



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**LARISSA CHAVES PEDREIRA**

**MODOS DE SER DO IDOSO COM SEQUELA DE ACIDENTE  
VASCULAR CEREBRAL: cuidado familiar**

**Salvador  
2009**

**LARISSA CHAVES PEDREIRA**

**MODOS DE SER DO IDOSO COM SEQUELA DE ACIDENTE  
VASCULAR CEREBRAL: cuidado familiar**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem, Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Linha de Pesquisa: O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Lúcia Mendonça Lopes

**Salvador  
2009**

**LARISSA CHAVES PEDREIRA**

**MODOS DE SER DO IDOSO COM SEQUELA DE ACIDENTE  
VASCULAR CEREBRAL: cuidado familiar**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem, Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Linha de pesquisa: O cuidar em Enfermagem no processo de Desenvolvimento Humano.

Aprovada em 10 de julho de 2009

**BANCA EXAMINADORA**

---

Regina Lúcia Mendonça Lopes - Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

---

Célia Pereira Caldas - Pós-Doutora em Ciências da Saúde e Professora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

---

Acylene Maria Cabral Ferreira - Doutora em Filosofia e Professora da Universidade Federal da Bahia

---

Maria do Rosário de Menezes - Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

---

Álvaro Pereira - Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia

---

Dora Sadigursky - Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

---

Dante Augusto Galeffi - Doutor em Educação e Professor da Universidade Federal da Bahia

## DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais Augusto e Neusa, e a meus amores Marcelo, Eduardo e Adriana. Fontes de energia e alegria, obrigada por me tirar da impropriedade e me fazer vislumbrar as minhas várias possibilidades de ser.

## AGRADECIMENTOS

A Deus.

À Profa. Dra. Regina Lúcia Mendonça Lopes, pelo acolhimento, amizade e, por abrir para mim, os caminhos da fenomenologia desde o mestrado.

A todos os professores da banca, especialmente as Profas. Dras. Acylene Cabral Ferreira, Célia Pereira Caldas e Maria do Rosário de Menezes pelo carinho, ensinamentos e sugestões valiosas.

Às colegas do Doutorado: Marizete, Nadirlene, Lucimeire, Neuranildes, Maristela, Patrícia, Kátia, Tânia e Rosana pela companhia nas aulas. Consegui descobrir aqui, boas amizades.

Agradecimentos à Rosana, companheira de fenomenologia, obrigada pela força, carinho e pelos inúmeros artigos enviados.

Agradecimentos especiais à Tânia, colega de trabalho que conheci melhor no Doutorado, e se mostrou uma grande amiga, companheira de estudos, meditações, discussões e desabafos.

A minha mãe e minha sogra, pelo carinho, atenção e grande ajuda que sempre dispensaram no ir e vir com meus filhos.

À Amanda Maria, minha dedicada bolsista PIBIC, pela pesquisa bibliográfica que enriqueceu todo o referencial usado nessa pesquisa.

Ao Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração de Enfermagem (DEMCAE), pela ajuda na liberação, especialmente a Profa. Dra. Maria Teresa Brito Mariotti de Santana.

Ao Programa de Atenção Domiciliar Interdisciplinar (PADI), especialmente as colegas e amigas Noélia Assis de Oliveira, Maria Luiza Dias e Elaine Cristina Santos, pelo acolhimento e carinho com que sempre me receberam.

À SOS VIDA, e aos amigos Isabella Teixeira Nápoli e Dr. José Spiño, pela disponibilidade, atenção e carinho.

A todas as colegas de Departamento, presenças constantes no meu cotidiano, sempre dispostas a ajudar, especialmente a colega e amiga, Rosana Maria de Oliveira Silva.

A todos os meus familiares (marido, filhos, pais, irmão, sogra, cunhadas, sobrinhos, sobrinha-afilhada) e todos os amigos, co-presenças constantes e alegres em minha vida, que sempre me dão apoio, e com quem compartilho a minha historicidade. Especialmente Rose Ana Rios David e Mércia Casaes Pimentel.

Aos meus alunos, motivação que me faz querer crescer sempre.

Aos depoentes, nos codinomes Rosa, Cravo, Antúrio, Açucena e Violeta, e seus cuidadores, exemplos de força e garra na superação de um cotidiano difícil, por abrirem a porta de suas casas e me receberem tão bem, espero poder corresponder à hospitalidade através desta pesquisa.

Às Profas. Dra. Clarice Oliveira e Msc. Marilene Bacellar Baqueiro, que tanto me motivaram nos estudos do envelhecimento

A todos os idosos que são a minha fonte de inspiração, para continuar a pesquisar nessa direção.

A todos que de alguma forma me ajudaram na construção desse trabalho.

O encontrar-se do *Da-sein* consigo mesmo, faz-se no ato da *cura*. Curar-se de, preocupar-se com, só é possível porque o *Da-sein* vê-se como sujeito de possibilidades.[...]

GMEINER (1998; p.32)

PEDREIRA, Larissa Chaves. **Modos de ser do idoso com sequela de acidente vascular cerebral: cuidado familiar.** 2009. 110 f. Tese (Doutorado) Salvador, Universidade Federal da Bahia.

## RESUMO

Esse trabalho teve como objeto os modos de ser do idoso com sequela de acidente vascular cerebral (AVC) sendo cuidado no domicílio pela família e, como objetivo, compreender esses modos de ser. Trata-se de uma pesquisa fenomenológica pautada em Martin Heidegger e sua obra *Ser e Tempo*. Foi realizada entrevista fenomenológica com 5 idosos após aprovação do comitê de ética e aceite destes em participar da pesquisa. Os idosos estavam inscritos em 2 programas de assistência domiciliar, possuíam sequela de AVC, e estavam no domicílio, levando o seu cotidiano com a ajuda de familiares. As entrevistas gravadas foram realizadas no domicílio e, após a transcrição e leitura, foram construídas as unidades de significado: Ex-siste em um cotidiano vazio; Encontra-se em situação de dependência; Angustia-se pelo seu ser-no-mundo; Revive o passado; Substitui o ser-com pelo ser-junto. Submetendo essas unidades a hermenêutica heideggeriana, construí as unidades de significação: Temporaliza o vigor de ter sido de modo impróprio; Vivencia sua presença, na maioria das vezes, na historicidade imprópria; Vivencia o seu ser-no-mundo, na maioria das vezes, como ente meramente presente. Compreendi então, a partir destas, que esses idosos vivenciam seu cotidiano muito mais imprópria do que propriamente, e que os modos de ser apresentados, dependem da sua temporalidade, influenciada por fatores como: relações familiares, redes de apoio, nível sócio econômico e educacional, localização e extensão do AVC, personalidade entre outros. Esses elementos irão refletir na maneira como cada um se porta, diante das demandas de mundo, e como responde a essas, através de modos de ser.

Palavras-chave: Enfermagem, serviços de assistência domiciliar, filosofia, idoso, acidente cerebral vascular, saúde do portador de deficiência ou incapacidade.



PEDREIRA, Larissa Chaves. **Ways of life of aged people with sequels of cerebral vascular accident: family care.** 2009. 110 f. Theses (Doctorate) Salvador, Federal University of Bahia.

## ABSTRACT

This work has as objective to observe the way elderly people who had stroke sequels live their lives, being assisted in their homes by their families and, to comprehend their way of there-being. It is about the phenomenological research based on Martin Heidegger and his work *Being and Time*. Phenomenological interviews were held with 5 elderly people after the approval from the ethics committee and their acceptance in participating in the research. The elderly were enrolled in 2 home care programs, had sequels from the strokes and were living in their homes with the help of their families. The interviews were recorded in their homes and, after the transcription and its reading, the units of meaning were made: there is an empty daily life; there is a situation of being dependant upon others, they feel anguish for their being-in-the-world, they relive the past, they replace the being-with for the being-attached. With submitting those units to the heideggerian hermeneutics I was then able to build the units of meaning. Lives his existence, most of the times, on/in/at the improper historicity, lives his being-in-the-world simply as a present being. I then realized, from that that the elderly face their daily lives improperly rather than properly, and the ways of being presented, depend upon a time line (temporality), influenced by factors such as: relationships within the family, support nets, economical and educational levels, the location and extension of the stroke and personality, just to mention a few. These elements will reflect on the way each individual behaves (reacts) before the demands of the world, and how they respond to those through their there-being.

Keywords: Nursing, home care services, philosophy, aged, stroke, disabled health.

PEDREIRA, Larissa Chaves. **Modos de ser del mayor con secuela de accidente vascular cerebral: cuidado familiar.** 2009. 110 f. Tesis (Doctorado) Salvador, Universidad Federal de Bahia.

## RESUMEN

Este trabajo tuvo como objeto los modos de ser del mayor con secuela de accidente vascular cerebral (AVC) siendo cuidado en el domicilio por la familia y, como objetivo, comprender esos modos de ser. Se trata de una investigación fenomenológica pautada en Martin Heidegger y su obra *Ser y Tiempo*. Fue realizada entrevista fenomenológica con 5 mayores después de la aprobación del comité de ética y la aceptación de éstos en participar de la investigación. Los mayores estaban inscritos en 2 programas de asistencia domiciliaria, poseían secuela de AVC, y estaban en el domicilio, llevando su cotidiano con ayuda de familiares. Las entrevistas grabadas fueron realizadas en el domicilio y, después de la transcripción y lectura, fueron construidas las unidades de significado: Ex-siste en un cotidiano vacío; Se encuentra en situación de dependencia; Se angustia por su ser-en-el-mundo; Revive el pasado; Substituye el ser-con por el ser-junto. Sometiendo esas unidades a la hermenéutica heideggeriana, construí las unidades de significación: Temporaliza el vigor de haber sido de modo impróprio; Vivencia su presencia, la mayor parte de las veces, en la historicidad imprópria; Vivencia el ser-em-el-mundo, la mayor parte de las veces, como ente meramente presente. Comprendí entonces, a partir de estas, que esos mayores vivenciam su cotidiano mucho más impropriamente de lo que propiamente, y que los modos de ser presentados, dependem de su temporalidad, influenciada por factores como: relaciones familiares, redes de apoyo, nivel socioeconómico y educacional, localización y extensión del AVC, personalidad entre otros. Eses elementos irán a reflejarse en la maneira como cada uno se porta, delante de las demandas del mundo, y como responde a ellas, a través de modos de ser.

