

CUIDADOR DOMICILIAR DO IDOSO E O CUIDADO DE SI: UMA ANÁLISE ATRAVÉS DA TEORIA DO CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON¹

ELDERLY HOME CAREGIVER AND SELF-CARE: AN ANALYSIS THROUGH JEAN WATSON'S
HUMAN CARE THEORY

CUIDADOR DOMICILIARIO DEL ANCIANO Y EL CUIDADO DE SÍ MISMO: UN ANÁLISIS A
TRAVÉS DE LA TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

Thaís Schossler², Maria da Graça Crossetti³

¹ Este estudo é um recorte de uma dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EE/UFRS).

² Mestre em Enfermagem. Enfermeira Assistencial da Prefeitura Municipal de Viamão. Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da EE/UFRS. Rio Grande do Sul, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidadores. Teoria de enfermagem. Serviços de assistência domiciliar. **RESUMO:** Este estudo objetivou conhecer a percepção do cuidador domiciliar do idoso sobre o cuidado de si, através da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, desenvolvida na Unidade de Saúde da Vila Floresta, com nove cuidadores domiciliares de idosos integrantes do Programa de Assistência Domiciliar. As informações foram coletadas no período de agosto a outubro de 2006, através da entrevista semi-estruturada, cuja análise e interpretação se deu a partir da análise de conteúdo de Bardin, emergindo as seguintes categorias: compartilhar o cuidado ao idoso – uma possibilidade para cuidar de si; descansar, passear, dormir, a gente não tem mais esse direito; presença da família: uma necessidade sentida pelo cuidador domiciliar; (des)equilíbrio do corpo físico e mental, uma resultante percebida no (des)cuidado de si. Conclui-se que o cuidador domiciliar é o principal responsável pelo cuidado ao idoso e que o cuidado de si faz parte da sua realidade.

KEYWORDS: Caregivers. Nursing theory. Home care services. **ABSTRACT:** The objective of this study was to better understand the home elderly caregiver's perception of self care, based on Jean Watson's Human Care Theory. This is a descriptive, exploratory, qualitative study, developed at the Vila Floresta Brazilian Health Care Clinic with nine home elderly caregivers who are integrated in the Home Care Program. The data was collected through semi-structured interviews and analyzed based on Bardin's content analysis. The following categories emerged: sharing elderly care- a possibility for self-care; resting, strolling, sleeping, we don't have these rights anymore; family presence: a necessity felt by the home caregiver; the mental and physical (im)balance, an outcome perceived in (lack of) self care. We conclude that the home caregiver is the main person responsible for elderly care and self care sometimes is present in their reality.

PALABRAS CLAVE: Cuidadores. Teoría de enfermería. Servicios de atención de salud a domicilio. **RESUMEN:** Este estudio tuvo como objetivo conocer la percepción del cuidador domiciliario del anciano acerca del cuidado de sí mismo, teniendo como base teórica a Jean Watson en su Teoría del Cuidado Humano. La investigación se caracterizó por un abordaje cualitativo, de tipo exploratorio-descriptivo, el cual fue desarrollado en la Unidad de la Vila Floresta con nueve cuidadores domiciliarios de ancianos, integrantes del Programa de Atención a Domicilio. La recolección de informaciones se realizó en el período de agosto a octubre de 2006, por medio de una entrevista parcialmente estructurada. Se utilizó el análisis de contenido de Bardin y emergieron las categorías: compartir el cuidado al anciano – una posibilidad para cuidar de sí mismo; descansar, pasear, dormir, uno no tiene más ese derecho; presencia de la familia: una necesidad sentida por el cuidador domiciliar; (des)equilibrio del cuerpo físico y mental, una resultante percibida en el (des)cuidado de sí mismo. Se concluye que el cuidador domiciliario es el principal responsable por el cuidado del anciano y que el cuidado de sí mismo se hace presente en su realidad.

