jasmim e sua companheira, buscando fortalecer o vínculo interativo com o casal. Estimulada por esta expectativa, no decorrer do atendimento, ao mesmo tempo em que redobrava a atenção às suas verbalizações, atitudes e atos, também respondia às solicitações, expressando, através da linguagem verbal e não verbal, especial atenção e respeito às suas crenças, valores e visão de mundo.

O segundo encontro, acredito, foi o marco da interação com o participante do estudo e com sua companheira, uma vez que o primeiro contato fora o momento de conhecimento recíproco de pessoas e da apresentação da proposta de trabalho.

Era uma tarde de julho que, apesar de ensolarada, apresentava uma temperatura fria. Nesse dia, antes de dirigir-me à residência do idoso, como de costume, pus-me a caminho da creche, para uma rápida visita às crianças.

Como a creche é um anexo da unidade básica de saúde, aproveitei a ocasião e fui até lá, para conversar com o médico residente responsável pelo Sr. Jasmim, a respeito do mesmo. Durante a conversa, o residente informou, que o idoso estava com gastroenterite. De posse dessa informação, dirigi-me à sua residência.

Ao chegar no domicílio, encontrei-o no leito. Ao ver-me, recepcionou-me dizendo:

“...estou zangado com o meu problema e com a equipe do

postinho, pois já tem mais ou menos cinco dias que estou com vômitos, diarreia e os remédios não resolveram... estou com febre..." (Sr. Jasmim)

Em sua definição de cuidado, Leininger (1985) o relaciona com as atividades de assistência, de apoio e de facilitação, para manter ou recuperar a condição humana ou o modo de vida do indivíduo. Face a esta concepção inspiro-me em Leopardi (1999) para afirmar que o atendimento do profissional de saúde ao cliente deve estar balizado pelo desenvolvimento de ações que promovam cuidados de saúde significativos para o cliente e para o profissional.

A filosofia e a ética dessa proposta de assistência tem, na informação, um relevante aliado. Essa opinião vem ao encontro de Tachinardi (2000), quando coloca que a informação é o maior patrimônio e ferramenta para a saúde. Vou mais além, pensando que a informação é um compromisso ético do profissional com o cliente e um direito do ser humano que está sob cuidados, sendo um elemento fundamental na educação para a saúde.

Um exame cuidadoso da fala do Sr. Jasmim, pode revelar que o processo de comunicação entre o mesmo e o médico residente que o atendeu não ocorreu de maneira satisfatória, uma vez que as informações prestadas parecem não terem suprido as expectativas de cuidado do idoso.

Aqui, surge a seguinte questão: a educação sanitária é realmente utilizada pelos profissionais de saúde, como um instrumento de assistência? Madureira (1994) parece responder este questionamento, quando afirma que a educação e saúde é utilizada sob a forma de pacotes pré-fabricados de informações padronizadas em saúde, que são repassadas às pessoas, de acordo com a avaliação do profissional, sobre as suas necessidades de cuidado.

Na enfermagem, principalmente, na área de saúde coletiva, a educação sanitária é enfatizada como elemento importante para a assistência. Entretanto,

na prática, vêm-se observando que ainda é pouco o número de enfermeiros que a utilizam com propriedade, nas ações de saúde.

Retornando à fala do Sr. Jasmim, vê-se na mensagem das suas palavras, que a inquietação e alteração do humor, tem a ver com o significado que atribui ao desconforto gastrointestinal e com a concepção de saúde/doença.

Helman (1994, p. 104) diz que “a reação emocional das pessoas aos sintomas da doença é diretamente proporcional ao significado que elas atribuem aos mesmos”. Esta resposta emocional, segundo o autor, pode ser influenciada pelo contexto sócio-econômico e cultural.

Se considerarmos que a senilidade é uma fase da vida, em que as pessoas, devido à diminuição das reservas psicológicas e fisiológicas, tornam-se mais vulneráveis aos agravos da saúde; que saúde/doença, conforme Monticelli (1997), é um conceito inserido em uma complexa rede de significados; que a condição de saúde/doença é sentida de forma singular pelo ser humano e que esta dá significado próprio à saúde, à doença e à necessidade de cuidado, a explicação de Helman (1994) é adequada à situação do idoso, pois além do sofrimento causado pela fragilidade orgânica, há de considerar-se também o significado cultural do idoso sobre a própria situação de saúde/doença. Tudo isso soma-se à questão dos gastos mensais com as medicações, que afetam de forma significativa o orçamento doméstico.

As despesas com tratamento de saúde é uma questão que pesa para qualquer cidadão, principalmente, se este tem como uma única fonte de renda mensal, o salário de aposentado, como acontece com o Sr. Jasmim.

Esta situação reflete a questão da pobreza que grande parte dos aposentados brasileiros vivenciam, sobrevivendo com um salário que o impede de ter uma vida digna e o acesso às necessidades, que são básicas para o ser

humano, tais como alimentação, habitação adequada e ao atendimento das suas necessidades de saúde e qualidade de vida.

A posição do aposentado no Brasil retrata, entre outras perdas, a social. Parar de trabalhar para o idoso implica no corte de vínculos, que tem como consequência mais comum o empobrecimento relacionai, em decorrência das limitações que lhes são impostas, pela dificuldade da convivência social. Rodrigues (1998) e Castro (1998).

Entretanto, apesar destes aspectos de ordem político-sociais serem relevantes, o que mais preocupou nessa verbalização foram as queixas de vômitos, diarréia e febre, manifestações comuns à Gastrenterite, pois sabe-se que a perda de líquidos e eletrólitos pelo organismo pode por em risco a vida do ser humano. Em se tratando de pessoas idosas, o risco parece ser mais acentuado, uma vez que, em função da debilidade fisiológica, própria do envelhecimento, o idoso torna-se mais vulnerável às consequências da desidratação. Conforme Brunner (1977, p.229), “as pessoas da terceira idade têm uma maior predisposição às doenças, pois tanto as reservas orgânicas quanto as defesas do organismo estão diminuídas”.

Ciente disto, aproximei-me do seu leito, para melhor ouvi-lo e também para demonstrar-lhe que estava atenta às suas preocupações. Naquele momento, a primeira atitude de cuidado foi tentar diminuir a irritação do Sr. Jasmin e, também, fazê-lo entender que compreendia as razões de seu estado de ânimo.

Para uma pessoa leiga, fica difícil compreender que a resposta do organismo às medicações são relativamente lentas. Pensando assim, com palavras acessíveis à sua compreensão, expliquei-lhe que os remédios, em sua maioria, não fazem efeito imediato. Os sintomas da doença só desaparecem depois que a droga é absorvida pelo organismo. Após tal explicação, o Sr. Jasmim pareceu mais tranqüilo.

Em seguida, questionei sobre a frequência dos vômitos e das evacuações, bem como sobre as características destas eliminações. Ele respondeu que quando começou a diarreia as fezes eram fétidas e os vômitos começaram muito fortes e foram diminuindo gradativamente. Esta informação serviu para esclarecê-lo de que a diminuição dos sintomas já era uma resposta do organismo aos medicamentos. Sentindo-o mais sereno, solicitei-lhe informação a respeito da medicação que estava fazendo uso e sobre a conduta da sua companheira frente à administração terapêutica. Assim, a Sr[^]. Rosa mostrou os remédios que estavam sendo usados e disse de que maneira estavam sendo tomados. Ela mostrou o Dramin e o envelope de Soro Reidratante e respondeu:

“...estou dando como o médico do postinho, que esteve aqui em casa me disse, dou com chá de erva cidreira, que é bom para ele ficar calmo”. (Sr[®]. Rosa)

A declaração da familiar cuidadora evidencia a sua atenção em cumprir as recomendações médicas e, ao mesmo tempo, um hábito cultural do nosso povo, de utilizar plantas medicinais no tratamento de doenças.

Como o uso de chás é uma prática de saúde muito utilizada, faço um parêntese para tecer algumas considerações sobre o assunto.

A fitoterapia, de acordo com Silva (1996), é um recurso utilizado pelas pessoas para manter a saúde e, assim, prevenir e tratar doenças. A autora adianta que, em virtude de alguns tratamentos terem revelados resultados considerados satisfatórios, existe, atualmente, uma melhor aceitação, por parte dos profissionais de saúde, do uso de plantas como alternativa de cuidado e tratamento de doenças. Dentre estas ervas medicinais, encontra-se a erva cidreira.

A erva cidreira é conhecida em algumas regiões como erva luiza, capim-cidreira, cidrão, melissa, entre outros. Cientificamente denominada *Lippia*

citriodora , pertence à família da Verbenaceas. É uma erva aromática e seu gosto lembra a cidra. Tem ação digestiva, tônica e calmante; é indicada nos estados nervosos, epilepsia, no alívio de cólicas e dores intestinais. Além destes usos, esta erva serve para aromatizar outros chás e para fazer licores (CAPA, 1995).

Sabedora da importância deste fitoterápico, elogiei a Sr[®]. Rosa pela iniciativa em dar o chá ao Sr. Jasmim, para acalmá-lo. Aproveitei a oportunidade e os parabenizei por terem seguido as instruções médicas na administração da medicação e, por conseqüente, surgiu a explicação de que as mesmas tinham ação no combate às náuseas e contribuíram para a reposição dos eletrólitos perdidos em decorrência dos vômitos e diarréias.