Palabras-clave: Enfermería, servicios de atención de salud a domicilio, filosofía, anciano, accidente cerebrovascular, salud del portador de deficiencia o discapacidad.



## SUMÁRIO

<b>1 A TEMÁTICA DO IDOSO COM SEQUELA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E O TEMPO EM HEIDEGGER</b>	<b>13</b>
<b>2 INTERESSE SOBRE O TEMA</b>	<b>21</b>
<b>3 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E SUAS REPERCUSSÕES</b>	<b>30</b>
<b>4 CUIDANDO DO IDOSO NO DOMICÍLIO</b>	<b>40</b>
4.1 ALGUNS ASPECTOS DO ESTADO DA ARTE	40
4.2 O CUIDADO DOMICILIAR PARA O IDOSO	42
<b>5 O SER-IDOSO-SEND-CUIDADO-NO-DOMICÍLIO E A FENOMENOLOGIA DE HEIDEGGER</b>	<b>49</b>
<b>6 CAMINHANDO PARA O ENCONTRO DO SER-IDOSO</b>	<b>55</b>
6.1 PROPOSTA METODOLÓGICA	55
6.2 APROXIMAÇÃO DOS SUJEITOS	60
6.3 APRESENTAÇÃO DOS SUJEITOS	62
6.4 REFLETINDO SOBRE AS UNIDADES DE SIGNIFICADO E SIGNIFICAÇÃO	68
<b>7 UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO: ANÁLISE COMPREENSIVA</b>	<b>70</b>
7.1 TEMPORALIZA O VIGOR DE TER SIDO NO MODO IMPRÓPRIO	70

7.2 VIVENCIA SUA PRESENÇA, NA MAIORIA DAS VEZES, NA HISTORICIDADE IMPRÓPRIA	82
7.3 VIVENCIA SEU SER NO MUNDO, NA MAIORIA DAS VEZES, COMO ENTE MERAMENTE PRESENTE	90
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	98
<b>REFERÊNCIAS</b>	101
<b>APÊNDICE A - INFORMAÇÃO AO COLABORADOR</b>	
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	
<b>APÊNDICE C- CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS</b>	
<b>APÊNDICE D – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS</b>	
<b>ANEXO A – OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA</b>	

## 1 A TEMÁTICA DO IDOSO COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E O TEMPO EM HEIDEGGER

Pensar sobre o tempo, ao longo da elaboração dessa tese, tornou-se atividade necessária, embora árdua. Como pensar em questões de envelhecimento, incapacidades funcionais e relações entre pessoas, articulando-as com o pensamento da existência de um ser que se relaciona com o mundo, sem pensar no tempo?

No modo cartesiano de ver as coisas pensa-se sempre no tempo como algo quantificado, eterno, onde os acontecimentos giram de forma contínua e linear. Contudo, pensar o tempo como Heidegger, é pensar na própria existência da presença<sup>1</sup>.

Fernandes e Lopes (2002) apontam que para Heidegger, o humano é um ente dotado do ser da presença, cuja essência é o ex-sistir. Sua única maneira de se mostrar é através dos seus modos de ser, expressados em um tempo e espaço próprios. De acordo com as autoras, para esse filósofo o ser humano é intemporal. Compreendo que o tempo é o horizonte no qual o ser se desvela.

Ferreira (2003), na compreensão de Heidegger, aponta que o tempo é a abertura, o horizonte onde o ser acontece. Sendo assim, o tempo guarda relação com o cotidiano, no qual podemos ver as manifestações do ser. Então, entender o caráter temporal da cotidianidade é entender a expressão “[...] de início e na maior parte das vezes”, utilizada por Heidegger em *Ser e Tempo*, sua mais importante obra, que serviu como alicerce neste trabalho.

De início, e na maior parte das vezes, existem vários modos de ser, que dependerão das várias maneiras como o mundo nos toca, a depender de um estado prévio de humor, também chamado de estado de espírito. (INWOOD, 2000).

Ainda, para Inwood (2000, p.58), “Encontrar-se em um estado de espírito, é

---

<sup>1</sup> Termo utilizado por Martin Heidegger para se referir ao humano. Também designado como *Dasein*, pre-sença, ser-aí. Segundo DASTUR (1990, p.25), trata-se da essência do ente. No texto, será usado o substantivo presença que é a expressão utilizada na tradução brasileira de *Ser e Tempo*. *Dasein*, ser-aí, essência do ente ou pre-sença com hífen, estará presente somente quando usada por algum autor citado.

ver o mundo de uma certa maneira, e isso afeta crucialmente nosso engajamento com o mundo e nossa reação à entidades que nele estão contidas”.

O humor revela como alguém está e se torna. Dessa forma, ele conduz o ser para o seu pré, ou seja, as suas possibilidades. Mas, o que marca os modos de ser, em um estado prévio de humor, é tempo e espaço e, de acordo com Heidegger (1998a, p. 168), é na análise dos modos de ser, que se pode buscar a resposta para “[...] a questão do quem da pre-sença cotidiana.”

Assim, o idoso com alguma incapacidade, sendo cuidado no domicílio, pode mostrar-se através de vários modos de ser, como da ocupação, da indiferença, da agressividade, da passividade, entre outros, a depender da sua abertura para o mundo, pois um modo de ser que se apresenta agora, não será igual a outro que se apresenta depois.

Esses modos de ser irão depender da forma como cada pessoa relaciona-se com o mundo, sendo este considerado todas as coisas e pessoas a sua volta. Heidegger também denomina esse entre as coisas e o homem de conjuntura ou mundanidade do mundo.

Não se pode apreender o ser como algo constante, pois de acordo com Heidegger (1998a), dessa forma, pode-se vedar a possibilidade da percepção sensível e intelectual de compreensão das possibilidades de ser-no-mundo.

Se assim fosse, partiríamos para uma análise cartesiana do mundo, pautada na manualidade, na qual o que se vê são características como belo, feio, útil, inútil, paciente ou rebelde entre outras. Heidegger (1998a) aponta ainda que a pre-sença não apenas é e está em um mundo, mas, também, relaciona-se com ele, segundo um modo de ser predominante. Na maioria das vezes, e antes de tudo, a pre-sença é absorvida por seu mundo.”

Isso posto, é importante para a equipe de saúde, em seu cotidiano de cuidar, buscar compreender os modos de ser do outro, a partir da sua mundanidade, ultrapassando o pensamento lógico, e tentando chegar à essência daquilo que se mostra. A mundanidade é que dá o sentido ontológico do ser-no-mundo.

Esse contato com as definições de tempo e de temporalidade, clareou-me uma questão inquietante, a partir da qual foi definido o objeto desse estudo. Destaco, ainda, que a reflexão sobre tais definições, conduziu-me a maior

entendimento acerca da construção de minha dissertação de mestrado intitulada *Ser-idoso: vivência de internação em unidade de terapia intensiva*.<sup>2</sup> (PEDREIRA, 2000).

À época do mestrado, inquietavam-me alguns comportamentos assumidos pelos idosos, quando internados na Unidade de Terapia Intensiva, a saber, comportamentos de agressividade, não aceitação aos cuidados e passividade. Compreendi então, que tais comportamentos, muitas vezes, ocorriam por dificuldades de adaptação àquela situação, dificuldades estas, comuns pelas peculiaridades do envelhecimento. Hoje, vejo que essas dificuldades ocorrem de acordo com o tempo e a relação que o idoso estabelece com o mundo à sua volta.

Em relação à construção do objeto deste estudo, volto agora com inquietações referentes a como deve ser, para o idoso com limitações, ser cuidado no domicílio pela família. Em visitas domiciliares e em contato com cuidadores, percebo relatos de vários modos de ser, assumidos por esses idosos, em seu cotidiano.

Dessa forma, a compreensão dos modos de ser do idoso com sequelas de acidente vascular cerebral poderá levar a melhoria da qualidade da assistência, não só para os idosos, que muitas vezes têm a sua autonomia e liberdade reduzidas, mas, também, para seus cuidadores, os quais, geralmente, apresentam-se cansados em relação à prestação dos cuidados e, sobretudo, inseguros quanto a alguns comportamentos assumidos pelos idosos.

À maneira como o ser se relaciona com o tempo, Heidegger chama de *ekstase*, palavra derivada do grego *ekstasis*, que literalmente significa estar fora, aparecer no exterior, mas que tem relação com a existência (INWOOD, 2002). É como o ser se temporaliza, se mostra no tempo. Assim, as ekstases são o porvir, a atualidade e o vigor de ter sido.