Thaís Schossler
Endereço: R. Aliança, 420, Ap. 303
91.050-010 - Porto Alegre, RS, Brasil.
E-mail: thaisenf@hotmail.com

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 3 de outubro de 2007
Aprovação final: 13 de maio de 2008

INTRODUÇÃO

No Brasil, o número de idosos vem aumentando, o que é confirmado pelos dados do censo de 2000, o qual aponta que já constituem 8,6% da população.¹ Em consequência da crescente demanda desta população nas instituições hospitalares, que é ocasionada pelos agravos dos danos e das complicações de patologias típicas dessa faixa etária, os idosos constituem grande parte dos pacientes internados, cuja média de permanência é elevada, conferindo altos custos hospitalares.² No cotidiano da enfermagem se constata que apesar de contar com a estrutura hospitalar, os familiares destes pacientes já iniciam sua participação no processo de cuidar no hospital, ação que se estenderá ao domicílio, a partir da alta do paciente, no qual a família passa a assumir a totalidade destes cuidados ao idoso. Estas ações de cuidado conferem ao familiar que cuida do idoso, a identidade, neste estudo, de cuidador domiciliar do idoso, foco desta pesquisa.

Cuidar de um idoso no domicílio é uma tarefa árdua, pois o cuidado é delegado, geralmente, a uma pessoa que não possui apenas essa atividade e acaba conciliando-a com outras tarefas, como o cuidado dos filhos, da casa, atividade profissional, dentre outras. Este acúmulo de atividades resulta em esgotamento, podendo levar o cuidador domiciliar ao adoecimento. Frequentemente, se percebe que o cuidador domiciliar não possui outra pessoa para dividir as suas tarefas, levando a um acúmulo de atividades. O cuidado no domicílio se caracteriza por ser repetitivo e incessante, o que pode ocasionar-lhe uma sobrecarga de tarefas e levá-lo a um isolamento afetivo e social. Um estudo realizado com familiares de idosos com acidente vascular encefálico refere que o despreparo técnico do cuidador domiciliar faz com que não se consiga conciliar o cuidado de si e do outro, ação esta que é essencial para prestar, ao idoso, um cuidado com qualidade.³

Ao refletir sobre essas questões, pensa-se na importância do cuidador domiciliar estar sensibilizado para o cuidado de si, para melhor cuidar do outro, o idoso. O cuidado de si é considerado neste estudo como as ações de cuidado que o cuidador domiciliar tem para consigo, para atender as suas necessidades físicas, mentais e espirituais, na busca de um (re)estabelecimento de um estado de harmonia interna. Desta forma, busca-se, neste estudo, responder a seguinte questão norteadora: qual a percepção do cuidador domiciliar do idoso acerca do cuidado de si?

Neste contexto, se visualiza o referencial teórico de Jean Watson que, em sua Teoria do Cuidado Humano,^{4,9} prescreve possíveis ações de cuidado que promoverão as interfaces necessárias para orientar o agir do cuidador domiciliar do idoso no cuidado de si.

TEORIA DO CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON E O CUIDADOR DOMICILIAR

Esta teoria possui uma proposta tanto humanística quanto metafísica, que está associada a valores que remetem ao reconhecimento, também, das dimensões espirituais da vida e da força interna mobilizada no momento de cuidado. O cuidado humanizado requer reverência pela vida e presença de valores não-paternalistas, que podem ser demonstrados pela valorização da autonomia e pela livre possibilidade de escolhas, fortalecendo, assim, o autoconhecimento, o autocontrole, a disposição para autocura.⁴

Para que o cuidado ocorra de maneira humanizada, o cuidador domiciliar deve ser visto pela equipe de saúde de forma singular, dentro do contexto de seu domicílio e de sua família, para que o mesmo seja valorizado e seja sensibilizado para o cuidado de si, possibilitando assim as suas escolhas e seu potencial de vir-a-ser, interconectado com tudo e com todos que o cercam.

O cuidado transpessoal, através da consciência intencional, busca a reconstituição do ser cuidado, que significa obter um novo padrão em que ocorra unidade da mente e espírito. Neste modelo de cuidado, se pretende a compreensão do ser humano, objetivando a sua proteção, valorização e preservação da dignidade. Busca-se a transformação dos indivíduos, do *self*^{5*} através da visão das possibilidades de ação de cada ser e a partir da sua própria consciência e autenticidade. O cuidador domiciliar, ao respeitar a sua subjetividade, seu mundo interior e seu *self*, poderá preservar seus sentimentos, aceitar melhor as suas escolhas, potencialidades e limitações, e, assim, criar um espaço para as suas necessidades como ser humano, o que refletirá nas suas ações de cuidado.