Esta justificativa parece ter sensibilizado o Sr. Jasmim e a Sr[®]. Rosa, visto que ambos demonstraram visível interesse pelo que estava lhes sendo dito. Minutos após, ficou combinado que ele continuaria a usar a medicação e o chá oferecido pela cuidadora. Agindo assim, acredito que foi preservado o cuidado cultural, como parte do desenvolvimento da própria ética do cuidado em enfermagem, conforme assegura Lenardt (1996).

Como a alimentação e o tipo de dieta é um item a ser considerado em qualquer situação de saúde/doença e como o problema do idoso era distúrbio da mobilidade gastrointestinal, perguntei à familiar cuidadora como a mesma havia preparado o almoço.

“Fiz arroz, um purezinho de batata e um guisadinho, com pouco óleo e tempero”. (Sr[^]. Rosa)

“Ótimo, Sr[®]. Rosa”, disse-lhe eu, “está ótimo, a Sr[®] fez muito bem, pois esses tipos de alimentos são de fácil digestão”. Com estas palavras, tinha em mente a preservação do cuidado cultural, uma vez que os alimentos á base de carboidratos, proteínas e lipídios iriam suprir as necessidades calóricas e

energéticas requerida pelo organismo do Sr. Jasmim, para minimizar a debilidade orgânica, conseqüente da gastroenterite.

No transcorrer da visita, reforçei a importância da medicação e liouve estímulos a que continuasse mantendo os cuidados culturais, dizendo-lhe que continuasse com o chá de erva cidreira e que, enquanto o Sr. Jasmim estivesse apresentando os sintomas agudos da doença, mantivesse sua dieta com o mesmo tipo de alimentos.

Ao término da visita, senti-me bastante satisfeita, por perceber que, o idoso demonstrava estar mais sereno e mais confiante no tratamento. Por outro lado, senti que, a partir daquela visita, a interação com o casal intensificou-se visivelmente. Isto se revelou claramente ao término do encontro, quando eles mostraram interesse pelo meu retorno. Essa impressão confirmou-se na despedida:

“Volte o dia que tu quiseres, estou te esperando...não estou mais nervoso ... tu me deixaste bem...” (Sr. Jasmim)

Esta reação deixou-me satisfeita, tanto que, ao me retirar estava convencida de que havia escolhido o caminho certo para cuidar o idoso e compartilhar o cuidado com a sua familiar cuidadora. Com isto, reporto-me a Leopardi (1999), ao dizer que a enfermagem é uma profissão científica e humanística, que propicia assistência, suporte, facilitando e capacitando os indivíduos para manterem e reaverem o seu bem-estar, de uma forma culturalmente significativa e satisfatória.

Em outras palavras, Leopardi está referindo-se ao cuidado humanizado, uma vez que, para a enfermagem, a humanização da assistência é comum no cotidiano do exercício profissional. Entretanto, para pessoas idosas, como o Sr. Jasmim e a Sr^a. Rosa, um tratamento respeitoso e carinhoso por parte de um

profissional é percebido como algo extraordinário, talvez porque, em nossa sociedade, de maneira geral, as pessoas marginalizam e estigmatizam o idoso, quando não os veneram ou respeitam, a partir da postura ou da forma como os mesmos vivenciam o envelhecimento.

Apesar da satisfação com o resultado deste encontro, naquele dia, ao retirar-me da residência do Sr. Jasmim, saí preocupada com o seu problema de gastrenterite. Fui tomada por um sentimento de inquietude. Naquela mesma tarde, procurei o médico residente, responsável por ele e lhe expus a minha preocupação, contando-lhe, em detalhes, o que observara durante a visita domiciliar. O médico referiu que a terapêutica estava adequada ao quadro clínico, o que me tranqüilizou.

Entretanto, a preocupação com o Sr. Jasmim retornou, quando dois dias após, ao ir à unidade sanitária, houve a informação, pela equipe, que a Sr[^]. Rosa lá estivera, à minha procura. Voltei á residência do Sr. Jasmim, antes da data aprazada.

No domicílio, fui recebida com alegria pela sua esposa, que ao abrir a porta, disse:

“Bom que tu vieste!... saí com todo esse frio porque o velho mandou e fui no postinho atrás de ti ... ele já ficou bom, não vomitou mais e passou a diarréia, ...o velho quer que tu resolvas, pois está com febre no intestino...” (Sr[®]. Rosa)

Aquela declaração deu margem a dois sentimentos: o de felicidade, pela demonstração de confiança, evidência concreta de aceitação profissional e que o processo de interação havia se consolidado. O outro sentimento foi o de perplexidade, um sentimento de não saber o que fazer e o que dizer, quando a familiar cuidadora referiu a *febre no intestino*. Era um dado novo que se apresentava. E o pior é que era uma referência cujo significado era desconhecido.

até o momento. Vivamente impressionada com aquela referência, aguardou-se a ocasião oportuna, para saber a significação cultural e a partir do seu conhecimento direcionar as ações de cuidado.

Lenardt (1996) e Silva (1996) dizem que os aspectos culturais do paciente servem de guia para o plano de cuidado de enfermagem e que a maior parte das nossas ações devem ser dirigidas de acordo com a aceitação das pessoas a quem assistimos.

Leininger (1991) reforça que uma ação de enfermagem, quando realizada respeitando as diferenças, evita tratamentos incompletos, discriminação e desrespeito pelas percepções e concepções sobre saúde/doença e cura.

Confusa, e por que não dizer, com certo receio, encaminhei-me ao quarto do idoso e me aproximei do leito. Devido à baixa temperatura, ele estava coberto por vários acolchoados. Após sentar-me na cadeira oferecida pela Sr.ª Rosa, deu-se início ao diálogo. Tentando deixá-lo descontraído, após cumprimentá-lo, perguntei-lhe:

“Sr. Jasmim, a Sr.ª Rosa contou que o Sr. quer que eu resolva o seu problema. No que posso ajudá-lo? Diga para mim, o que o Sr. está sentindo?”

A estas indagações, o idoso disse:

“Emília, estou com febre no intestino ... a velha está tirando...” (Sr. Jasmim)

Frente a tal declaração, minha perplexidade aumentou e deu-se início a indagações e conjecturas sobre a “tal febre”: Será vôlvo? Será flatulência? Pensei em até em câncer de intestino.

Enquanto pensava e, ao mesmo tempo, tentava imaginar o que deveria dizer ao Sr. Jasmim, notei que no chão do quarto, próximo à sua cama, estava um balde com água e que liavia em cima da mesma alguns trapos. Pareciam pedaços de lençóis usados, já gastos pelo tempo.

Curiosa para saber os motivos daqueles apetrechos encontrarem-se ali, questionei da forma mais natural que eu pude:

“Sr. Jasmim para que servem o balde e os panos?”

Ele respondeu:

“É para a velha tirar a febre”. (Sr. Jasmin)

Neste mesmo instante, a familiar cuidadora, silenciosamente, aproximou-se do leito, pegou os trapos, umedeceu-os na água do balde, torceu-os para retirar o excesso, levantou os acolchoados que aqueciam o Sr. Jasmim, ao mesmo tempo que os colocava sobre a região hipogástrica, verbalizando:

“...a água está morna ... tira a febre ... morava pra fora e quando os filhos ficavam doentes, era como eu curava...” (Sr.ª Rosa)

O que o Sr. Jasmim acrescentou, logo após a explicação da Sr.ª Rosa, fez-me concordar com Leininger (1985), ao reportar que as crenças, os valores, as normas e os ritos têm uma poderosa influência na sobrevivência humana, no estado de doença, saúde e bem estar. Praticamente, todas as culturas tem seus pontos de vista sobre saúde e doença e comportamentos de cuidados próprios.

“...isto é melhor do que remédio... era minha avó que fazia conosco, aprendi com ela e com minha mãe.” (Sr. Jasmim)

Ambas declarações propiciaram-me o entendimento da causa do mal estar do Sr. Jasmim e do significado cultural do cuidado, utilizado por sua esposa. Naquele momento, entendi que aquilo que era denominado de febre no intestino, nada mais era que uma dor hipogástrica. No que se refere ao cuidado, transfigurou-se ao olhar uma prática/hábito cultural de família, que vem se mantendo, graças a uma tradição familiar, passada de pais para filhos.

Esta compreensão remete à Helman (1994) ao assinalar que, a cultura é um sistema de conhecimentos, crenças, artes, moral, leis, costumes e toda e qualquer capacidade ou hábitos adquiridos pelo ser humano, enquanto membro de uma sociedade e, leva a pensar, em Leininger (1985), quando afirma que, a cultura são valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que unem pensamentos, decisões e ações em formas padronizadas.

Essas decisões e ações, nada mais são do que, o chamado cuidado popular o qual, é definido por esta teórica, como sendo um conjunto de conhecimentos populares e habilidades culturalmente aprendidas e transmitidas, para proporcionar ações de cuidado ao indivíduo, família, grupo ou outro seguimento da estrutura de uma sociedade.

As práticas populares, segundo Silva (1996), vista pela medicina como métodos não convencionais, são utilizadas pelas famílias para cuidar de seus membros. Nos grupos familiares, geralmente é a mulher quem assume a utilização e a disseminação de práticas populares de saúde, dado seu papel cultural, sendo ao mesmo tempo usuária destas práticas e agente na sua divulgação no seio familiar e na sua rede de suporte social.

Após esta reflexão, elogiou-se a cuidadora : “Que bom Sr.® Rosa, que a senhora põe em prática, as coisas boas que aprendeu com a sua família.”