A temporalidade, no sentido da compreensão, é o porvir. Dessa forma, uma presença com base na compreensão, está aberta a possibilidades. Assim, o porvir é

---

<sup>2</sup> Defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA em 2000, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Clarice Oliveira e co-orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Lúcia Mendonça Lopes. Tem como objeto de estudo o sentido para a pessoa idosa do estar internada na unidade de terapia intensiva, com o objetivo de compreender a vivência da pessoa idosa internada na Unidade de Terapia Intensiva. Dentre os principais resultados destaco: a insatisfação e o constrangimento que os pacientes idosos sentem em relação a cotidianidade hospitalar; e o sentimento de solidão acentuado pela impessoalidade da relação profissional/paciente.



lançar-se nessas possibilidades.

Sobre isso, observo que o idoso com incapacidade funcional, muitas vezes está em um estado de humor, no qual anula suas possibilidades, lançando-se em um cotidiano, onde tudo já está aí, está dado, pronto, aparentemente sem perspectivas de mudanças. Muitas vezes, as possibilidades desse idoso já estão lançadas, geralmente pela família. Dessa forma, retira-se a autonomia do outro, impondo-o ao que convém.

Um exemplo que ilustra essa situação, foi um contato mantido com uma idosa que teve como seqüela de acidente vascular cerebral (AVC), uma hemiparesia esquerda, e que, também, possuía uma úlcera varicosa no membro inferior direito. Diante dessa condição, achava-se totalmente impossibilitada de deambular, fato reafirmado pela insistência da sua cuidadora, a filha, que alegava que a sua deambulação poderia prejudicar o processo de cicatrização da ferida. Contudo, essa lesão já existia antes do AVC, quando a idosa era independente em seu cuidado. Além disso, achava-se incapaz de se alimentar sozinha, também por insistência da cuidadora, alegando que tal ação levaria a mãe a sujar tudo a sua volta.

Ferreira (2003, p.14) aponta que:

Quando criamos expectativas, ficamos atentos aos acontecimentos do cotidiano, esperando que algo determinado e estabelecido por nós aconteça, não abrindo caminho para que outras possibilidades nossas de ser possam advir, nessa perspectiva provocamos o desvio de nossas possibilidades mais próprias de ser.

Esse movimento do cotidiano, no qual não abrimos caminhos às novas possibilidades, é o que Heidegger denomina viver no mundo da ocupação. Nele, vivemos junto ao outro, em um modo deficiente e indiferente, que caracteriza a convivência cotidiana. Assim, no modo da ocupação, nos ocupamos com a alimentação, com o vestuário, com o tratamento do doente ou, até mesmo, em atender às suas expectativas.

Para Heidegger (1998a), esses modos indiferentes da convivência recíproca, facilmente desviam a interpretação ontológica para o entendimento do ser como um simplesmente dado de muitos sujeitos.

Por outro lado, é através da preocupação, que podemos pensar em nós e no

outro, no sentido ontológico existencial. Estamos, dessa forma, agindo como um ser-com ao invés de ser-junto, essa forma de ser-com, é interpretada por Heidegger como o fenômeno da cura.

A outra ekstase, apontada por Heidegger, é a atualidade, que tem relação com o instante, que é seu modo próprio, e com a atualização, seu modo impróprio. Sobre isso, Ferreira (2003, p.73) destaca:

Não podemos negar que, em nosso cotidiano, na maior parte das vezes, estamos ocupados com as coisas do mundo, com os nossos afazeres e preocupados com o que faremos em seguida. A esse nosso modo de ser cotidiano, Heidegger denominou de decadência pelo fato de nos mostrarmos decaídos no mundo e misturados com ele; na decadência, nos comportamos de modo impróprio, na medida em que nos desviamos do nosso modo mais próprio de ser, o qual se mantém latente, podendo emergir a qualquer momento.

Dessa forma, vivemos nosso cotidiano no modo impróprio da atualidade, ou seja, na atualização, que é a decadência. Para Heidegger (1998b, p.145), a forma mais fácil de ver a decadência é na curiosidade. Este autor aponta que, “[...] a curiosidade não atualiza o ser simplesmente dado a fim de, nele demorando-se, compreendê-lo, ela busca ver *apenas*, para ver e ter visto”.

Através da curiosidade, nos entregamos tão pouco à coisa, que ela se perde quando surge algo novo à vista. Contudo, é por temer a curiosidade, que muitos idosos com incapacidade funcional e, geralmente, seus familiares passam a ter uma existência retraída.

Sobre isso, conversando com uma idosa, que foi por mim questionada sobre o fato de não gostar de sentar fora de casa, respondeu-me que temia os olhares curiosos dos vizinhos para sua nova condição e, por isso, preferia ficar sempre dentro de casa.

A terceira ekstase apontada por Heidegger é o vigor de ter sido. Em seu modo próprio, essa ekstase guarda relação com a retomada e a recordação e, em seu modo impróprio, guarda relação com o esquecimento.

Em relação à retomada e a recordação, elas ocorrem pela angústia. Através da angústia, no modo ekstático do vigor de ter sido, vem a estranheza, que recoloca diante de nós, as nossas possibilidades de ser, para que sejam retomadas. Assim,

nos colocamos diante da possibilidade da retomada dos nossos modos de ser.

Para Heidegger (1998b, p.141), quando se está aberto na angústia, se desentranha o nada da ocupação, ou seja: “[...] a impossibilidade de se projetar um poder-ser da existência, primariamente fundado na ocupação. Desentranhar essa possibilidade significa, porém, deixar vir à luz a possibilidade de um poder ser em sentido próprio.”

Ainda sobre o assunto, Dastur (1990), analisando a questão do tempo em Heidegger, afirma que a estranheza é a voz que apela e, através dela, a presença fica originariamente em unidade consigo mesmo. Em contrapartida, foge de si mesmo por estar caído, no esquecimento.

É no seu modo impróprio, como o do esquecimento, que a presença se fecha naquilo que está, permanecendo na mesmice, no imparcial, na acomodação. É o que observo muitas vezes em alguns idosos. Ficam acomodados com a condição que a sociedade os coloca, geralmente como um problema ou, de acordo com Minayo e Coimbra (2002), recebendo estereótipos que o cuidado social lhes reservou, como do recolhimento interior, da inatividade, da medicalização e da infantilização.

Nesse sentido, Heidegger (1998a, p.140) aponta que quando se esquece de si, não se apreende nenhuma possibilidade determinada e, dessa maneira, o mundo circundante aparece para a pessoa, como algo ao qual ela não pertence, “[...] desentranhando então a estranheza do ser-no-mundo cotidiano e familiar.”

Assim, em concordância ao exposto até agora, reconheço que ser e tempo andam juntos, não se pode tentar compreender o ser, através de seus modos de ser, sem considerar a temporalidade ou as ekstases. A compreensão dos modos de ser surge a partir da compreensão da presença, em sua cotidianidade, pois esse ente não é uma coisa atual definida, mas, sim, um ser de possibilidades, que se mostra a partir dos modos de ser.

De acordo com Inwood (2000), a presença é no mundo, não no sentido de ocupar um lugar nele, ao lado de outras coisas, mas, sim, no sentido de interpretar e engajar-se, continuamente, em outras entidades, em seus contextos, em seu ambiente ou no mundo ao redor. Então, os modos de ser da presença irão se relacionar com os significados que o mundo tem para ela.

A temporalidade, desse modo, relaciona-se ao cuidado e a cura, na medida em que eles representam um modo de ser consigo e com o outro, que expressam solicitude, desvelo, atenção e bom trato (BOFF, 1999). Sendo assim, conduzir a existência, tendo como base o cuidado e a cura, significa estar aberto a possibilidades, a vários modos de ser, a preocupar-se consigo e com o outro.

A presença, enquanto ente lançado-no-mundo, é um ser que cuida. Ela está sempre voltada para o cuidado, pois, segundo Nogueira (2006, p.339), “[...] o *Dasein* jamais está isolado, mas surge e se compreende situado numa totalidade criada por esses dois modos de ser-no-mundo.” Aqui, o autor destaca sobre os modos de ser da ocupação e preocupação.

Nesse entendimento, a ocupação e a preocupação são modos de ser do cuidado ou cura<sup>3</sup>, pois antes de se preocupar com algo, nos ocupamos de algo. Na saúde, por exemplo, nos ocupamos da administração de medicação, da administração da dieta, dos cuidados de higiene entre outros, antes de nos preocuparmos com os aspectos ontológicos do ser cuidado. É o que, muitas vezes, observo nos cuidados prestados em alguns domicílios, onde o sujeito se torna dependente e impotente, diante daqueles cuidados cotidianos realizados pelo cuidador, na forma da ocupação. Então, partimos do ôntico, como somos no cotidiano, para o ontológico.<sup>4</sup>

Inwood (2000, p.50) refere-se à temporalidade e ao cuidado, relacionando este último com as ekstases, considerando que: “A abordagem que faz o *Dasein* das coisas que o circundam é antes uma abordagem prática do cuidado circunspeto do que contemplação desinteressada.”

Ainda conforme o autor, o *Dasein* e o mundo não são entidades distintas uma da outra, mas entidades complementares. Se olharmos um deles de uma maneira, isso nos compromete “[...] a olhar o outro de certa maneira ou ao menos vai excluir algumas maneiras de olhá-los.” (p.50).

---

<sup>3</sup> Para Heidegger, cura e cuidado tem o mesmo significado, traduzidos a partir do termo alemão *Sorge*. Contudo, na tradução de *Ser e Tempo*, cura se remete ao ontológico, enquanto cuidado ao ôntico. Anotações de aulas da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Acylene Cabral Ferreira, durante a disciplina A questão do tempo em Heidegger, oferecida pelo Programa de Pós-Graduação em Filosofia da UFBA, no ano de 2007.2.