A Teoria do Cuidado Transpessoal,⁶ propõe o crescimento e a modificação do ser humano através de um contínuo processo de vir-a-ser, que é influenciado pela autenticidade, e pela consciência dos envolvidos no momento de cuidado.

* Neste estudo, traduz-se a palavra da língua inglesa "self" como o eu, a própria pessoa.

Ao buscar expandir as idéias e valores através da evolução do cuidado transpessoal,⁸⁻⁹ os fatores de cuidado são transformados em processo *clinical carita*, procurando dar uma maior abertura a esta maneira de cuidar por meio de uma perspectiva integrativa e pós-moderna, transcendendo os modelos estáticos de enfermagem. Neste contexto, *caritas*, sendo uma palavra de origem latina, significa tratar com carinho, nutrir, dar atenção especial, apreciar, ser sensível, senão, amor, pelo menos, atenção.⁸

O cuidado transpessoal se estrutura no processo *clinical carita*, a sua concretização através do momento de cuidado, que é considerado como um campo existencial e energético, um ponto decisivo, um chamado para a mais elevada e profunda consciência e intencionalidade, uma escolha autêntica de cuidar/viver.⁸⁻⁹

O processo *clinical carita* se compõe de 10 elementos de cuidado, sendo estes: praticar o amor, a gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência de cuidado; ser autenticamente presente, fortalecer e sustentar o profundo sistema de crenças, mundo de vida subjetivo do ser cuidado; cultivar práticas próprias espirituais e do eu transpessoal, ultrapassando o próprio ego; desenvolver e manter a relação de ajuda-confiança no cuidado autêntico; ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como conexão profunda com seu próprio espírito e o da pessoa cuidada; usar-se criativamente e todas as maneiras de conhecer, como parte do processo de cuidar, engajando-se em práticas artísticas de cuidado-reconstituição; engajar-se em experiência genuína de ensino-aprendizagem, que atenda à unidade do ser e dos significados, tentando manter-se no referencial do outro; criar um ambiente de reconstituição (*healing*) em todos os níveis, sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, a beleza, o conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados; ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando o que é essencial ao cuidado humano, o que potencializará o alinhamento de corpamente-espírito, a totalidade e a unidade do ser, em todos os aspectos do cuidado; e, dar abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado.⁸⁻⁹

Desta forma, acredita-se que o referencial de Watson em sua Teoria do Cuidado Humano, poderá ser utilizado como base teórico-filosófica para conhecer a percepção do cuidador domiciliar do idoso sobre o cuidado de si.⁴⁻⁹

CAMINHO METODOLÓGICO

Esta pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde (US) da Vila Floresta, que faz parte do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Este Serviço é composto por 12 unidades de saúde, localizadas na zona norte de Porto Alegre. As principais atividades desenvolvidas nesta US são preventivas, de educação em saúde, de assistência e de formação de recursos humanos. Dentre estas atividades destaca-se o Programa de Assistência Domiciliar (PAD) na Atenção Primária à Saúde (APS) que se caracteriza pelo atendimento realizado pelos profissionais integrantes da equipe de saúde no domicílio.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório descritivo. As informações foram coletadas por meio da técnica de entrevista semi-estruturada.¹⁰ A escolha da amostra deu-se a partir da lista de 16 participantes do PAD, que foi fornecida pelo local onde se realizou a pesquisa. *A priori* foram convidados a participarem do estudo, a partir de uma lista dos idosos integrantes do PAD, nove cuidadores de idosos que, inicialmente, foram abordados por telefone ou diretamente em suas residências e receberam um convite de participação no estudo, sendo que todos aceitaram. Os demais participantes do PAD não foram selecionados para a pesquisa por não serem idosos.

A coleta das informações foi realizada pela pesquisadora no domicílio e na US campo do estudo, com data e horário previamente agendados, no período de agosto a outubro de 2006. As entrevistas foram gravadas, com autorização dos participantes e, posteriormente, transcritas. Ao todo se fez nove entrevistas, sendo que, destas, oito foram no domicílio dos cuidadores e uma na US, campo do estudo, por opção do entrevistado.