A seguir, dirigi-me ao Sr. Jasmim, parabenizando-o pela sua fé nos cuidados que sua esposa estava prestando e por valorizar a cultura familiar. “É, Sr. Jasmim, é muito importante a gente dar valor ao que a família nos ensina. Realmente, água morna deixa os músculos mais frouxos. Isto, alivia um pouco o desconforto na barriga.”

Esse elogio ao Sr. Jasmim reproduz o entendimento que a ética do cuidado de enfermagem configura-se no respeito e na consideração dos valores, significados e práticas culturais do outro. Assim sendo, concordo com Lenardt (1996, p.36), ao considerar que está de acordo com a ética de enfermagem, aceitar a cultura do paciente como parte valiosa e significativa do ser humano.

Ao elogiar o Sr. Jasmim, tinha a intenção de demonstrar o meu respeito às suas crenças, e também, utilizá-lo como estratégia para negociação do cuidado.

Assim, mesmo acreditando que se manteve o cuidado cultural, senti a necessidade de conversar com o idoso e sua cuidadora para, juntos, compartilharmos das decisões de cuidado: com palavras simples, foi-lhes explicada a importância dos remédios, esclarecendo que estes poderiam associar-se aos cuidados que a Sr.® Rosa estava realizando. Salientei que essa associação de cuidados trariam resultados mais favoráveis, pois não só fariam diminuir os sintomas indesejáveis, mas também poderia contribuir para o desaparecimento do desconforto.

Desta forma, ao acomodar o cuidado cultural, houve o resgate do pressuposto de que o cuidado, as manifestações, os processos, os valores e as crenças de enfermagem transcultural, precisam ser explicados de maneira sistemática e científica, com bases humanísticas (Leininger, 1985).

Após sete dias, retornei à residência do Sr. Jasmim. Nesta visita, o casal de idosos se encontrava sentado na sala, conversando. Tive satisfação em vê-los

num colóquio cordial e, sobretudo, por estar o idoso fora do leito. Cumprimentei-os e depois sentei-me, de maneira espontânea, numa atitude de ouvi-los e querer participar da conversa. Parecendo muito contente com minha chegada e com a minha atitude, o Sr. Jasmim inteirou-me sobre o teor do assunto que estavam conversando:

“...hoje recebemos a visita de um guri que vende jazigo perpétuo... conversava com Rosa que pretendia comprar um para a próxima morada... a morte está muito cara... prefiro gastar o dinheiro com remédios... o que tu achas, estou certo? (Sr. Jasmim)

Tal questionamento inesperado remonta à Bielemann (1997), quando infere que os profissionais de saúde têm dificuldades e limites ao deparar-se com a questão da morte, já que suas formações profissionais os instrumentalizam para lidar com a cura, portanto com a vida. Também compartilho da opinião de que nós, profissionais, temos dificuldade em lidar com a finitude humana apesar de, em nosso cotidiano, deparamo-nos com a perspectiva de morte, várias vezes. Essa dificuldade, acredito, é cultural.

A mesma autora faz uma referência especial ao assunto, quando sinaliza que a história da humanidade registra que houve mudanças nas concepções das pessoas acerca da morte. Assim, enquanto na idade média a morte era um acontecimento, pode-se dizer festejado, e, na fase do romantismo, vista como algo belo e sublime e até certo ponto desejada, com o advento do cristianismo, o ser humano movido pela idéia de céu e inferno começa a temer o seu destino após a morte.

Hoje em dia, muitas pessoas temem a morte. Este temor, no entendimento de Bielemann (1997), tem raízes na revolução industrial, uma vez que os avanços científicos e tecnológicos contribuíram para que o ser humano internalize a morte como sinônimo de perda (família, bens materiais, *status*, dentre outros) e de fracasso. Por isso, a negação da morte pode ser uma forma de enfrentamento.

Voltando à questão da venda do jazigo, provável motivo da melancolia do Sr. Jasmim, acredito que este é um assunto a ser analisado por vários ângulos, desde o cultural até o sócio econômico, religioso, entre outros. No espaço deste estudo, limito-me a pontuar alguns aspectos relacionados à cultura, haja vista, que a prática de cuidado ao idoso foi centralizada neste conceito. Neste momento, ao lembrar a tristeza do Sr. Jasmim reporto-me à idéia de que, na nossa cultura, a conotação negativa de morte pode influenciar o estado emocional das pessoas.

Para Kübler-Ross (1975), a saúde é condição vital e a morte se constitui na maior perda que uma pessoa pode ter, no que diz respeito à sua vida física. Este pensamento é completado por Bielemann (1997, p.112), ao dizer que “a morte nos faz lembrar que somos simplesmente passageiros de uma viagem que se chama vida, a qual queremos que se prolongue ao máximo”. Assim, o confronto do ser humano com a morte é difícil e, às vezes, doloroso. Entretanto, há quem a encare como uma forma de libertação, conforme a compreendem os espíritas. No caso do idoso, a morte como realidade concreta, como diz Caldas (1998), nem sempre é temida. Alguns a vêem como a libertação de uma vida destituída de significado e amor humano.

O que assinalam os autores e a minha própria experiência de vida, leva-me a pensar que as pessoas enlutadas pelo sofrimento, devido à perda de um ente querido, talvez tenham uma visão negativa da morte mais acentuada que as demais.

Pensando assim, conversei com o Sr. Jasmim, incentivando-o a falar sobre suas angústias e preocupações, com o intuito de saber se os motivos do seu estado melancólico estavam relacionados a compra do jazigo e a morte. Face a este apelo, o idoso começou a relatar a sua experiência com a perda e as doenças de familiares.

Durante o colóquio, ele contou:

“...Tive um irmão que morreu de câncer... tenho um irmão que está com câncer na próstata... e uma irmã que vai ao hospital para fazer hemodiálise,... está com câncer nos rins... Todos são velhos, não tem ninguém novo...” (Sr. Jasmim)

Respondi ao idoso que o mais provável era que a sua irmã não fosse portadora de câncer e sim de Insuficiência Renal Crônica, por isso era necessário a sua ida com esta frequência ao Hospital, para realizar o tratamento. No que diz respeito à história do irmão, como o Sr. Jasmim não me forneceu detalhes que subsidiassem uma maior clareza sobre o caso, falei-lhe que, em virtude de não dispor de maiores informações sobre o mesmo, naquele momento seria difícil opinar a respeito da sua enfermidade. Em seguida, questionei se eram estes os motivos da sua tristeza e por que os fatos que o deixava nesse estado foram lembrados?

“... quando o guri chegou aqui para vender o jazigo eu lembrei dos meus irmãos... e que a morte está perto de mim. Eu tenho câncer... (Sr. Jasmim)

Aqui, devo referir que o Sr. Jasmim diz ter vários tipos de câncer. Em seu imaginário, encontram abrigo o câncer de próstata (extirpada há cerca de 10 (dez) anos e câncer de intestino.

Houve esclarecimento ao idoso que, por estar sendo acompanhado, tive o cuidado de saber informações que permitissem conhecê-lo melhor, para que seus reais interesses e expectativas de cuidado fossem atendidos. Por isso, conversei com o médico residente sobre a sua doença, buscando informações no prontuário de família e efetivando a leitura de seus exames. Nenhum desses dados evidenciaram vestígios de câncer em seu organismo. Além do mais, era impossível que tivesse a próstata acometida por câncer, haja vista que a mesma lhe fora extirpada na cirurgia feita há dez anos. Acrescentei, também, que o

câncer não determina o fim da vida, que atualmente a medicina tem avançado no tratamento dessa doença com resultados satisfatórios.

O momento foi oportuno para abordar a questão da morte, visto que pareceu que a perspectiva de finitude próxima estava afetando o seu estado emocional. Questionei se gostaria de falar sobre o assunto e qual a sua concepção da mesma. Depois de ouvi-lo, percebi que além do medo da morte o Sr. Jasmim achava que ela estava próxima, devido à sua idade. Quando o Sr. Jasmim terminou de falar, expliquei que, na natureza, os seres vivos cumprem um ciclo de vida. Nós, seres humanos, como parte dessa natureza, nascemos, vivemos e morremos, independente de qualquer situação de vida.

Prosseguindo, acrescentei que o fato de estar idoso não atesta a proximidade de morte e que esta pode acontecer, conforme a vida nos mostra, em qualquer faixa etária. Continuando, pontuei que velhice é uma linda fase, e que conhecia inúmeras pessoas idosas que se mantinham ativas, alegres, gostando de viver e *de bem com a vida*, mesmo após setenta anos. Finalizei afirmando que idosos são pessoas úteis e que pela experiência de vida têm muito a contribuir com a sociedade. Antes de encerrar aquele diálogo, achei importante resgatar o fato da venda do jazigo, colocando para o casal que nos dias atuais é comum as pessoas terem esse tipo de precaução, como forma de evitar possíveis dificuldades futuras para a família.

Se para nós, profissionais, é difícil lidar com a questão da morte, acredito que para o idoso, principalmente, o que está fragilizado, este entendimento torna-se mais penoso. Isto nos traz de volta ao conceito de cultura.

Em nossa sociedade, é comum as pessoas dizerem que “a velhice é o fim da vida”, atrelando esta fase à proximidade da morte. Estando inseridos na cultura desta sociedade é compreensível que o Sr. Jasmim e o vendedor também compartilhem desta idéia. Apoiado por este entendimento, é possível que o

vendedor ao cumprir a sua rotina de trabalho, oferecendo plano a todos os moradores, tenha priorizado visitar pessoas idosas como o Sr. Jasmim, movido pela idéia pré concebida de que a velhice e a morte caminham lado-a-lado.