<sup>4</sup> Anotações feitas da aula da Profa. Dra. Acylene Cabral Ferreira, da Disciplina Tópicos Especiais de Hermenêutica: Temporalidade e Historicidade, do curso de Pós-Graduação em Filosofia da UFBA, no ano de 2008.1.

Assim, as coisas não estão separadas, mas interligadas em uma intersubjetividade que permeia os nossos modos de ser. É nessa intersubjetividade, que temos que pensar ao cuidar do outro. Concordo com Nogueira (2006), quando aponta a necessidade de se estender e aprofundar os estudos propriamente hermenêuticos e ontológicos da saúde, a partir da singularidade da vivência humana da enfermidade. Pois a vivência desta faz parte das escolhas da presença, diante das suas possibilidades de ser.

## 2 INTERESSE SOBRE O TEMA

O interesse em aprofundar o conhecimento sobre idosos com sequelas de AVC, sendo cuidados por familiares no domicílio, vem permeando toda a minha vida profissional, a partir de várias experiências com pessoas desse contingente etário.

Entre essas, destaco: o acompanhamento, desde 1996, de graduandos de enfermagem da UFBA, em unidades de emergência públicas, da cidade do Salvador<sup>5</sup>; a atividade desenvolvida com idosos em Centros Sociais de Salvador, através do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Idoso (NESPI)<sup>6</sup> em parceria com a Secretara de Trabalho e Ação Social (SETRAS); a atuação em unidades de terapia intensiva, nas quais, a maioria dos clientes era pessoas com AVC; o trabalho de assessoria, que desenvolvi em uma empresa privada de assistência domiciliar, quando tive contato com cuidadores de idosos; e minha participação na criação e implantação do Programa de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (PADI), subordinado ao Serviço Médico Universitário Rubens Brasil (SMURB)<sup>7</sup>, oportunidade na qual tive contato com idosos sequelados, em seus domicílios, e com seus cuidadores<sup>8</sup> principais.

O AVC, de acordo com André (1999), é definido como um déficit neurológico focal, súbito, em consequência de uma lesão vascular, incluindo lesões causadas por distúrbios hemodinâmicos e de coagulação.

Assim, no meu cotidiano assistencial, observei que em unidades de

---

<sup>5</sup> ENF 019 Enfermagem Clínica Cirúrgica II - Disciplina da Grade Curricular do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem, oferecida no 6º semestre. Dentre os cenários de prática, o único desenvolvido na rede hospitalar é o que ocorre nas Unidades de Emergência.

<sup>6</sup> Fundado em 1986 na EEUFBA sob a liderança da Profª Drª Clarice Oliveira, que passou, posteriormente, tal função para a Profª MSC. Marilene Bacellar Baqueiro. Manteve suas atividades de pesquisa e extensão até 2002, junto à graduação e à pós-graduação, assim como ações de acompanhamento e orientação em saúde para idosos na comunidade. Será reativado em 2009.2.

<sup>7</sup> A implantação do programa surgiu em 2005, em virtude da solicitação do Reitor da UFBA, Prof. Dr. Naomar de Almeida Filho, através da Pró-Reitoria de Desenvolvimento de Pessoas – PRODEP. Foi identificada a necessidade de formação de um grupo multiprofissional da UFBA com os objetivos de criar e implantar um serviço de assistência domiciliar que atendesse aos funcionários da universidade, seus dependentes e pessoas do SUS que já tivessem prontuário no SMURB.

<sup>8</sup> Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. (BRASIL, 2006).

emergência clínica, os idosos eram atendidos e ficavam em observação e tratamento, muitas vezes, na própria unidade, por falta de vaga no hospital. Após a estabilização do quadro, recebiam alta para o domicílio.

Saíam na companhia dos seus familiares, geralmente com sequelas incapacitantes, necessitando de cuidados especiais como: administração de medicamentos, manejo de sondas gástricas, entre outros tipos de ajuda para a realização das atividades, a exemplo de mudança de decúbito, higienização, curativos ou a própria deambulação. Dessa forma, sempre fiquei a me questionar como esses familiares enfrentavam a situação, e como ficavam esses idosos no domicílio sob tais cuidados, uma vez que os cuidadores não recebiam qualquer tipo de informação ou acompanhamento, por parte dos profissionais.

Diante disso, ressalto que, em Salvador, apesar de existir um serviço público de Atenção Domiciliar, ele, ainda, é recente, e sua cobertura não cobre a total necessidade de pessoas vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, as equipes vinculadas ao Programa de Saúde da Família (PSF), não têm preparo suficiente para atender essa clientela.

Por vezes, nessas unidades, deparei-me com idosos estáveis, sob o ponto de vista hemodinâmico e neurológico, aptos para a alta, porém, preocupados com a nova condição cotidiana, no que se refere à realização de suas atividades diárias. Tal preocupação era, muitas vezes, verbalizada em conversas, que surgiam durante a assistência de enfermagem, nas quais, destarte, os pacientes questionavam-se sobre quem assumiria suas atividades, principalmente em relação às tarefas domésticas e ao seu próprio cuidado. Por outro lado, ocorria resistência das famílias e o desespero por terem de assumir a responsabilidade do cuidado no domicílio.

É reconhecido que a população brasileira está envelhecendo. Nas últimas cinco décadas, o País tem passado por um processo de rápida inversão em sua pirâmide demográfica, com o decréscimo da taxa de fecundidade, ao lado do crescimento do número de idosos por conta do aumento na expectativa de vida, o que traz, como consequência, o aumento da morbidade e o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007)

mostram que o índice de envelhecimento, no País, aponta para mudanças na estrutura etária da população. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, existiam 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, este quadro mudará, sendo que para cada 100 crianças de 0 a 14 anos, existirão 172,7 idosos.

Assim, a expectativa de vida do brasileiro ao nascer vem aumentando consideravelmente de 1940, quando era de 45,5 anos de idade, para 72,7 anos em 2008. Tem previsão para em 2050 atingir o patamar de 81,29 anos, basicamente o mesmo nível atual de países como a Islândia (81,80), a China (82,20) e o Japão (82,60), segundo informações do IBGE(2007).

Tomando-se como exemplo a Região Nordeste, apesar do envelhecimento no Brasil ser associado a regiões mais desenvolvidas, a Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio (PNAD, 2004-2005) demonstrou que, localmente, há grande crescimento dessa faixa etária, ficando logo atrás do Sudeste. Em relação à Bahia, a pesquisa mostrou um percentual elevado da população com 60 anos ou mais de idade, ocupando o 1º lugar no Nordeste. Além disso, esse estado contempla o maior número de idosos com mais de 100 anos, em todo Brasil.

Constata-se que, com o envelhecimento, há diminuição na taxa de mortalidade, porém com elevação da taxa de morbidade, o que leva ao aparecimento de problemas crônicos de saúde como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus<sup>9</sup> (DM), dentre outros.

Desse modo, os problemas crônicos de saúde, relacionados aos idosos, podem agudizar-se, promovendo seu internamento em unidades de emergência, que são, hoje, a grande porta de entrada dos hospitais. Nesse sentido, um dos problemas de saúde apresentados pelos idosos que mais leva ao internamento clínico de emergência, pelo menos no que diz respeito às emergências públicas, é o AVC.

Mundialmente, considerando-se a população adulta/idosa, na atualidade o AVC é a 3ª causa de morte, situado somente atrás das cardiopatias gerais e do câncer, de acordo com Lotufo (2005). Aponta, ainda, que no Brasil, a doença cerebrovascular tem alta taxa de óbito, estando à frente das doenças cardiovasculares, principalmente no Norte e no Nordeste.

---

<sup>9</sup> Também denominada por diabete melito.



Ainda, essa doença, de acordo com o autor, está entre as principais causas de internamento hospitalar, gerando grande custo para o SUS. Laurenti (2005), comenta em relação à mortalidade da doença cerebrovascular, demonstrou que, entre 1980 e 2000, o AVC levou mais pacientes a óbito do que as doenças cardiovasculares, representando entre 1999 e 2000, 32,5% do total de mortes por doença cardiovascular por tipos específicos.

No Brasil, de acordo com dados do IBGE (2007), a partir de 1996 essa afecção vem se constituindo a principal causa de morte, de internações e de deficiências, acometendo a faixa etária a partir dos 50 anos.

Pires, Gagliarde e Gorzoni (2004) afirmam que, no Brasil, as internações por AVC representam um percentual de 8,2% do total de internações, bem como 19% dos custos hospitalares.

Em relação a Salvador, dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (2004) apontam que as doenças do aparelho circulatório, dentre as quais o AVC, aparece como principal, sendo a 2ª maior causa de internações em idosos, com um percentual de 64,40%, ficando atrás das demais causas e a frente das neoplasias e das doenças cardíacas.

Ainda que possa surgir em qualquer idade, a incidência de AVC aumenta com o avançar dos anos, dobrando a cada década de vida. Em relação ao gênero, a incidência nos homens é discretamente maior do que nas mulheres, contudo, esse fato inverte-se nas faixas mais idosas da população (ANDRÉ, 1999).

De acordo com o autor, 40 a 50 % dos indivíduos que sofrem AVC morrem após 6 meses e, os sobreviventes, em sua maioria, exibem sequelas neurológicas significativas, que fazem dessa afecção a 1ª causa de incapacitação funcional no Ocidente. Nesse sentido, Clarke et al. (2002) apontam que a mortalidade dessa afecção vem diminuindo, aumentando o número de pessoas que sobrevivem com incapacidades funcionais, como restrição da mobilidade e disfunção física, levando a dificuldades no relacionamento social e familiar.