Para a análise das informações foi utilizada a análise de conteúdo,¹¹ que compõem-se de três fases de análise a serem seguidas: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados. Na análise das informações, as letras CD apresentadas nas falas dos participantes do estudo se refere ao Cuidador Domiciliar, seguida do número da entrevista, que foi dado a partir da sua ordem de realização.

Neste estudo foram atendidas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos, estabelecidas na resolução N° 196/96 do Ministério da Saúde, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.¹² O nome dos cuidadores domiciliares, dos profissionais da equipe de

saúde do campo de estudo e dos idosos que foram citados nas entrevistas foram trocados por nomes fictícios para preservar o anonimato dos mesmos. Esta pesquisa também foi submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi desenvolvida - FR: 90694, CEP/GHC 034/06.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das informações possibilitou a construção das seguintes categorias: compartilhar o cuidado ao idoso – uma possibilidade para cuidar de si; descansar, passear, e dormir – a gente não tem mais esse direito; presença da família – uma necessidade sentida pelo cuidador domiciliar; (des)equilíbrio do corpo físico e mental – uma resultante percebida no (des)cuidado de si.

Estas categorias se caracterizam pelo cuidado de si do cuidador domiciliar. A forma como age em relação aos seus problemas e a sua percepção sobre a família e como estes procedem no cuidado ao cuidador domiciliar e ao idoso.

Compartilhar o cuidado ao idoso – uma possibilidade para cuidar de si

O revelar desta subcategoria mostra como os participantes do estudo se percebem ao cuidar do idoso e de si, sendo evidenciada por ter a sua liberdade cerceada no contexto deste cuidado e por ter de esperar pelos outros para poder atender as suas necessidades de cuidado.

O cuidado ao idoso se caracteriza por uma dependência, demonstrada por precisar de alguém que se solidarize com o cuidador domiciliar e esteja presente com ele no momento de cuidado. Essa condição atesta o vazio sentido por quem cuida do idoso, sendo que a presença de um familiar ou vizinho expressa a possibilidade de olhar para si e de ser atendido.

O meu cunhado que me ajuda. A minha vizinha vem só pra repara um pouquinho porque ela tem uma guria doente, também [...] de mim eu fico de lado né, eu tenho que arrumar os dentes e não tenho quem fique com ela, tenho que ir no médico, tenho um monte de coisas para fazer mas... não dá né (CD 5).

A fala expressa a necessidade do cuidado de si do participante do estudo, reforçando que precisa de alguém com quem compartilhar esta ação. O fato de estar com um familiar ou vizinho proporciona a possibilidade de sair daquele ambiente de cuidado ao idoso, que, muitas vezes, é estressante. Condição que só acontece quando se

evidencia explicitamente a necessidade de ajuda ou cuidado. Percebe-se, ainda, que a vizinha e o cunhado se fazem presentes neste encontro de cuidado quando evocados ou sensibilizados em relação às necessidades do cuidado de si dos participantes do estudo.

Na realidade do cuidador domiciliar pode ocorrer de não ter com quem compartilhar o seu compromisso com o idoso, sendo legado para si a condição única para cuidar: *só eu que cuido [...] vinte e quatro horas (CD 3).*

A fala do participante soa quase como um desabafo que se caracteriza por um peso ou uma carga presente em si por todo o tempo de um dia, o que por alguns minutos ou segundos consegue ser aliviado diante da possibilidade de poder dizer para alguém o que é cuidar de um idoso. Esta condição revela que o cuidador domiciliar precisa ser visto como alguém que, também, tem necessidades que precisam ser satisfeitas e, portanto, deve estar inserido nesse contexto de cuidado, quando se está comprometido com o outro. Este fato expressa a importância de ampliar a sua consciência, o que significa estar mais sensível para perceber e sentir o que está acontecendo no ambiente de cuidado.⁴

Com a percepção dos seus limites e possibilidades, o cuidador domiciliar desperta para a busca da satisfação das suas necessidades humanas, numa situação em que sente que precisa cuidar de si e encontra, na contratação de um cuidador formal, que é considerado àquele profissional contratado, uma possibilidade para a sua realização, o que está expresso na seguinte fala: *daí agora eu tenho uma enfermeira que vem, atendente que vem segunda, quarta e sexta. Essa dá banho e trata as feridas, eu já não tinha mais condições (CD 8).*

Com o passar do tempo, as ações de cuidado ao idoso, como higiene, conforto, alimentação, fazer curativos, se tornam repetitivas e desenvolvem, no cuidador domiciliar, cansaço físico pela saturação das atividades, fato que o leva aos limites de tolerância no contexto deste cuidado. Assim, o caminho encontrado pelo cuidado domiciliar para modificar esta condição se deu através da contratação de um cuidador formal para realizar tais ações de cuidado, postura que expressa o despertar da consciência do cuidador domiciliar quanto as suas limitações, uma vez que a busca por soluções demonstra o respeito que nutre por si.