Naquele dia, permaneci na casa do Sr. Jasmim durante toda a tarde, pois percebi o ar melancólico e depressivo. Desconfiei que o estado de ânimo do idoso estava relacionado com as suas inquietações, devido à idéia de morte. A Sr.® Rosa confirmou tal percepção e reafirmou o que havia falado, quando dirigiu-se ao Sr. Jasmim e lhe disse:

“... velho este povo é louco... estão fazendo o serviço deles... vamos morrer, para isso nascemos... está escrito na Bíblia... mas não é agora, esquece estas bobagens e tenha fé.” (Sr^ Rosa)

Estas palavras de consolo carregadas de fé e de esperança lembra Bielemann (1997), por concordar que esses sentimentos parecem favorecer a qualidade de vida humana, na medida em que ajudam as pessoas a viverem melhor. Penso que a fé e a esperança são estratégias utilizadas pelos seres humanos para lidarem com situações de difícil enfrentamento.

Por outro lado, vale referenciar a atitude da Sr.® Rosa, o seu esforço para consolar o companheiro toca profundamente. Aliás, vejo essa senhora como uma pessoa surpreendente, pois, afinal ela consegue conciliar as dificuldades dos encargos domésticos, com o cuidado do companheiro, fazendo tudo para proporcionar-lhe bem estar.

O otimismo e entendimento da Sr.® Rosa foi elogiado e serviu para mais uma vez animar o idoso. Disse-lhe que, naquele dia, eu o achara bem melhor que nos anteriores, pois já havia deixado o leito e estava sentado na sala, isto era um bom sinal, significava que ele estava se restabelecendo e que era uma pessoa forte.

Depois disto, sutilmente, a conversa foi dirigida para os outros assuntos. Conversamos sobre a família, a respeito dos filhos, incentivei-o a falar sobre os netos, relacionamento com os vizinhos, a sua vida na comunidade, suas preferências de lazer e a história da sua juventude, que o Sr. Jasmim contou com bastante entusiasmo.

Neste bate papo, a Sr.® Rosa também falou de si. Conversou sobre seus gostos, a igreja a qual frequenta, seus afazeres domésticos, a saudade do filho que reside em São Paulo, e que há muito tempo não vê, entre outros assuntos. A conversa ficou tão animada, que ninguém percebeu que a tarde já ia longe. Naquele dia, ao sair da residência dos idosos tive a certeza de que deixei o casal menos preocupado; o clima de desesperança e tristeza desapareceu, dando lugar, ao que parece, a uma certa tranqüilidade. É o que se percebe na fala do idoso.

“...tu és danada... chega, a gente está nervoso... na hora que vai embora, a gente está bem...” (Sr. Jasmim)

Tal declaração, em tom de elogio, soa como um reconhecimento de um cuidado com dimensões biofísicas, culturais, psicológicas, sociais, espirituais e ambientais que devem ser compreendidas, para que o enfermeiro possa oferecer cuidado holístico às pessoas. Este pressuposto de Leininger (1985) converge para o entendimento de outros estudiosos do assunto. Vejamos o que dizem Patrício (1993), Arruda, Elsen e Trentini (1989). A primeira focaliza o cuidado sob uma perspectiva de abordagem holística do ser humano, partindo da compreensão de sua totalidade, as demais parecem refletir a mesma concepção, ao identificar o cuidado com um dos componentes do conforto. O cuidado, para estas, é considerado a essência da enfermagem e o confortar como um dos seus objetivos.

5.2. Avaliação do Cuidado Profissional

A humanização da assistência de enfermagem, hoje em dia, vem sendo um tema freqüente nas falas dos enfermeiros, mas vem-se observando que, na prática cotidiana, além de privilegiarmos ações de cuidados centrados na técnica e no biológico, ainda impomos um cuidado que valoriza apenas o saber profissional e a nossa visão do mundo.

Nesta prática, ao compartilhar com o idoso e sua familiar cuidadora, uma relação afetiva em que a criatividade e o respeito ao livre pensar e agir do outro foi um ponto marcante da experiência, pode-se constatar o que Monticelli (1997) afirma, com propriedade: a enfermagem é uma prática social e, como toda prática, é constantemente transformada e transformadora.

Neste sentido, acredita-se, depois de vivenciar uma experiência de cuidado humanizado, que nem o enfermeiro nem o cliente serão os mesmos. Ambos crescem juntos. O cuidado compartilhado configura-se numa relação de trocas, em que os valores e crenças das duas partes são preservados, acomodados e repadronizados (Leininger, 1985).

Assim, concordo com Monticelli (1997), admitindo que o processo de cuidar é também um processo de ensino aprendizagem, no qual o enfermeiro e o cliente se influenciam reciprocamente. Mesmo existindo diferentes conceitos, valores e diferentes práticas, há a possibilidade de que as culturas se encontrem através da interação e da troca de experiência.

Entretanto, até chegar a adquirir esta visão, tive que ultrapassar alguns obstáculos individuais, entre os quais, o de ter que resistir ao apelo de conceitos arraigados e não ceder á tentação de retornar á antiga postura. Essa nova forma de cuidar foi um desafio, exigiu um grande esforço pessoal e sobretudo muita vontade de acertar e vencer as limitações pessoais e profissionais.

Para ilustrar, trago exemplos de situações em que tentei impor pontos de vista. Entre estas, as mais delicadas, por exigir maior tato na condução das ações de cuidado foram: a automedicação, a alimentação, a locomoção e a higiene da habitação.

A automedicação, hábito, que sabemos ser nocivo para a saúde, é uma prática que os idosos mantêm há muitos anos. Pontualmente, todas as manhãs, no desjejum, cada um ingere 1 (um) comprimido de Cronogeron® 25 mg.

Este hábito dos idosos foi difícil de ser negociado, porque ambos faziam uso desta medicação, sem apresentarem nenhum mal-estar. Ao contrário, segundo eles, sentiam-se muito bem.

Soube do costume dos idosos de se automedicarem por ocasião de uma visita, quando a familiar cuidadora informou que o Sr. Jasmim, em virtude dos desconfortos gastrintestinal, estava fazendo uso dos medicamentos prescritos pelo médico do *postinho*.

Naquele dia, preocupada em atender as necessidades de cuidado mais imediatas do idoso, não houve interesse em investigar se, além deste medicamentos, haveria outro utilizado por ele.

Na visita seguinte, ao constatar as melhoras no quadro do Sr. Jasmim e ao senti-lo mais confiante nos cuidados prestados, surgiu a curiosidade sobre o uso ou não de outras medicações. Imediatamente, ele abriu a gaveta do criado mudo, ao lado da cama, e começou a mostrar os remédios, explicando o uso de cada um. Pouco a pouco, da gaveta abarrotada, foi surgindo uma variedade de remédios.

⁶¹ Cronogeron 25 mg. Genérico: Cinarizina. Indicação: Vaso dilatador cerebral e periférico.

Aproveitei a ocasião e lhes perguntei quem havia indicado aqueles remédios e como eles os tomava. Ele respondeu:

“O médico passou para mim tomar há muito tempo, quando eu fiz a cirurgia da próstata e continuo tomando... o que o médico me deu quando eu tive o derrame, eu continuo tomando também e a Rosa também toma...” (Sr. Jasmim)

Ao ouvir esta informação, fiquei apreensiva, não só com a questão da automedicação da familiar cuidadora, como também pelo fato de o Sr. Jasmim estar fazendo uso de remédios que não tinha necessidade, sem o devido acompanhamento médico, posto que sua próstata fora retirada.

Frente a isto, enquanto ouvia o Sr. Jasmim, observei aquela quantidade de medicação e ia pensando na forma de condução das ações de cuidado. Foi então que, por um momento, a antiga atitude de cuidado se sobrepôs à atual e lhes disse que não estava correto eles usarem as medicações e que não deveriam continuar a fazê-lo, sem a devida avaliação e acompanhamento médico.

A idosa respondeu:

“Ah... tu ficas inventando coisas, me sinto tão bem!” (Sr.® Rosa)

Antes de descrever como foi tecida a negociação sobre este cuidado, é interessante registrar que a familiar cuidadora se automedicava com o Cronogeron, como prevenção de sintomas de comprometimento neurológico.

“...Eu nunca tive nada. Eu tomo remédio para não ter tontura e zumbido.” (Sr.® Rosa)

Começou a negociação do cuidado, diante da explicação sobre a indicação e os efeitos dos remédios. Esclareci ao Sr. Jasmim que estas medicações já não

lhe eram necessárias, uma vez que não tinha a próstata e, por outra, que devido ao uso prolongado desses medicamentos, o organismo não mais respondia ao efeito desejado. Em seguida, expliquei à Sr.® Rosa que o remédio que tomava por conta própria, não tinha efeito preventivo, muito pelo contrário, constituía um risco para a sua saúde. Argumentei que se ela nada sentia, não tinha porque estar usando uma medicação que ao ser absorvida pelo organismo estaria pondo em riscos outros órgãos.

Sr.® Rosa nada respondeu, mas o idoso contra-argumentou, pegou os remédios e disse:

“Este aqui foi o doutor “fulano” que me deu... este foi o doutor “fulano” que passou: eu vou continuar tomando”. (Sr. Jasmim)

Naquela resposta, de imediato, percebi que dificilmente eu conseguiria repadronizar o cuidado, pois além de demonstrar a confiança no saber médico, os idosos tinham um entendimento próprio sobre saúde e doença. Tanto para ele como para ela, o conceito de saúde parecia estar ligado ao uso de medicamentos. Isto era tão arraigado em suas mentes que ao receber o seu pequeno salário de aposentado, o primeiro ato do idoso era dirigir-se à farmácia para comprar os remédios, o que sobrava era reservado para as demais despesas.