No que se refere a esse aspecto, a incapacitação é algo preocupante. Em 2001, a OMS estabeleceu um novo conceito para a incapacidade, por meio da *International Classification of Functioning, Disability and Health*<sup>10</sup>, conhecida como

---

<sup>10</sup>Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

ICF. De acordo com ela, a incapacidade engloba as deficiências, limitação da capacidade ou restrição no desempenho de atividades (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

De acordo com Parayba, Veras e Melzer (2005), a incapacidade funcional é definida como uma dificuldade, devido à deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade. No idoso essa incapacidade, pode gerar problemas de saúde como diminuição da auto-estima, depressão, atrofia, úlceras, infecções, entre outros, promovendo diminuição na qualidade de vida, com impacto no cotidiano e, muitas vezes, conflitos em toda a família, diante das atribuições do cuidar de um familiar com sequelas.

Diogo, Paschoal e Cintra (2005) destacam que, com o envelhecimento populacional e, conseqüentemente, o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, estudos têm projetado um crescimento desta população idosa funcionalmente incapacitada, que necessita de cuidados de longa duração, só possíveis em domicílio.

Sobre isso, Menéndez et al. (2005), em estudo sobre limitação funcional em idosos na América Latina e Caribe, apontam que o Brasil tem o maior número de idosos com deterioração cognitiva, com pior nível educacional e com maior nível de depressão. Em relação à frequência das incapacidades e enfermidades não transmissíveis em idosos, o País possui o maior número de pessoas com dificuldades para atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e, quanto à frequência do AVC, o Brasil fica em 2º. lugar<sup>11</sup>.

Também, o projeto intitulado Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde, com o objetivo de coletar informações sobre as condições de vida dos idosos residentes em áreas urbanas de metrópoles, de sete países da América Latina e Caribe, observou que, em São Paulo, apesar da maioria deles não apresentar limitação funcional, 19,2% as

---

<sup>11</sup> As atividades de vida diária, consistem nas tarefas de auto-cuidado como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, deitar/levantar da cama, usar o sanitário e atravessar um cômodo caminhando, sendo o indicativo de incapacidade funcional mais frequentemente utilizado. Elas se baseiam no índice de Katz, construído em 1963 por Sidney Katz e colaboradores. As atividades instrumentais da vida diária se referem a escalas desenvolvidas por Lawton e Brody em 1969, são mais complexas e necessárias para uma vida independente na comunidade. São exemplos: fazer compras, telefonar, utilizar o transporte, realizar tarefas domésticas, preparar uma refeição, cuidar do próprio dinheiro (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

apresentam, sendo que as dificuldades mais observadas estão relacionadas ao vestir-se, mobilização e ao banho (LEBRAO; LAURENTI, 2005).

Na minha experiência como docente, supervisionando práticas da Disciplina de Graduação Enfermagem em Clínica Cirúrgica II, desenvolvidas em Unidades de Emergência públicas e privadas de Salvador, tenho observado o grande número de idosos admitidos por AVC, que permanecem na unidade até a sua alta, tornando-se dependentes, a partir dela, dos serviços prestados por seus familiares.

Desse modo, por muitas vezes, deparei-me, também, com famílias despreparadas e angustiadas por ter que levar para casa idosos, dependentes de cuidados de enfermagem. Assim, sempre questiono-me como estaria sendo, para esses idosos, receber os cuidados no domicílio prestados por familiares.

De acordo com Karsch (2003), a redução de custos da assistência hospitalar e institucional aos idosos incapacitados tem levado muitos países, como o Brasil, a indicar a permanência deles, em casa, sob os cuidados familiares.

A esse respeito, Caldas (2003) critica que, no Brasil, apesar da Política Nacional de Saúde do Idoso, não existe um programa governamental, direcionado para essa população, com dependência. Assim, com a falência crescente do sistema previdenciário, os cuidados prestados no domicílio, junto à família, vêm se tornando a única opção disponível para o idoso dependente, partindo-se do entendimento, inquestionável, de que qualquer família pode contar com a disponibilidade de um de seus membros para assistir as necessidades desse indivíduo.

Ainda, em relação ao comentário acima, é certo que a assistência domiciliar vem tomando dimensões crescentes, sendo incorporada na agenda do governo através do Projeto de Atenção à Saúde do Idoso/1994; Portaria nº 702 de 12 de abril de 2002, que dispõe de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dessa população; Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, denominada de Estatuto do Idoso; Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006, que institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, dando prioridade de atendimento a idosos, com doenças crônico-degenerativas agudizadas com patologias que necessitem de cuidados paliativos e aqueles com incapacidade funcional, provisória ou permanente; a Portaria nº 399/GM de fevereiro de 2006, que aborda as Diretrizes do

Pacto pela Saúde, contemplando o Pacto pela Vida; e, por fim, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, de 18 de outubro de 2006, que tem, dentre seus objetivos, identificar o nível de dependência do idoso e acompanhar de forma diferenciada cada situação, além da criação do Projeto que contempla o Programa de Saúde da Família. Contudo, na prática, não percebemos, ainda, ações efetivas dessas políticas.

Surgem, então, várias indagações em relação a situação de como é para o idoso ser cuidado no domicílio. Inicialmente coloco: Será que os cuidados familiares estão conseguindo satisfazer as suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e existenciais?

Os idosos com sequelas de AVC, que vivem em seus domicílios, geralmente estão incapacitados para várias atividades e isso, os colocam dependentes de cuidados. Entre eles, Perlini e Faro (2005) citam cuidados de higiene, preparo da alimentação, administração de medicações, auxílio na deambulação, acompanhamento às consultas, entre outros.

Essas autoras referem que dessas atividades, o auxílio na higiene e no vestir-se podem causar constrangimentos aos pacientes, assim como mudanças de comportamento. Além disso, registram que os medos e as angústias dos pacientes e as dificuldades em expressá-los abertamente, leva-os a adotar uma atitude passiva diante dos cuidados. Os familiares, também, costumam subestimar suas capacidades residuais ou potenciais, adotando comportamentos super protetores. Floriani e Shramm (2004) observam que, situações de abuso de poder por parte do cuidador podem ocorrer, gerando agressões, impaciência e ressentimentos.

Assim, em minha experiência, tenho ouvido cuidadores queixosos em relação à alteração do comportamento do idoso, em algumas situações. Questiono-me sobre as possíveis razões para tal.

Também tenho observado, durante as visitas domiciliares com o PADI, casos de negligência do cuidador, levando o idoso à falta de higiene pessoal e ambiental, assim como casos de violência física e verbal, além do abandono da família no cuidado, e queixas expressadas pelo cuidador no que se refere à sobrecarga do cuidar, muitas vezes, assumido por apenas um familiar, na maioria das vezes do sexo feminino. Muitas dessas queixas são feitas na presença do próprio idoso,

provocando sentimentos de culpa.

No entanto, a ida do paciente para o domicílio pode trazer boas consequências se houver recursos, preparo e apoio aos familiares, cuidadores e idosos, no sentido de compreender e ajustar todas as suas necessidades.

Apesar do exposto e do cuidado domiciliar ser uma modalidade bem antiga, sua retomada é recente, havendo, atualmente, mais produções científicas tratando do cuidador, mas poucas que tenham como foco aquele que recebe o cuidado.

Percebo então, que a compreensão do idoso que é cuidado no domicílio já está impregnada de teorias tradicionais, de opiniões dos profissionais, de familiares e dos sistemas de saúde, como sendo ótima, confortável e sem muitos problemas para a pessoa idosa. Aliás, muitas das preocupações voltadas para o sujeito dos cuidados estão relacionadas aos cuidados biológicos, como banho, cuidados com a pele ou com exercícios de reabilitação entre outros semelhantes, que realmente são importantes, mas não suprem todas as suas necessidades.

Dessa maneira, as informações que integram os cursos de cuidadores, bem como as orientações que eles recebem dos profissionais, que visitam os domicílios; assim como a compreensão da equipe que presta assistência ao idoso, ainda no hospital, se constitui em posturas dominantes. Mas como se conforma realmente essa realidade na visão do idoso?

Floriani e Shramm (2004, p. 990) referem, ainda, que a assistência domiciliar, corre o risco de se tornar apenas uma transferência do local de tratamento, quando o que se quer é “[...] uma mudança de filosofia nos cuidados administrados ao idoso”.

Assim, essa tese tem como objeto de estudo **os modos de ser do idoso com sequelas de AVC que é cuidado no domicílio, pela família**. E como objetivo **compreender os modos de ser do idoso com sequelas de AVC que é cuidado no domicílio, pela família**.

As discussões surgidas deste estudo e a compreensão do ser-idoso poderão contribuir para a formação de políticas públicas, vindo a atender não só o idoso dependente no domicílio, mas, também, aos seus cuidadores. Tais discussões, ainda poderão contribuir para a capacitação de cuidadores, o avanço do cuidado domiciliar e a melhoria da qualidade do cuidado prestado pelos profissionais que

atuam nessa área.

### 3 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E SUAS REPERCUSSÕES

O AVC, como referido em Knobel (2006), é um termo utilizado para definir circunstâncias em que uma lesão vascular, seja isquêmica ou hemorrágica, leve à deficiência em alguma área cerebral.

Machado (2002) comenta que os processos patológicos que acometem os vasos cerebrais, interrompem a circulação em uma determinada área do encéfalo, causando necrose e amolecimento do tecido nervoso. Essas lesões proporcionam alterações motoras, sensoriais ou psíquicas, que se caracterizam de acordo com a área acometida.

Apesar de ser uma patologia frequente em idosos e a 3ª causa de morte nessa faixa etária, no Brasil, é a maior causadora de incapacidade funcional no ocidente, como já relatado, infelizmente, existem poucos estudos referentes ao tema, especialmente quando a abordagem envolve a incapacidade funcional e a pessoa idosa.