Dentro do contexto de cuidar do idoso, ter uma pessoa para auxiliar o cuidador domiciliar possibilita uma melhor organização de sua vida e permite autonomia e liberdade na realização de suas

necessidades. O alcance desta condição, dentro dos conceitos de Watson,^{4,5} é um dos objetivos a serem alcançados no encontro de cuidado do outro, pois no momento de cuidado busca-se a reconstrução do ser humano a partir da sua própria realidade.

O compromisso de cuidar de si também se desvela de forma espontânea, sendo esta responsabilidade reafirmada pelo cuidador domiciliar: *quem cuida de mim sou eu mesma. Eu mesma cuido de mim, eu mesma, procuro os médicos, eu mesma procuro os meus remédios [...] (CD 2).*

A autonomia no cuidado de si expressa um compromisso para consigo. A consciência que o cuidador domiciliar tem acerca da necessidade de se cuidar demonstra que o mesmo precisa estar inserido em um contexto de atenção. Estas ações evidenciam que o cuidado de si se faz presente na consciência do cuidador domiciliar e que expressam a preservação da saúde do corpo, da mente e do emocional, demonstrando o amor que cada um nutre para consigo.¹³

Entretanto, nem sempre o cuidador domiciliar cuida de si sozinho e, algumas vezes, pode contar com a participação de familiares neste contexto: *[...] eu procuro me cuidar, não adoecer, o principal é não adoecer né. Me cuido só isso aí [...] a minha mãe dá uma força as vez, né. E o meu filho também quando precisa também eu peço (CD 3).*

O cuidador domiciliar, ao ter o familiar e o próprio idoso se preocupando com o seu bem-estar, se sente cuidado. Essa postura pode servir como estímulo e apoio para que o mesmo se mantenha sensibilizado para o cuidado de si. A fala acima ainda mostra as formas com que o familiar e o idoso demonstram a sua preocupação com o cuidador domiciliar. O afeto que o cuidador domiciliar recebe da família ou de outras pessoas reflete no cuidado de si e do idoso. A manifestação de sentimentos está presente no quinto elemento de cuidado de Watson⁸⁻⁹ quando refere que a expressão de sentimentos pode ser tanto positiva quanto negativa, e que estes devem ser permitidos e levados em conta numa relação de cuidado, uma vez que possibilita aceitar e sentir o pensar do outro, fazendo com que a interação entre os seres envolvidos aconteça de maneira efetiva e integral.

Descansar, passear e dormir – a gente não tem mais esse direito

Esta subcategoria tem sua denominação retirada da fala de um dos participantes do estudo e desvela os sentimentos do cuidador domiciliar

em relação ao cuidado de si, devido às exigências impostas pelo cuidado ao idoso: *então ela me tira do sono, tô sempre cansada, eu não durmo [...]. Eu não tenho vida social nenhuma, não tem como (CD 7).*

O cuidador domiciliar, ao mesmo tempo em que se percebe como alguém que cuida do outro, também visualiza que para si não está sendo possível este fazer. Esta situação acaba não permitindo a satisfação das suas necessidades biológicas e psicossociais, como dormir, descansar e ter momentos de lazer, condição que desencadeia um desgaste tanto físico quanto mental, o que acaba comprometendo a sua saúde.

Assim, o cuidador domiciliar procura outras formas, dentro das suas possibilidades, para um viver de forma diferente, como manifestado.

[...] claro tem dia que fico nervosa, que a gente quer sair né, caminhar um pouco né, se distrair. Eu digo, agora eu disse um dia eu vou no centro e eu vou comprar uns tênis pra mim caminhar [...]; a minha filha vende né, então vem as freguesas dela e me enterte, também um pouco né. Converso um pouco com outras pessoas (CD 1).