Esta informação do Sr. Jasmim também foi utilizada para negociar o cuidado, mas o esforço revelou-se infrutífero uma vez que eles mantiveram a decisão. Diante disto, e também por lembrar de Leininger (1985), ao afirmar que saúde é o estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, optei por não mais insistir na argumentação. Questionei sobre a concordância dos mesmos em conversar com o médico residente sobre aqueles remédios e não expressaram nenhuma objeção.

Só a título de informação, nem o próprio residente conseguiu persuadi-los a

mudar o hábito de se automedicarem.

Hoje, ao reportar a esse momento vivido, sinto que, apesar de não ter conseguido repadronizar este hábito dos idosos, respeitei o valor cultural deles, ao permitir que expusessem suas opiniões e mantivesse suas decisões. Isto vai ao encontro de Lenardt (1986), ao assinalar que as influências culturais estão profundamente enraizadas, são penetrantes em seus efeitos e resistente às mudanças.

A questão da alimentação, embora não tenha exigido um esforço maior para ser negociada, a simples idéia de ter que investir num tempo relativamente grande para justificar a necessidade da inclusão de novos hábitos alimentares para melhorar a saúde, fez-me pensar que seria mais cômodo, se considerasse apenas o conhecimento profissional para convencê-los a mudar seus hábitos.

Os alimentos, da mesma forma que os líquidos, são uma das inúmeras necessidades que o ser humano requer para sobreviver. Entretanto, o ato de comer não significa que as pessoas estejam introduzindo no seu organismo os nutrientes necessários à sua saúde. Segundo Berger (1979), alimentar-se é tão fundamental para a vida biológica quanto para a saúde psicológica do ser humano. A esta idéia, Comfort (1979) acrescenta que tanto comer como fazer amor são prazeres que podemos desfrutar durante toda a nossa vida. O alimento é, portanto, mais do que uma simples fonte de nutrição. Para o ser humano, ele é condição indispensável à qualidade de vida.

Sobre o ponto de vista cultural, o alimento está ligado à função do ser humano na sociedade e até à própria organização social, conforme Helman (1994), ao afirmar que o alimento “desempenha diversas funções nas várias sociedades humanas, e está intimamente relacionado com os aspectos sociais, religiosos e econômicos de vida cotidiana.”

No que tange ao idoso, Hutz (1986, p. 243) enfatiza que “a boa alimentação é fundamental para conservar a saúde, prolongar a vida e retardar o início de enfermidades degenerativas”. Para isto, a pessoa idosa necessita que o seu organismo receba, de forma adequada, os nutrientes necessários à manutenção da sua saúde.

Quando tornei ciência dos hábitos alimentares do Sr. Jasmim, da sua preferência por alimentos ricos em amidos e carboidratos em detrimento de outros com igual valor nutricional, utilizei como um dos argumentos para negociação do cuidado, idéias semelhantes às de Hutz (1986).

Com palavras simples, foi-lhes explicado a importância da alimentação para a saúde e a necessidade de introduzir, na dieta, alimentos calóricos, protéicos e ricos em fibras, tais como: peixes, aves, ovos, verduras, legumes, frutas, entre outros.

Ponderei com os mesmos que a introdução de novos hábitos alimentares é uma atitude difícil para qualquer ser humano, principalmente por se tratar de um hábito antigo. Sugeri, então, à familiar cuidadora que fornecesse uma atenção especial à apresentação dos alimentos e à variação do cardápio. Ela pareceu concordar com a sugestão, dizendo que assim iria proceder, colocando que a mesma providenciaria estes alimentos no minimercado e na feira do bairro. No decorrer da prática, percebi que os idosos acrescentaram aos hábitos alimentares antigos aqueles outros que haviam sido sugeridos. Creio que, dessa forma, houve a acomodação do cuidado cultural.

A negociação deste cuidado foi relativamente fácil. Nesse entendimento, um dos aspectos que estimulou essa adesão ao cuidado profissional foi o problema de constipação intestinal do Sr. Jasmim. Isto, também, ficou evidenciado, pois quando no retorno à residência dos idosos a familiar mostrou o pacote de farelo de trigo e o chá de ameixa que havia preparado. Aquela atitude fez pensar no pressuposto de Leininger (1985) para o cuidado, em que as

manifestações, processos, valores e crenças de enfermagem transcultural precisam ser explicadas de maneira sistemática e científica, com bases humanísticas.

Conforme mencionado no início dessa reflexão, uma das situações que exigiu maior habilidade de cuidado, foi a respeito da higiene ambiental e higiene corporal dos idosos.

O conceito de ambiente não está incluso no marco referencial elaborado para cuidar o idoso, mas no decorrer da prática de cuidado, este se mostrou significativo, evidência clara, que justifica Leininger (1985), quando define ambiente como sendo o centro significativo do ser humano e seus arredores físicos e é parte do cenário onde a enfermeira atua.

As condições higiênicas do ambiente onde residem os idosos são bastante precárias. Entre estas, as que exigiram atenção foram: a pouca iluminação e aeração do domicílio e as más condições de saneamento básico, que favorecia a presença de vetores: ratos, pulgas e moscas.

A negociação do cuidado ao ambiente foi um dos desafios que enfrentei com dificuldade, pois aos idosos parecia que aquela condição não os incomodavam. Mas, aquela situação parecia ser tão difícil de negociar, que por um momento tive vontade de terceirizar os serviços de higiene daquela residência, pelo menos uma vez por semana. A quantidade de pulgas era assustadora, tantas, que ao chegar à casa dos idosos tinha a sensação de que as mesmas me recepcionavam, antes mesmo dos donos da casa. As condições de sujidade ambiental era tamanha que mesmo com as baixas temperaturas de inverno, as moscas proliferavam. E os ratos? Ah, os ratos. A sensação é que eles estavam espalhados em todos os cômodos da casa, embora só tenha visualizado um camundongo. Esta sensação não surgiu por acaso, sua origem remete a uma das vezes em que visitei os idosos e durante a conversação notei, próximo a

cadeira que o Sr. Jasmim sentava, um porrete. Curiosa, perguntei-lhe qual era a utilidade daquele pedaço de madeira que parecia estar colocado de maneira estratégica para alguma finalidade.

“...é para espantar o gato da vizinha para não comer meu camundongo...” (Sr. Jasmim)

Fiquei pasma e assustada com aquela declaração. Fiquei sem saber o que dizer e o que fazer. Entretanto, passada a surpresa, dispus-me a conversar com eles sobre o assunto.

Com cautela, falei-lhe do perigo que os vetores representavam para a saúde e das doenças que causavam. Eles ouviram com atenção e em silêncio. Após a explanação, ambos pareceram ter entendido as razões da preocupação e os riscos a que estavam se expondo, conforme demonstra a familiar cuidadora.

“Quem varre, arruma e faz tudo aqui em casa sou eu... só varro a casa quando estou com vontade... vou providenciar tirar o rato de dentro de casa”. (Sr.® Rosa)

Aproveitei a sugestão contida naquela declaração para falar da importância de manter-se a casa arejada e iluminada, pois os idosos tinham o hábito de deixarem as janelas fechadas, o que impossibilitava a entrada de luz solar e ventilação.

Nas visitas subsequentes contatei que os idosos haviam repadronizado os hábitos relativos à higiene ambiental, haja vista que a casa apresentava-se em condições de higiene satisfatória, as janelas estavam entreabertas e o porrete havia desaparecido.

Aliás, a questão da higiene foi um problema crucial a ser resolvido, pois tanto o Sr. Jasmim como a Sr.® Rosa pareciam não atribuir importância a este

aspecto. No que diz respeito à higiene pessoal, tive que fazer um grande esforço para aplicar os princípios do marco e os três modos de ação da Teoria Transcultural, porque os idosos eram, de fato, arredios à limpeza, principalmente ao banho.

Há quem diga que os idosos não precisam tomar banho diariamente. Autores como Rodrigues (1996) explicam que, com o envelhecimento, a pele apresenta alterações. Dentre estas, destacam-se: pele seca e fina, com menor elasticidade, diminuição, em número e atividade das glândulas sudoríparas e a diminuição do tecido gorduroso, que se situa na epiderme, entre outros.

Concordo plenamente com isto, mas este aspecto não exclui a importância do banho na higiene pessoal do idoso, desde que seja respeitado o horário de sua preferência e o hábito cultural. Durante a conversa com os idosos percebi que a ausência desse hábito devia-se, em parte, às condições climáticas da época. Acredito ser difícil para eles, em plena estação do frio, desnudarem-se para tomar banho. Demonstrando compreensão, sugeri que, nos dias mais frios, tentassem realizar uma higiene superficial, envolvendo axilas e períneo, e quando a temperatura se apresentasse mais elevada, procurassem fazer sua higiene corporal através de banho, em um horário que os fizesse sentir mais confortáveis. Para estimulá-los, acrescentei que o banho reanima e promove uma sensação de bem estar.

A partir daquele dia, foi notória a melhora na aparência dos idosos, com relação à higiene do corpo e quanto ao vestuário.

Diante desta mudança de hábito, volto ao conceito de ser humano idoso como sendo um indivíduo que percebe, pensa, decide, aprende, elabora significados e apresenta necessidade de cuidado que devem ser satisfeitos, em harmonia com suas crenças e valores. Ao receber cuidado de enfermagem no domicílio, ele e sua familiar cuidadora interagem com a enfermeira. Nesta

interação, ele expressa, compartilha, preserva, acomoda e repadroniza crenças, valores e aprende novos significados que serão posteriormente traduzidos em ações e comportamentos.