Na busca no *Scientific Electronic Library Online* – SciELO Brasil<sup>12</sup>, utilizando como descritores acidente vascular encefálico, acidente vascular cerebral, acidente vascular isquêmico e acidente vascular hemorrágico, do total de 16 artigos, apenas 3 continham a palavra idoso como unitermo.

Ampliando a busca<sup>13</sup> em bancos de teses da Universidade São Paulo - USP, utilizando como palavra-chave idoso, encontrei 101 trabalhos. Contudo, ao cruzar o descritor idoso com o termo incapacidade funcional, encontrei apenas 8 referências; os descritores idoso e dependência, 13; os descritores idoso e AVC, somente 2 referências; e unindo os três descritores, quais sejam, idoso, AVC e incapacidade funcional, encontrei apenas 1 trabalho.

No banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com os descritores idoso, incapacidade funcional e AVC, encontrei 87 trabalhos entre 1987 a 2007, contudo só 3 deles abordavam a vivência do idoso com AVC.

---

<sup>12</sup> Realizada em abril de 2009.

<sup>13</sup> Realizada em abril de 2009.

De acordo com sua classificação, o AVC pode ser classificado como isquêmico (AVCI) ou hemorrágico (AVCH), sendo que o primeiro tem uma frequência muito maior que o segundo, principalmente em idosos. Pires, Gagliarde e Gorzoni (2004) trazem uma frequência de 53 a 85% do AVCI em relação ao AVCH.

Quanto a sua definição, esses autores registram que o AVCI se constitui em um déficit neurológico, por insuficiente suprimento de sangue cerebral. Pode ocorrer de forma transitória, denominado ataque isquêmico transitório (AIT), sendo os sinais de alerta leves e transitórios, porém já anunciam uma situação de perigo. Pode também ser do tipo trombótico, embólico ou lacunar.

No que se refere ao AVCI trombótico, os trombos são originados nas artérias cerebrais, geralmente por lesões ateromatosas, tendo como fatores de risco modificáveis a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes melito, o tabagismo, o etilismo, e as doenças cardíacas. Já como fatores de risco não modificáveis tem-se a idade, o sexo e a raça. Assim, todos esses fatores contribuem para a formação de estenoses arteriais, que tornariam mais fácil a oclusão por um trombo (TIMONE; 2001).

Em relação às causas embólicas, geralmente, os êmbolos têm origem cardíaca, formando-se em situações de miocardiopatias, valvulopatias, arritmias, endocardites, procedimentos cardiovasculares, além de coagulopatias e casos de anemia falciforme. Geralmente vêm da circulação sistêmica, através da artéria carótida. (ANDRÉ; 1999).

Todas essas situações são de maior risco em idosos que, pelo envelhecimento do sistema cardiovascular, apresentam espessamento e enrijecimento das válvulas, perda da elasticidade do miocárdio e das artérias, que também possuem acúmulo de cálcio e gordura em suas paredes (SMELTZER; BARE, 2005). Assim, ficam mais vulneráveis aos infartos do miocárdio, doença de Chagas, fibrilação atrial, bradiarritmias, entre outras doenças cardíacas.

Em relação aos infartos lacunares, esses são pequenos, geralmente causados pela oclusão de artérias de pequeno calibre e mais profundas da região subcortical, podendo levar a demência vascular.

Os acidentes vasculares cerebrais de origem isquêmica têm uma evolução às vezes lenta, o que faz com que muitos idosos e suas famílias demorem em procurar



um serviço médico no início dos sintomas.

O AVCH tem uma frequência menor que o isquêmico. Contudo, sua evolução é mais rápida, podendo, também, ser mais grave. Pode ocorrer como hemorragia sub-aracnóidea (HSA), quando apresenta sangramentos abaixo da membrana aracnóide, ou hemorragia intra-parenquimatosa, quando o sangramento ocorre dentro do parênquima cerebral.

André (1999) afirma que a hemorragia sub-aracnóide tem alta incidência em jovens, com idade até 50 anos, pois sua principal causa é a ruptura de aneurismas congênitos. Pode apresentar manifestações de cefaléia forte e geralmente súbita, náuseas, vômitos, fotofobia, rigidez de nuca e perda da consciência.

No caso da hemorragia intra-parenquimatosa, caracteriza-se pelo sangramento no parênquima cerebral, cerebelo ou tronco cerebral, geralmente pela ruptura de um pequeno vaso penetrante, sendo que suas manifestações dependem da localização e da extensão da hemorragia. Todavia, podem surgir alterações do nível de consciência, cefaléia e vômito. (MASSARO; OLIVEIRA-FILHO, 2003).

Em todos os casos acima, a hipertensão arterial sistêmica, o tabagismo e o etilismo são fatores de risco modificáveis, ao passo que a idade, a raça, as disincrasias sanguíneas e as neoplasias são os fatores de risco não modificáveis, mais comuns. (TIMONE; 2001).

O mesmo autor, ainda, chama atenção, citando estudos que mostram o envelhecimento como um forte fator de risco para os dois tipos de AVC, não só pela frequência das patologias, mas, também, pela condição da parede arterial. Estas, que normalmente já se apresentam finas, comparadas a outras artérias do organismo, com o envelhecimento fragilizam-se, ainda mais, tornando-se também mais estreitas, devido a processos de aterosclerose (MACHADO; 2002).

Em relação aos sinais e sintomas imediatos, o AVCI e o AIT podem levar a paralisia unilateral, geralmente oposta ao lado da artéria acometida, dormência, também oposta à artéria acometida, distúrbios da linguagem, distúrbios visuais e cegueira monocular. Esses sinais e sintomas estão relacionados às lesões, decorrentes da circulação carotídea ou anterior, que comumente atingem o hemisfério cerebral. (MASSARO; OLIVEIRA-FILHO, 2003).

Também de acordo com os autores, quando a lesão é consequência de um

acometimento na circulação vertebro-basilar ou posterior, atingindo o cerebelo ou o tronco cerebral, os sinais e sintomas podem ser: vertigem, distúrbio visual e diplopia, paralisia, que pode ser súbita (*Drop attack*), atingindo os quatro membros sem perda da consciência, levando a quedas, dormência, disartria e ataxia.

Independente do tipo, os acidentes vasculares cerebrais podem levar a lesões transitórias ou permanentes, de extensão variável, a depender do grau de acometimento, do local e do tempo de início dos cuidados emergenciais. Essas lesões passam a ser responsáveis pelas consequências funcionais.

Desse modo, os cuidados emergenciais merecem atenção especial, pois apontam a importância, no AVC isquêmico, de se iniciar, naqueles sem contra-indicação, a terapia fibrinolítica nas primeiras 3 horas do início dos sintomas. Esse procedimento pode evitar ou minimizar sequelas (GAGLIARDE; RAFFIN; FÁBIO, 2001).

Contudo, a prática mostra que, na maioria dos casos, os sintomas iniciais de um AVCI passam despercebidos, podendo ser confundidos com outras patologias ou as pessoas envolvidas não dão a devida importância, o que atrasa o atendimento inicial adequado.

De acordo com Warshow (2001), quando uma doença torna-se organicamente sintomática, o indivíduo fica consciente do quadro de deterioração, sendo denominado de incapacidade, as suas consequências funcionais.

Assim, alguns exemplos de incapacidade envolvem dificuldades para andar e inabilidade nos cuidados pessoais. Essas desvantagens, geradas pelas incapacidades, são denominadas de deficiências. Então, uma deficiência limita ou evita a realização de atividades que seriam normais para o indivíduo.

As deficiências podem ser graves ou não, a depender da capacidade de adaptação do indivíduo, seja por ajuda familiar ou do sistema de apoio formal ou informal<sup>14</sup>, para acomodação do sujeito, ora deficiente.

Em relação ao AVC, as consequências para a capacidade funcional geram

---

<sup>14</sup> A rede formal de apoio é representada por hospitais, ambulatórios, consultórios médicos, clínicas geriátricas, casas de repouso, asilos, centros-dia e, mais recentemente, unidades de apoio domiciliar. Já a informal é representada pela família, parentes, vizinhos, comunidade, associações etc. (NERI, A.L.; SOMMERHALDER, C.: As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: NERI, A.L. et al.: *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*; Alínea, Campinas, SP, 2002).

dependências que podem ser graves. Cordini, Oda e Furlanetto (2005) apontam uma diminuição na qualidade de vida, uma vez que, para isso, é necessário que se tenha um bom funcionamento físico para a execução das AVDs, funções vitais preservadas, capacidade de manter um estado psicológico/emocional adequado, de modo a enfrentar situações da vida, e capacidade de desenvolver, adequadamente, a vida íntima e suas relações sociais.

Rabelo e Néri (2005) observam que essa doença pode trazer déficits no funcionamento físico, sensorial e cognitivo, provocando um impacto no cotidiano e no desempenho em AVDs, afetando a avaliação subjetiva que o indivíduo faz da sua vida e, conseqüentemente, do seu bem estar.

Nesse aspecto, as autoras concluem que o bem estar do idoso pode estar relacionado a dimensões como autonomia, auto-aceitação, domínio sobre o ambiente e expectativas, frente a novas experiências. Ressalvam essas dimensões como importantes ao bem-estar, que, na ocorrência do AVC, podem ser prejudicadas.