O cotidiano de cuidar faz com que os participantes do estudo se sintam cansados e acabem procurando formas para modificar esta realidade. Ao desenvolver a consciência sobre suas próprias necessidades, o cuidador domiciliar se abre para o seu *self* e faz com que, através do uso da criatividade, sejam propiciadas condições para que as mudanças ocorram. Esta condição vem ao encontro do sexto elemento de cuidado de Watson,⁸⁻⁹ o qual refere que a resolução criativa de problemas, por meio do novo, aliada a outros saberes, como a consciência e a sensibilidade, melhor identifica o que o cuidador precisa, fazendo com que, por meio das caminhadas e de conversas com outras pessoas, como citado na fala, se torne possível a sua implementação.

Na realidade do cuidador domiciliar também emergem outras necessidades humanas afetadas devido aos cuidados dispensados ao idoso: *eu me privei de bastante coisa, de sair, de bastante coisas, né. Isso aconteceu realmente. Pra poder sair tem que ter alguém que fique com ela ou alguma coisa assim (CD 4).*

O cuidador domiciliar expressa que as privações e a rotina não permitem que as suas necessidades humanas sejam satisfeitas, fato que acontece devido à falta de outra pessoa para auxiliá-lo nas ações de cuidado ao idoso. A fala demonstra seu desejo de ter liberdade, de ir e vir, o que fica impossibilitado por causa da dependência do idoso em relação a si. A liberdade é uma necessidade hu-

mana considerada essencial para o ser humano e a sua satisfação possibilita o bem-estar e o conforto de saber ou descobrir ser dono de si, sendo está uma forma de vida que expressa o cuidado de si. Watson^{8,9} refere que o objetivo de cuidar de forma transpessoal é para que a autonomia e a liberdade do ser humano possam ser alcançadas.

A liberdade deve ser valorizada, tanto pelo cuidador domiciliar, pois a sua privação afeta o cuidado de si e do outro. Quando se refere ao ambiente de cuidado, Watson,^{8,9} no seu oitavo elemento de cuidado, considera que a criação deste deve permitir a reconstituição do ser humano em todos os seus níveis de energia e de consciência para que ocorra a potencialização da totalidade, da paz, da beleza, do conforto e da dignidade. Desta forma, o cuidador domiciliar, ao encontrar maneiras de satisfazer esta necessidade ou outras que possam surgir no cotidiano de cuidar, promove o desenvolvimento de um ambiente agradável, o que melhora os estados afetivos, facilita a interação com o outro e a sua satisfação com a vida.

Presença da família – uma necessidade sentida pelo cuidador domiciliar

Esta subcategoria desvela que o cuidador domiciliar necessita da participação da família nos cuidados para consigo e com o idoso.

Sempre, sempre, sempre ela me ajuda e me ajuda muito, aí dela, se não fosse ela eu acho que eu já tava morta [...] os familiares devem saber, que eles devem participar da vida da gente, devem dar um pouquinho de carinho, nem que seja assim tu tomou teu remédio? Isso aí já é uma maneira de carinho, sabe. É quase nada, nem... mas é importante (CD 2).

Contar com a presença da família no seu cotidiano, para o cuidador domiciliar, é de fundamental importância, ação que pode ser evidenciada por meio da sua participação no cuidado ao idoso ou na preocupação acerca das suas necessidades.

Acredita-se que a presença da família cria uma relação de confiança com o cuidador domiciliar e um ambiente de união e solidariedade entre os seus membros, o que pode favorecer um melhor cuidado ao outro, o idoso, e a si mesmo. A família, ao estar consciente sobre as necessidades tanto do cuidador domiciliar quanto do idoso, possibilita que as ações de cuidado aconteçam de forma intencional, o que, conforme o primeiro elemento de cuidado de Watson,^{8,9} pode promover a reconstituição dos envolvidos no momento de cuidado, pois quando este ocorre de maneira

amorosa e gentil, permite que se adentre no espaço da pessoa cuidada, estabelecendo, assim, uma conexão entre elas e o universo. Entretanto, neste contexto podem ocorrer relacionamentos que não estão permeados pela participação e envolvimento da família, sem a formação do vínculo de ajuda-confiança, o que é manifestado.