Outra situação que, ao invés de negociar as ações de cuidado, pensei em simplesmente orientar, foi referente à locomoção do Sr. Jasmim, durante o período em que ele apresentava os sintomas agudos da Gastreenterite. Nas quatro primeiras vezes que lá estive, ele estava sempre no leito. Supus que o mesmo tinha perdido os movimentos locomotores. Com a intenção de desenvolver as ações de enfermagem que satisfizessem às suas necessidades de cuidado, procurei saber porque se mantinha no leito. Foi então que soube que ele só não deambulava devido ao desconforto gastrointestinal ao qual estava acometido. Esse foi o momento em que fui tentada a voltar à antiga conduta, e dizer-lhe que precisava deambular, e pronto. Felizmente, fui amparada pelo referencial de que a condição de saúde/doença é sentida de forma singular pelo ser humano, a percepção desta condição pode variar de acordo com a cultura, com a classe social e com a individualidade. Valendo-me deste entendimento, conversei com o idoso e sua cuidadora, no sentido de esclarecê-los que os sintomas adversos que o acometia no momento, não era impeditivo à locomoção. Esforcei-me por fazê-los entender que a deambulação é um ato necessário ao bem-estar, que ajudava a manter a musculatura rígida e favorecia a circulação sangüínea. No encontro seguinte, pela primeira vez, o Sr. Jasmim foi encontrado sentado na sala.

Esta nova atitude do idoso demonstra que o mesmo entendeu e aderiu às ações do cuidado profissional, refletido no marco de referência, quando refere que a enfermagem é a disposição humana de cuidar a pessoa idosa numa perspectiva humanizada, através da utilização de conhecimentos próprios da profissão, cujo preparo teórico, humanístico lhe confere habilidades, para cuidar o ser humano no seu envelhecimento, assistindo-o e seus familiares.

Esta é a visão de enfermagem que eu acredito e que faz pensar ao término

desta análise que, apesar das dificuldades, a vivência desta prática também foi pontuada por facilidades, entre as quais a interação com os idosos e a compreensão do cuidado cultural, ao tratar de questões cujas resoluções de cuidado estavam atreladas ao respeito ao ser humano.

Conversar com os idosos é algo que faço naturalmente. Tanto que, como enfermeira, tenho predileção por trabalhar com pessoas desta faixa etária. O afeto pelo idosos, o carinho que tenho para com eles, permite-me empatizar com os seus problemas. Isto, sem dúvida, foi um quesito fundamental que me levou, nesta prática, a repadronizar os meus próprios conceitos.

Isto remete ao conceito de educação como prática transformadora, pois o processo educacional, ao meu ver, somente se efetiva quando o educador se propõe a auto-reformular os seus próprios conceitos e valores.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escrita final de um trabalho é como a velhice, uma fase da vida em que o ser humano costuma voltar-se ao passado e, como num caleidoscópio, os fragmentos coloridos da experiência, construída ao longo da existência, depositados no fundo da memória, em momentos de introspecção, movem-se e refletem-se no espelho das lembranças. Acho que é o instante em que o idoso rememora e avalia sua vida.

Da mesma forma, a conclusão de um trabalho é o momento em que seu idealizador e construtor volta-se para sua experiência e a repensa, desde os momentos iniciais em que os primeiros traçados se delinearam até sua conclusão.

Por assim julgar, sucintamente, retorno às motivações que me levaram a vivenciá-la, aos objetivos, ao marco de referência, à narração e à reflexão da experiência e aos pontos que, no meu entendimento, constituíram o norte para avaliar a prática de cuidado a um idoso, compartilhada com a sua familiar cuidadora.

Prestar cuidado a um idoso, mais do que uma proposta de trabalho, é um compromisso pessoal que venho assumindo desde a adolescência, reforçada pela convivência com pessoas idosas e, depois de adulta, pelo cuidado com os pais e as tias. Posto isto, trazer este compromisso para a profissão foi algo natural. Assim, ao pensar em realizar uma experiência de prática assistencial, não

houve relutância na escolha do tema, e optei pelo cuidado ao idoso.

Após esta decisão, a primeira preocupação foi a escolha de um marco de referência que me permitisse um conhecimento amplo da visão de mundo do idoso. Neste aspecto, a teoria transcultural de Madeleine Leininger foi de fundamental importância, à medida que, ao possibilitar explorar o universo dos significados do idoso e da sua familiar cuidadora, sobre algumas situações de cuidado e suas concepções, pude entendê-los e disponibilizar um cuidado profissional permeado pelo respeito humano, integrado com princípios éticos-educativos.

Ao reportar a experiência vivida, penso que o marco de referência, além de ter se revelado um apoio e um guia para avaliar as ações de cuidado profissional, prestou-se de forma satisfatória para o alcance dos objetivos, sendo que os conceitos e os pressupostos do mesmo deram respaldo para que o desenvolvimento da prática tivesse o êxito esperado.

Os conceitos e pressupostos operacionalizados através do processo de enfermagem faz supor que o cuidado ao idoso e sua familiar cuidadora no domicílio foi importante, uma vez que permitiu conhecer sua realidade concreta e, através da interação, ter mais familiaridade e obter maior compreensão da sua cultura.

A interação, foi outro elemento fundamental para o êxito desta prática, pois além de tornar viável a aplicação do marco de referência proporcionou o estabelecimento de vínculo com o idoso e sua familiar cuidadora.

Esta interação com os idosos e a adesão destes ao processo de cuidado demonstraram que os conceitos de ser humano idoso, saúde/doença, enfermagem, família, família cuidadora e sociedade, originalmente definidos, preencheram os objetivos desta prática.

Outro aspecto a ressaltar diz respeito às ações de cuidado.

A cada encontro com o casal, procurava direcioná-lo de acordo com os modos de ação da enfermagem, previstos por Leininger e considerando as práticas de cuidado desenvolvidas pela familiar cuidadora, vistas por ambos como necessárias ao restabelecimento do bem estar do mesmo.

A acomodação e a repadronização só ocorreram quando o valor cultural do idoso e da cuidadora eram consideradas como elementos agravantes à saúde do mesmo. Deve-se salientar que estes modos de ação ocorriam após um diálogo aberto, em que ambas as partes expressavam os seus pontos de vista, de forma que a proposta final de cuidado fosse compartilhada.

Ao avaliar a aplicabilidade do marco de referência na prática de enfermagem domiciliar resgato os aspectos que evidenciam sua importância no cuidado cultural, os obstáculos à sua operacionalização e as limitações pessoais durante o desenvolvimento do cuidado cultural.

A aplicação do marco foi favorável em vários sentidos, porque:

- ao implementá-lo estava instrumentalizada para entender as crenças e valores do casal e repensar os meus próprios valores, a fim de atuar de forma congruente com as nossas visões, atentando para os conceitos do marco. Com isto, houve o resgate do pressuposto de que o conhecimento do cuidado cultural é necessário para o desenvolvimento da prática assistencial de enfermagem;
- referencial de Leininger permitiu compreender as ações de cuidado cultural da familiar cuidadora, até então, estranhas à cultura profissional: fazendo lembrar o pressuposto de que culturas têm o seu modo peculiar de comportamento relativo ao cuidado, que geralmente é

conhecido por integrantes da própria cultura, mais freqüentemente desconhecidas por enfermeiros com bagagem cultural, diferentes;

- processo de cuidado de enfermagem pautou-se, fundamentalmente, pelo desenvolvimento de ações direcionadas a partir da inserção do sistema de valores e crenças da familiar cuidadora e do conhecimento profissional. Esta perspectiva de cuidado encontra eco no pressuposto que, durante o desenvolvimento da prática assistencial, enfermeira e clientes (familiares, grupos, comunidade) trabalham de maneira co-participante para a obtenção de cuidados culturalmente congruentes.

Entretanto, como em toda experiência, o processo de cuidado ao idoso também teve alguns obstáculos:

- a dificuldade de operacionalizar o Modelo Geronte da autonomia nas atividades da vida diária (AVD), no processo de cuidado ao idoso dentro de um enfoque cultural. A idéia de utilizar este modelo emergiu no transcorrer das disciplinas de Prática Assistencial de Enfermagem, Aspectos Éticos e Educacionais da Assistência de Enfermagem. Na ocasião, pensei que a sua utilização favoreceria a obtenção de informações sobre o idoso, que facilitaria o direcionamento do cuidado. Entretanto, na prática, percebi a inviabilidade de sua aplicação. Acredito que, por estar fechado na perspectiva bio-médica, o mesmo não dispõe da flexibilidade requerida pelo marco referencial proposto.
- outro obstáculo prende-se as limitações pessoais. Entre estas, destaco:
- inexperiência na utilização de um marco de referência na prática profissional:

- dificuldade de transpor a barreira do preconceito profissional a respeito do cuidado popular de saúde;
- conceitos de cuidado arraigados à antiga postura profissional.

Ao finalizar estas reflexões, deixo algumas recomendações:

- que o estudo da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger, seja implementado também no ensino de graduação, a fim de que os acadêmicos, ao incorporarem a visão cultural ao modelo biomédico, ampliem sua compreensão de ser humano e a dimensão do cuidado de enfermagem:
- que o estudo seja levado ao conhecimento da equipe de saúde da unidade sanitária à qual estão ligados os participantes do mesmo, para que os profissionais e os acadêmicos tenham acesso a outra perspectiva de cuidado;
- que o estudo seja divulgado entre os profissionais da assistência para subsidiar as alternativas de cuidado profissional.