Em relação às expectativas frente a novas experiências, a situação de incapacidade funcional pode levar o indivíduo à monotonia, a estagnação e a falta de interesse na vida, situações muito observadas em visitas domiciliares. Apesar da pessoa idosa com incapacidade funcional estar, muitas vezes, rodeada de pessoas, sente-se solitária em suas perspectivas. Cordini, Oda e Furlanetto (2005) asseveram que, a distância entre as aspirações pessoais e a sua concretização pioram a qualidade de vida, sendo importante o ajustamento dessas aspirações, com as possibilidades reais do indivíduo.

Sobre o domínio do ambiente, o que observo na assistência domiciliar é a existência da necessidade de se promover segurança e adaptação às deficiências do idoso, para que ele possa circular de forma segura, conservando sua autonomia, estimulando a deambulação e reduzindo o risco de quedas. Entretanto, muitas vezes, com a doença, muitos idosos acabam por ser transferidos para casa de algum familiar, a fim de receber os cuidados, saindo do ambiente, ao qual estão adaptados, o que pode levá-los à frustração.

Além disso, na realidade brasileira, muitas famílias vêm de classe social mais baixa, não tendo condições de adaptar o domicílio a essa nova realidade, o que só

piora a situação de dependência e de frustração do idoso. Tenho visto em algumas visitas domiciliares, idosos que acabam tendo sua cama situada na sala ou na cozinha, por falta de espaço e, também, domicílios com grande dificuldade de acesso, devido a existência de escadas e/ou ladeiras.

De acordo com Pedreira (2000), o fácil apego aos hábitos e rotinas é comum nessa população. A quebra deles, face a um evento súbito de doença e, muitas vezes, a necessidade de mudar-se para casa de um familiar, ou de conviver com um cuidador, em geral, afeta a necessidade de segurança física e emocional. Assim, o idoso pode sentir-se mais próximo da morte, dependente e incapaz de realizar tarefas anteriormente consideradas fáceis e rotineiras, o que pode levá-lo a dificuldades de adaptação.

A dimensão do autoconceito relaciona-se com o ajustamento social e emocional, frente aos desafios. Cordini, Oda e Furlanetto (2005) apontam, também, que, quando as incapacidades geradas pelo AVC impedem que a pessoa se engaje em atividades que constituem um componente importante para sua identidade pessoal, há significativa redução do seu bem estar.

Permeando todas essas dimensões, está a autonomia, que é a capacidade de se autogerir e tomar decisões próprias. A presença de uma deficiência não significa necessariamente perda da autonomia; contudo, em muitos domicílios observa-se que essa é podada pela família ou por profissionais de saúde, que subestimam o potencial da pessoa idosa.

De acordo com Pavarini e Néri (2005), a literatura geriátrica define dependência como a incapacidade da pessoa funcionar satisfatoriamente, sem a ajuda de um semelhante, sendo classificado em categorias: dependência por limitações físicas, funcionais e por limitações cognitivas. No caso do AVC as três podem ser simultâneas.

Ainda, em relação à dependência, as autoras também apresentam outra classificação como: comportamental, estruturada e funcional.

A dependência comportamental refere-se àquela na qual o idoso coloca-se como dependente, devido a atitudes e conceitos apreendidos socialmente, pelos idosos ou por aqueles de sua convivência. Ocorre quando o idoso, muitas vezes, coloca-se na imagem padrão que a nossa sociedade faz sobre ele, ou seja, passivo,

inútil, improdutivo e incapaz.

Com relação à dependência estruturada, o indivíduo é afastado da vida social e produtiva não por incapacidade, mas por uma prática social como em algumas formas de asilamento, hospitalizações, entre outras. Ocorre excesso ou falta de rotinas, falta de privacidade, tratamento paternalista e infantilizador, medicação e nutrição inapropriadas, ambientes físicos pouco “amigáveis” às suas capacidades e práticas sociais discriminatórias.

Na dependência funcional, também chamada de incapacidade funcional, há incapacidade para realizar as AVDs, que permitem ao idoso cuidar-se e responder por si no espaço do domicílio, ou incapacidades para realizar as AVDIs, que se relacionam com atividades mais refinadas, associadas à capacidade cognitiva. Assim, o AVC pode levar a dependência tanto estruturada como funcional, afetando a auto-estima e a motivação do idoso, conduzindo-o a depressão, o que acarreta sobrecarga para o cuidador.

Desse modo, eventos como o AVC costumam ser estressantes, tanto para a família, como para cuidadores e idosos, sendo preciso incentivar uma relação afetiva e positiva que leve ao bem estar de todos. Contudo, o enfrentamento diário não é fácil, pois, dependerá de recursos pessoais e sociais disponíveis, tendo a família como apoio primordial, nesse processo.

Cordini, Oda e Furlanetto (2005) reforçam a afirmação acima, referindo-se aos vários estudos, que mostram a importância do fortalecimento do suporte social e familiar, da redução da dependência física e do tratamento dos sintomas depressivos, para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Essas autoras, em estudo que procurou identificar os domínios mais e menos prejudicados pelo AVC, identificaram como domínios mais prejudicados, os da energia e do trabalho, assim como aqueles da função do membro superior e das relações sociais. Os domínios menos prejudicados referiram-se à visão e ao ânimo, seguidos por comportamento e relações familiares.

Em relação ao domínio do ânimo, citado como pouco prejudicado, estudo desenvolvido por Jarzebska (2007) ressalta que a apatia foi observada em 71% dos pacientes pós AVC, com comprometimento da artéria carótida interna.

Cordini, Oda e Furlanetto (2005) observaram, também, que até 6 meses após

o AVC, o domínio mais prejudicado foi o da função dos membros superiores, seguido pelo das relações sociais, mobilidade e cuidados pessoais. Após o sexto mês, houve prejuízo dos domínios da energia, do trabalho e da função dos membros superiores.

Além dessas incapacidades, outras podem acompanhar o evento de AVC, e também, interferir no cotidiano da pessoa e da família. Entre elas está a disfagia ou distúrbio da deglutição que, de acordo com Schelp e cols. (2004) é uma ocorrência incidente no AVC, principalmente em idosos, havendo estudos que demonstram sua presença em 50% dos casos agudos. Segundo Lugger (1994), é também reconhecida como o principal risco para desidratação, má nutrição, depressão e pneumonia aspirativa, uma das maiores complicações do AVC, que pode levar a morte. Essa complicação nos idosos é um foco importante de atenção para a enfermagem no domicílio, que colabora para a sua detecção e tratamento.

A presença de disfagia é definida quando o indivíduo é incapaz de ingerir 50 ml de água, ou presença de tosse em duas solicitações consecutivas para ingerir o líquido. Essa afecção pode levar a frustrações no idoso, na medida em que limita a sua dieta ou, nos casos mais graves, o obriga a fazer uso de alimentação enteral.

Além disso, essa sequela pode ser responsável pela má nutrição em alguns desses idosos dependentes no domicílio. De acordo com Pedreira (2000), as alterações normais do envelhecimento como: diminuição da motilidade gástrica, lentificação do trânsito alimentar, diminuição do peristaltismo do esôfago, relaxamento do esfíncter gastro-esofágico, dentre outras, pouco interferem nas funções de absorção e de digestão alimentar.

A autora aponta que, geralmente, as deficiências nutricionais são mais ocasionadas por problemas psicossociais e/ou patológicos, estando entre eles o isolamento social, a solidão e a falta de condições físicas, como tremores e limitações dos movimentos além da disfagia e da diminuição da acuidade visual, que dificultam o preparo do alimento.

Em relação aos distúrbios da linguagem, o AVC, principalmente o isquêmico, pode levar a afasia<sup>15</sup>, ou disartria<sup>16</sup>. Esses distúrbios ocorrem principalmente quando há acometimento da circulação carotídea em sua região anterior.

---

<sup>15</sup> Ausência da fala ou escrita.

<sup>16</sup> Fala empastada ou articulação anormal.

(MASSARO; OLIVEIRA-FILHO, 2003).

Sobre a afasia, Nakamura (2005) coloca que a sua sintomatologia, depende de fatores como localização e extensão da lesão cerebral e variações interpessoais como idade e aspectos sócio-culturais. Causada por um acometimento cerebral, pode afetar um ou mais componentes envolvidos no processo de comunicação, levando o idoso, muitas vezes, ao isolamento e depressão.

Outra sequela do AVC é a dor no ombro, tida como uma das mais comuns complicações após o evento. Lindgren et al. (2006) relatam em seu estudo que, após o acompanhamento de 327 pacientes, 1/3 deles tiveram dor no ombro, situação que os restringiu em atividades como se vestir e deambular. Essa dor, também, está associada a depressão e a diminuição da qualidade de vida, tendo como possíveis fatores desencadeantes a paralisia do membro, a restrição do movimento no ombro, as anormalidades sensoriais, diabetes melito e baixo escore na escala de Barthel<sup>17</sup> (LINDGREN et al., 2006).

Outras sequelas, apontadas por Diogo, Paschoal e Cintra (2005), como um dos problemas mais frequentes encontrados pelo cuidador e, certamente, motivos de constrangimento para o idoso, são as disfunções intestinal e urinária. A primeira pode ser manifestada tanto por incontinência fecal, obstipação, dor e sangramento ao defecar, e a segunda, por incontinência ou retenção urinária.

Destaca-se que, alterações comuns verificadas com o envelhecimento gastrintestinal e urinário como redução do tônus muscular e do esfíncter do intestino grosso, diminuição da motilidade e secreção mucosa lubrificante, capacidade vesical reduzida, esvaziamento incompleto da bexiga, dentre outras, podem ser agravadas nesse idoso, uma vez que, no domicílio, ele se apresenta com dificuldades de deambulação, acentuada por depressão, apatia e dependência.