Só mais uma irmã de Florianópolis, não tem como. E a minha irmã não dá pra cuidar, a minha irmã não tem jeito pra cuidar [...]. Uma que se não tivesse nós, ela tenho certeza que poria a mãe numa clínica, ela não ia cuidar. Ela não ia deixar de sair, não deixar disso, deixar daquilo né, pra ficar com a mãe (CD 9).

Estas relações apresentam a falta de envolvimento e participação da família nas ações de cuidado ao idoso e são resultantes de aborrecimentos e sentimentos negativos entre o cuidador domiciliar e seus familiares. Nesta fala, o cuidador domiciliar relata os seus pensamentos acerca da ausência da participação de sua irmã no cuidado ao idoso. Esta condição vem ao encontro do quinto elemento de cuidado de Watson,^{8,9} que se refere à importância de se facilitar a expressão de sentimentos, tanto positivos quanto negativos, pois esta atitude pode servir como um instrumento para que o cuidador domiciliar consiga elaborar as situações vividas com seus familiares e que influenciam nas ações de cuidado ao idoso e de si mesmo.

(Des)equilíbrio do corpo físico e mental – uma resultante percebida no (des)cuidado de si

Nesta subcategoria são desveladas as formas que o cuidador domiciliar percebe o seu adoecimento e as suas causas.

Pra me cuidar, olha até eu tava com uma dor nessa perna, daí eu fui fazer uma radiografia e não tem nada no osso. E eu acho que é muscular porque essa perna quando eu cuidava dela, que eu cuido, e aí eu pego no peso ali (CD 8).

O relato demonstra que o cuidador domiciliar apresenta problemas de saúde que expressam a não satisfação de suas necessidades, resultando no seu adoecimento. Para encontrar o equilíbrio das mesmas, o cuidador domiciliar procura o atendimento de profissionais na busca do restabelecimento da sua saúde. Na fala acima, o cuidador domiciliar atribui o fato do seu adoecimento ao cuidado que é dispensado ao idoso. A procura por um melhor estado de saúde encontra apoio no nono elemento de cuidado de Watson^{8,9} quando refere que, a partir da consciência intencional do ser, se oportuniza o que é essencial ao cuidado humano, buscando a sua

potencialidade em todos os aspectos. Neste sentido, o cuidador domiciliar, ao estar sensibilizado, tende a se orientar para uma maior preservação do seu corpo e mente, o que demonstra responsabilidade e respeito para consigo. Esta situação também se constata quando o adoecimento do cuidador domiciliar compreende outros fatores, conforme refere um dos participantes.

Eu ando muito irritada, insuportável eu ando [...] tensa, sempre tensa, sempre pensando uma coisa, pensando outra, não se isso até... pra mim isso não é normal. [...] Ah eu tô indo com a Laura, com a psicóloga. Tô tendo um tratamentozinho ali com ela e ajuda também né, prá se eu melhora meu sistema, porque ninguém tem nada... ninguém tem culpa de eu estar assim, né (CD 3).

Observa-se que a irritabilidade e a tensão são problemas de saúde que estão sendo vivenciados pelo cuidador domiciliar, condição que o leva a procurar ajuda de um profissional para tratá-las. Embora sejam problemas presentes e que está a vivenciar de uns “tempos para cá”, não os associa como conseqüência de cuidar ou de estar com o idoso. Nesta situação, se percebe que o cuidador domiciliar preocupa-se consigo, à medida que sente e manifesta sua condição de saúde-doença. Neste contexto, o cuidador domiciliar quando expõe os seus sentimentos, vem ao encontro do quinto elemento de cuidado de Watson,⁸⁻⁹ que cita a importância da expressão de sentimentos positivos e negativos, pois ao serem levados em conta na prática do cuidado, permitem uma melhor atuação na promoção e manutenção da saúde do ser cuidado, uma vez que a partir do seu reconhecimento melhor se entenderá o comportamento do outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha pela Teoria do Cuidado Humano de Watson como base teórica permitiu a reflexão acerca da necessidade do cuidador domiciliar ser percebido pelas pessoas com quem convive, como familiares, vizinhos e, também, por si mesmo, como um ser que precisa estar inserido num contexto de cuidado, para que as suas inúmeras potencialidades e possibilidades possam acontecer. Neste estudo, o processo *clinical carita*, através dos seus 10 elementos de cuidado, foi utilizado como um referencial para refletir acerca da realidade expressa pelo cuidador domiciliar no processo de cuidar.⁸⁻⁹ Acredita-se que estes elementos de cuidado possibilitaram que os participantes do estudo pudessem ser vistos de forma ampliada, considerando a singularidade e complexidade presentes em cada ser humano.