A título de conclusão, evidencio que a avaliação da prática do cuidado despertou algumas dúvidas e fez considerar a experiência vivida como um trabalho inacabado, passível de ser retomado e reavaliado. Por isso, recomendo que trabalhos semelhantes a estes sejam desenvolvidos e publicados.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, F. D. O. **O cuidado à puérpera acompanhada do familiar na maternidade e domicílio: uma abordagem cultural.** 2000. 161 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ARRUDA, E. N. JELSEN, I.; TRENTINI, M. Conceptualizing comfort as an educational strategy in a masters in Brazil. [s.l: s.n.], 1989.

BERGER, R. As necessidades alimentares dos idosos. In: BURNSIDE, I. M. **Enfermagem e os idosos.** São Paulo: Andrei, 1979. p. 98-106.

BIELEMANN, V. de L. M. **O ser com câncer: uma experiência em família.** 1997. 170 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BOEHS, A. E. Construindo um marco conceitual e um processo de enfermagem para cuidar de famílias em expansão. In: BUB, L. I. R. (coord.) **Marcos para a prática de enfermagem com famílias.** Florianópolis: UFSC, 1994.

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

BRASIL, Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. **Política Nacional do Idoso.** Brasília, 1998. p. 11-27.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria da Ação Social. **Plano de ação governamental para o desenvolvimento da política**

nacional do idoso. Brasília: 1996. 56 p.

BRUNNER, L. S., SUDARTH, D. S. **Enfermagem médico-cirúrgica.** 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1997. p. 229.

BURNSIDE, I. M. **Enfermagem e os idosos.** São Paulo: Andrei, 1979, 547 p.

CALDAS, C. P. **A saúde do idoso:** a arte de cuidar. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

CASTRO, O. P. de. et al. **Velhice, que idade é essa? Uma construção psicossocial do envelhecimento.** Porto Alegre: Síntese, 1998. p. 13 - 5, 25 - 55,71 -198.

CENTRO DE APOIO AO PEQUENO AGRICULTOR. **Como montar uma farmácia caseira.** 8. ed. São Lourenço do Sul, RS: Sinodal, 1995.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde**, v.3, n.2, p.184-200; abr. 1997.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia.** 9. ed. São Paulo: Ática, 1997.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida:** prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2 ed. Lisboa: Lidei, 1999.

COMFORT, A. **A boa idade.** São Paulo: Difel, 1979. 232 p.

DIAS, A. C. G. Representações sobre a velhice: o ser velho e o estar na terceira idade. In: CASTRO, O. P. de. **Velhice, que idade é esta? Uma construção psicossocial do envelhecimento.** Porto Alegre: Síntese, 1998. p. 57-70.

DICIONÁRIO de Especialidades Farmacêuticas. 28. ed. São Paulo: Publicações Científicas, 1999/2000.

ELSEN, I. et al. Cidadania: um novo conceito para a prática de enfermagem com famílias. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 106 -15, jan./jun., 1992.

FARINATI, P. de T. V. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. **Arquivo de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 31-7, 1997.

FERIGLA, J. M. **Envejecer**; una antropologias de la anciannidad. Barcelona: Anthropos, 1002. 380 p.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1499 p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saber necessário à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

GAIARSA, J. A. **Como enfrentar a velhice**. 3. ed. São Paulo: Ícone; Campinas: Unicamp, 1986. 87 p.

GELAIN, I. O significado de "Ethos" e da consciência do enfermeiro em suas relações de trabalho. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v.5, n.114, p. 14-25, jan./dez., 1992.

GEORGE, J. B. Madeleine Leininger. In: _____ . **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.286-99, 313-15.

GERMANO, R. M. **A ética e o ensino de ética na enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.

GONÇALVES, L. H. T. et al. Ser ou estar saudável na velhice. **Texto & Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v.4, n.2, p.100-13, jul./dez., 1992.

_____. A terceira idade tem atenção na enfermagem da UFSC. **Texto e Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v.4, p. 199-204, 1994. n. especial.

_____. A enfermagem e o envelhecer humano. **Texto & Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 33 - 50, 391, mai./ago., 1997.

HELMANN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 333 p.

HUTZ, A. **Temas de geriatria e gerontologia**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1986. 383 p.

KONDER, L. **O que é dialética**. 27. ed. São Paulo: Brasiliense, 1998. 87 p.

KÜBLER-ROSS, E. **Morte-estágio final da evolução**. Rio de Janeiro: Record, 1975.

_____. **Sobre a morte e o morrer**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LEININGER, M. M. A relevant nursing theory: transcultural care diversity and universality. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, I, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1985. p. 232-54

_____. Teoria de los cuidados culturales. In: MARRINER - TOMEY, A. **Modelos y teorías en enfermería**. 3. ed. Madrid: Harcourt Brace, 1998. p.424-45

_____. The phenomenon of caring: importance, research, questions and theoretical considerations. In: _____. **Caring and essential human need**. Thorofare: Charles B. Slack, 1981.

_____. Care the essence of nursing and health. **Care the essence of nursing and health**. Thorofare: Charles B. Slack, 1984.

_____. The theory of culture care diversity and universality. In: _____. **Culture care diversity and universality: a theory nursing**. New York: National League for nursing, 1991. p.5-68.

_____. Ethnonursing: A Research Method with enablers to Study the Theory of culture care. In: _____. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: League for Nursing Press, 1991. p.73-83.

_____. Looking to the future of nursing and the relevancy of culture care theory. In: _____. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for nursing, 1991. p.391-418.

LEMOS, D. de O. **As representações sociais do grupo familiar da gestante sobre a gravidez: uma referência para melhorar a qualidade de assistência pré-natal**. 1994. 120 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciência

da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LENARDT, M. H. **O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica.** 1996. 144 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LEOPARDI, M. T. Para além do trabalho alienado: a utopia de ser saudável. **Texto & Contexto - Enfermagem.** Florianópolis, v.1, n.2, p.70-5, jul./dez., 1992.

_____. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

MADEIRA, A. C. C. et al Introdução do programa de medicina de família no posto de saúde da vila Municipal, Pelotas, RS. **Revista AMRIGS,** Porto Alegre, v. 41, n. 4, p. 195-201, out./dez. 1997.

MADUREIRA, V. S. F. **Eu, Você, nós:** co-participes no educar. 1994. 170 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MANZOLLI, M. C. et al. **Viver adulto e enfermagem.** Brasília: Rumos, 1994.

MELEIS, A. I. Strategies for theory development in nursing. In: Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem, 1., Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: IFSC, 1985. p. 97-132.

MONTICELLI, M. **Nascimento como um rito de passagem:** abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe, 1997

MUNARI, D. B. et al. **Enfermagem e grupos.** AB, 1997.

NERI, A. L. A pesquisa em gerontologia no Brasil. Análise de conteúdo de amostra de pesquisa em psicologia no período de 1975-1996. **Texto & Contexto - Enfermagem.** Florianópolis, v.6, n.2, p. 69-117, maio/ago., 1997.

NEVES, E. P., GONÇALVES, L. H. T. As questões do Marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISAS EM ENFERMAGEM, 3. 1984. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: v.2, n.1, p. 67-81,

jan./fev., 1983.

OLIVEIRA, Y. A. de. **O idoso e o processo de envelhecimento sob a ótica do próprio idoso e de estudantes de enfermagem.** 1996. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, USP. São Paulo.

PACHECO, J. L. Práticas sociais na promoção da saúde do idoso. **Arquivos de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro, v. 2, n.1, p. 79-82, 1997.

patricio, Z. M. o processo de trabalho de enfermagem frente as novas concepções de saúde: repensando o cuidado/propondo o cuidado (holístico). **Texto e Contexto - Enfermagem.** Florianópolis, v.2, n.1, p. 67-81, jan./fev., 1993.

RÃDUNZ, V. **Cuidando e se cuidando:** fortalecendo o “self do cliente oncológico e o “self da enfermeira. Goiânia: Cultura e Qualidade, 1998.

RAMOS, L. R. Explosão Demográfica da Terceira Idade no Brasil: Uma Questão de Saúde Pública. **Gerontologia,** v. 1, n. 1, p. 3 - 8, 1993.

_____ et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista Saúde Pública,** v. 29, n. 2, p. 87-94, 1993.

REZENDE, A. L. M. et al. **Ritos de morte na lembrança de velhos.** Florianópolis: UFSC, 1996.

RODRIGUES, R. A. P. **Atividade educativa da enfermeira geriátrica:** conscientização para o auto-cuidado das idosas que tiveram “queda”. 1993. 204 p. São Paulo. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

_____ et al. **Como cuidar dos idosos.** São Paulo: Papyrus, 1996.

ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa.** 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

SANDRI, J. V. de A. **Prática assistencial de enfermagem à pessoa idosa e seu familiar, com vistas ao resgate da sua cidadania, utilizando a teoria de Betty Neumann.** Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado em Assistência de

Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

SANTOS, S. S. C. **O cuidar da pessoa idosa no âmbito familiar:** uma relação de ajuda de enfermagem. João Pessoa, 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SCHWARTZ, E. **Família Teuto-gaúcha;** o cuidado entre possibilidades e limites. 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVA, J. C. da. Terceira idade e cidadania. In: CASTRO, O. P. de. **Velhice, que idade é esta?** Uma construção psicossocial do envelhecimento. Porto Alegre: Síntese, 1998. p. 17-24.