Cuidar do idoso requer exigências para os participantes do estudo, sendo estas físicas ou psíquicas, o que acaba trazendo prejuízos a sua saúde, sendo evidenciados pelo cansaço, pelo estresse e, até mesmo, por seu adoecimento devido à sobrecarga que esta ação lhe impõe. Esta condição faz com que sejam reconhecidos alguns dos motivos que resultam na falta do cuidado de si.

Desta forma, as ações que expressam o não-cuidado para consigo são exercidas conscientemente pelo cuidador domiciliar, os quais relatam, ainda, a dificuldade de mudarem esta realidade devido ao dever moral que se auto-impõe em relação ao cuidado do idoso, à falta de apoio da família, bem como ao excesso de tarefas. Entretanto, se visualizam algumas iniciativas vindas dos participantes deste estudo na busca de um caminho para ir ao encontro do cuidado de si.

Quando questionados em relação ao cuidado de si, os participantes do estudo consideram que é sua a maior responsabilidade para que este ocorra. Entretanto, contam em alguns momentos, com a participação da família ou do próprio idoso no encontro de cuidado. Neste sentido, existem momentos em que o cuidado de si não acontece, o que está relacionado com o comprometimento do cuidador domiciliar com o idoso, devido ao desenvolvimento de uma consciência intencional de cuidado ao outro.

Contudo, existem fatores que impedem essa concretização, quando este é para si, sendo expresso pela falta de tempo, de ter com quem deixar o idoso e de apoio da família. Para mudar esta realidade é preciso que o cuidador domiciliar esteja consciente para as suas necessidades, sendo, também, de fundamental importância o olhar das pessoas com quem convive nesta direção, pois a partir desta sensibilização, todos os envolvidos poderão criar maneiras de contribuir para que esta ação seja valorizada e possa acontecer.

A relevância deste estudo se insere na busca de uma compreensão da realidade vivida pelos cuidadores domiciliares, a partir do relato de suas experiências. Desta forma, acredita-se que esta pesquisa poderá contribuir para os programas de cuidado domiciliar, no que se refere à assistência, bem como, ao ensino e à pesquisa em enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2000 [acesso em 2005 dez 03]. Disponível em:

- http://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sintese_de_indicadores_2000/aspectos_demograficos
- 2 Ministério da Saúde (BR). Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília (BR): MS; 2002.
 - 3 Lavinski AE, Vieira TT. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. *Acta Scientiarum*. 2004 jan-jun; 26(1): 41-5.
 - 4 Watson J. *Nursing: human science and human care*. New York (NY/USA): National League for Nursing; 1985.
 - 5 Watson J. Theory of human care in action. In: Riehl-Sisca J, editor. *Conceptual model for nursing practice*. 3a ed. Norwalk (Connecticut/USA): Appleton&Lange; 1989. p.219-36.
 - 6 Watson J. *Theory of human care in action*. New York (NY/USA): National League for Nursing Press; 1996.
 - 7 Watson J. *Postmodern nursing and beyond*. London (UK): Churrchill Livingstone; 1999.
 - 8 Watson J. Theory of human caring: overview and evolution of theory [acesso em 2006 dez 20]. Disponível em: <http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/evolution.asp>
 - 9 Watson J. Watson's theory of human caring and Subjective Living Experiences: carative factors. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Jan-Mar; 16(1): 129-35.
 - 10 Triviños A. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 2a ed. São Paulo (SP): Atlas; 1987.
 - 11 Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3a ed. Lisboa (PT): Edições 70; 1977.
 - 12 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
 - 13 Vianna ACA, Crossetti MGO. O Movimento entre cuidar e cuidar-se em UTI: uma análise através da teoria transpessoal de Watson. *Revista Gaúcha de Enferm*. 2004 Abr; 25 (1): 56-69.