SILVA, J. O. Educação em saúde: notas para a discussão de um campo temático. **Saúde em Debate**, Paraná, n.42, p.36-9, mar., 1994.

SILVA, Y. F. et al. **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem.** Florianópolis: Papa-Livros, 1996.

SKINNER, B. F. et al. **Viva bem a velhice;** aprendendo a programar a sua vida. São Paulo: Summus, 1985, 141 p.

SMELTZER, S. C., BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1993, v. 2. 1782 p.

TACHINARDI, U. Tendências da tecnologia da informação em saúde. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, v. 24, n. 3, p.165-72, mar./jun., 2000.

TRENTINI, M. **Relação teoria, pesquisa e prática.** 1986. Trabalho apresentado na Reunião Anual da SBPC, Curitiba, 1986. Mimeografado.

_____. DIAS, Lygia P. M. **Pesquisa em enfermagem:** uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC, 1994.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos:** a saúde do idoso no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

_____. **Terceira idade;** um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

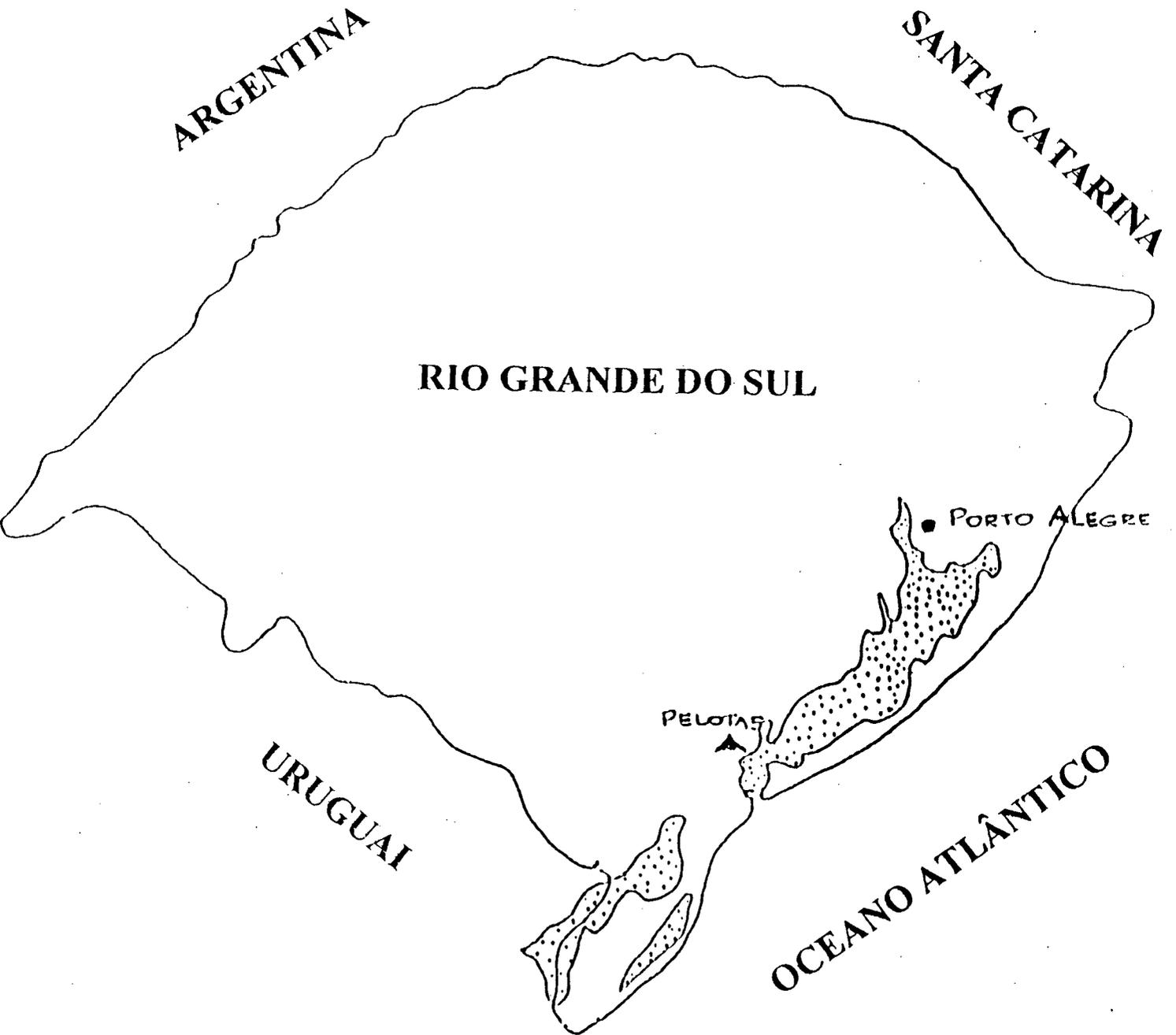
VIETTA, E. P. Marco conceitual para a prática de enfermagem. **Revista Paulista de Enfermagem.** São Paulo, v.6, n.4, p. 132-39, out/dez., 1986.

Cuidado humano; o resgate necessário. Porto Alegre; Sagra Luzzato, 1998.

WALDOW, V. R. Cuidar/Cuidado; o domínio unificador da enfermagem. In; _____ . **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar:** a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre; Artes Médicas, 1995.

WENDHAUSEN, A. **A educação em saúde;** possibilidades e limitações de uma proposta. 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO; ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL-
UFSC/UFPEL/FURG/URCAMP.ApoioFAPERGS

Orientadora: Prof[^]. Dr.[®] Rosita Saupe
Mestranda: Emília Nalva Ferreira da Silva

Pelotas,
Ilm[^] Sr[«].
M. D. Chefe do Posto de Saúde da Vila Municipal

Prezada Senhora,

Através do presente, venho solicitar a V. S.[®], autorização para que esta Unidade Sanitária sirva de referência para o desenvolvimento de um Projeto de Assistência do Curso de Mestrado em Enfermagem, Modalidade Interinstitucional - UFSC/UFPEL/FURG/URCAMP, sob a orientação da Prof[^]. Dr.[^] Rosita Saupe.

Outrossim, informamos que o objetivo do trabalho é desenvolver uma proposta de cuidado de enfermagem ao idoso no contexto domiciliar, fundamentado na Teoria Transcultural de Madeleine Leininger, que permite o compartilhar das ações de cuidado entre o profissional e os familiares cuidadores.

Esclarecemos que será assegurado o compromisso do sigilo e da ética com os clientes idosos e as famílias envolvidas nesta prática.

Certa de contarmos com sua compreensão, subscrevemo-nos.

Atenciosamente

Mestranda Enf[^]. Emília Nalva Ferreira da Silva

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL-
UFSC/UFPEL/FURG/URCAMP.Apolo FAPERGS

Orientadora: Prof[^]. Dr.[®] Rosita Saupe

Mestranda: Emília Naiva Ferreira da Silva

CONVITE

Pelotas,

Prezado Senhor,

Através do presente, venho solicitar a V. S[®]. colaboração para participar de um Projeto que será desenvolvido no Curso de Mestrado em Enfermagem.

Esclareço que o objetivo do trabalho é prestar cuidados de enfermagem ao idoso no domicílio, acompanhado do familiar cuidador, fundamentado num marco de referência, que aborda o cuidado cultural, respeitando as crenças, os valores e as práticas culturais.

Informo que pretende-se desenvolver ações de cuidados que envolvem preservação/manutenção do cuidado cultural, acomodação/negociação cultural, do cuidado e repadronização/reestruturação cultural do cuidado.

Atenciosamente

Mestranda Enf.[®] Emília Ferreira da Silva

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL -
UFSC/UFPEL/FURG/URCAMP.Apolo FAPERGS**

Orientadora: Prof[®]. Dr.[®]. Rosita Saupe

Mestranda: Emília Naiva Ferreira da Silva

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado, de maneira clara e detalhada, a respeito dos objetivos e da forma como será desenvolvido este trabalho, que responderei e colaborarei para benefício dos profissionais que atuam no cuidado ao idoso.

Ainda fui informado:

- da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou dúvida relacionada ao trabalho;
- da liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga prejuízo;
- da certeza de que não serei identificado e que as informações relacionadas a minha pessoa serão confidenciais;
- do total acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados.

Neste trabalho, fica assegurado o compromisso com o sigilo e a ética, respeitando os direitos dos participantes.

Pelotas,

Mestranda Enf.[®] Emília N. F. da Silva

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC/UFPEL/FURG/URCAMP.
Apoio FAPERGS

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Rosita Saupe

Mestranda: Emília Nalva Ferreira da Silva

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Histórico de Enfermagem

Levantamentos de Dados:

Idoso (a) _____ Idade _____

Familiar cuidador principal: _____ Idade _____

Endereço: _____

Meios de comunicação mais rápida (fone, recado e outros): _____

Problemas atuais de saúde: _____

Tratamentos atuais de saúde: _____

Cuidados especiais: _____

Comportamento de saúde (hábitos – 1. Alimentação; 2. Fumo/bebida alcóolica; 3. Sono e repouso; 4. Ambiente e 5. Outros)

Idoso _____

Comportamento de cuidado cultural:

Idoso _____

Familiares cuidadores _____

2. Diagnóstico de enfermagem: _____

3. Plano de cuidados de enfermagem/implementação dos cuidados de enfermagem:

a) - preservação^ _____ : _____ ■

b) acomodação _____

c) repadronização _____