Diogo, Paschoal e Cintra (2005) reforçam essa colocação, apontando que, a ausência de privacidade e o ambiente desconhecido, já que muitas vezes o idoso precisa morar com outra(s) pessoa(s), bem como a dificuldade de acesso ao sanitário, a imobilidade e a restrição ao leito, podem alterar a eliminação urinária. Todas essas condições precisam ser consideradas pela equipe de saúde e cuidadores, sejam eles familiares ou não.

---

<sup>17</sup> Utilizada para mensurar incapacidades e dependência nas AVDs, em pessoas vitimadas por AVC.

Além de todas as sequelas acima citadas, a depressão, por sua frequência, por vezes decorrente de outras incapacidades, é uma das mais abordadas na literatura nacional e internacional. Terroni et al. (2003) apontam como fatores de risco para depressão pós-AVC: prejuízo funcional e cognitivo, história de depressão no passado, idade, sexo, AVC prévio, hipercortisolemia, precária rede de suporte social e características neuroanatômicas do AVC. Estudos citados por esses autores mostram que a cada unidade reduzida na escala de Barthel, aumenta-se em 80% a probabilidade do paciente estar deprimido.

É certo que a estrutura estável do neurônio é um pré-requisito para a cognição, permitindo o acúmulo de informações no presente, sua recordação no passado e a formulação de conceitos no futuro (VOGEL, 1999). Portanto, qualquer coisa que venha a abalar essa estrutura, como por exemplo, o acúmulo de metabólitos, por deficiência metabólica, como ocorre em múltiplas isquemias, pode alterar o processo de cognição, levando o idoso a uma tendência ao isolamento, a depressão, a apatia, a agressividade, entre outros.

Assim, a má circulação, que pode ocorrer de forma crônica, a partir de doenças como hipertensão arterial e diabetes, pode provocar a morte de neurônios, levando-o a alterações na cognição.

É certo que o AVC pode levar as pessoas a uma situação de sofrimento, principalmente se forem idosas, pela perda de papéis, desestruturação das atividades cotidianas pessoais e familiares. Além disso, podem surgir danos físicos, morais, emocionais e sociais pela situação de dependência. Dessa maneira, como afirmam Lacerda e Valla (2006, p. 94), “[...] para o profissional identificar o sofrimento e ajudar os sujeitos, é preciso escutá-los, saber o que sentem e temem, e assim validar seus relatos”.



## 4 CUIDANDO DO IDOSO NO DOMICÍLIO

### 4.1 Alguns aspectos do estado da arte

A temática cuidador, cuidados domiciliares a idosos e o idoso com sequelas no domicílio, compreendem discussão emergente no Brasil, principalmente a partir da década de 80 do século passado, quando segmentos do governo começaram a valorizar o aumento da população idosa, demandando políticas públicas de apoio. Surgiu, em 1994, a Política Nacional do Idoso, cabendo ressaltar que, no que se refere à população portadora de sequelas, não há nenhuma referência.

De acordo com Bocchi (2004), o conhecimento sobre o tema cuidado domiciliar a pessoas com AVC é essencialmente internacional. No entanto, ele é recente tanto para a enfermagem como para outros profissionais interessados, no Brasil. Aqui, seu desenvolvimento encontra-se em processo de surgimento e de aprofundamento, com discussões em alguns centros de pós-graduação, a partir de 1990.

Para Caldas (2003), a questão do idoso com dependência no domicílio tende a se tornar um problema de saúde pública, considerando-se o aumento desse contingente em nossa sociedade. Nesse sentido, Karsch (2003) observa que a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, a assistência de saúde a idosos dependentes e o apoio aos cuidadores representam novos desafios para o sistema de saúde brasileiro.

Isso porque, após a hospitalização inicial, a maioria dos sobreviventes do AVC retorna à comunidade. Entretanto, por ainda continuarem requerendo cuidados especiais, estes geralmente são fornecidos pela família, considerando-se a cultura e as condições sócio-econômicas da nossa população.

Realizando levantamento no banco de teses da CAPES<sup>18</sup>, onde há registro de dissertações e teses, a partir de 1987 até o ano de 2007, utilizando como descritores os termos cuidado domiciliar, idoso e AVC e cuidado familiar, idoso e AVC, localizei

---

<sup>18</sup> Busca realizada em abril de 2008.

somente 2 teses de enfermagem, defendidas em 2001 e em 2004, e nenhuma de outra área de conhecimento. Ao colocar as palavras-chave cuidado domiciliar e idoso, encontrei 15 teses, sendo 10 de enfermagem, defendidas entre 1999 e 2007.

Em relação às dissertações de mestrado, com as palavras-chave cuidado domiciliar, idoso e AVC, encontrei 1 trabalho de enfermagem defendido em 1996. Utilizando cuidado familiar, idoso e AVC localizei 6 trabalhos, defendidos entre 1995 e 2007.

Dos estudos realizados no Brasil, é importante citar alguns como o de Caldas (2000), o de Lacerda (2000) e o de Mendes (2000). O primeiro, de abordagem fenomenológica, trata das implicações do cuidar do idoso com demência, e a responsabilidade do enfermeiro junto aos cuidadores. O segundo através do interacionismo simbólico, aborda a atuação da enfermeira na assistência domiciliar. O último faz uma discussão a respeito da assistência domiciliar no Brasil.

Andrade (1996; 2001) e Santos (2003) abordam a vivência de cuidadores de idosos vitimados por AVC. Bocchi (2004) faz essa mesma abordagem, apenas não recorta exclusivamente a população idosa. Alvarez (2004) traz como objeto de estudo não só a vivência do cuidador na prestação do cuidado domiciliar, mas, também, a vivência do idoso, através do interacionismo simbólico. Vale ressaltar que os estudos de Andrade foram os primeiro que abordam essa temática no Brasil, de acordo com a CAPES.

Ramirez (2004) realizou, em uma população mexicana, um estudo importante sobre a caracterização sócio-econômica, condições de vida e saúde vinculadas ao AVC, no qual identificou algumas dificuldades como falta de capacitação dos cuidadores, de reabilitação aos pacientes e de manejo nos conflitos familiares.

Fazendo busca no SciELO<sup>19</sup>, através da palavra-chave idoso, e posteriormente cruzando-a com capacidade funcional ou AVC, foram encontrados 62 textos com esses descritores. Em relação aos temas, os mais citados referiram-se a sobrecarga do cuidador e ao perfil deste, desempenho das AVDs e AVDIs, relacionando prevalência e fatores associados, comportamento da doença

---

<sup>19</sup> Busca realizada entre agosto e novembro de 2008, através do projeto do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC) da UFBA 2008-2009 intitulado: *Tempo ontológico no idoso com incapacidade*, sob minha coordenação. Teve como objetivo geral: Identificar o estado da arte em relação ao tempo ontológico e a vivência do idoso com alguma incapacitação.

cerebrovascular e a deficiência do suporte formal de apoiar o idoso e a família. Apenas 2 trabalhos abordaram o idoso com sequela de AVC, como sujeito dos cuidados. Cabe informar, ainda, que o Brasil detém o maior número desses estudos.

Esse quadro demonstra como o Brasil, apesar de estar à frente de outros países em relação ao estudo desse tema, tem uma produção, ainda limitada. Das pesquisas existentes sobre a temática do idoso e assistência domiciliar, poucas abordam o idoso vitimado por AVC e, menos ainda, tratam o tema sob a perspectiva do sujeito dos cuidados. Os estudos realizados no Brasil e em outros países, identificados através da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) com os descritores idoso, assistência domiciliar e acidente cerebral vascular, conduzem a discussão para os mesmos temas registrados anteriormente, em relação aos trabalhos publicados no SciELO.

#### 4.2 O cuidado domiciliar para o idoso

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (2006), o cuidado domiciliar, desenvolvido por serviços que prestam esse atendimento é, atualmente, denominado de Atenção Domiciliar, podendo ser dividido em duas modalidades: Assistência Domiciliar, que envolve ações de caráter ambulatorial, programadas e desenvolvidas no domicílio; e Internação Domiciliar, que engloba as atividades prestadas no domicílio em tempo integral, a um cliente de maior complexidade, com a necessidade do uso de tecnologia especializada (BRASIL, 2006).

Apesar da ênfase que tem sido dada a esse tipo de atendimento, em virtude, principalmente, do aumento da expectativa de vida e da elevação dos custos hospitalares, a assistência domiciliar é uma modalidade de assistência que sempre teve a conotação de vinculação aos cuidados prestados pela família e/ou comunidade. A alta demanda de idosos dependentes de cuidados domiciliares é algo já discutido por autoras como Caldas (2003), Duarte e Diogo (2005), entre outras, e já foi comentado anteriormente nesta tese.

Nesse contexto, é preciso reconhecer a importância da parceria dos serviços

formais e informais de apoio a esses idosos, bem como considerar suas necessidades não só biológicas, mas, principalmente, psicológicas, sociais, espirituais e existenciais. Infelizmente, tanto os cuidadores quanto os profissionais de saúde, costumam direcionar sua atenção para os aspectos biológicos.

Cruz (2005) alerta que, estar dependente de outras pessoas é um desafio que provoca diversas respostas, as quais, por sua vez, irão depender das características do indivíduo, dos recursos para atender à dependência, do suporte social, do significado da dependência para a pessoa e para o próximo, assim como do suporte familiar oferecido.

Sobre esse aspecto, Rabelo e Néri (2005) revelam que, quanto mais integrados psicológica e socialmente, mais ajustados os idosos dependentes se sentirão, sendo menor o ônus para a família, serviços de saúde e cuidadores. Registram ser o suporte social importante, na medida em que este ajuda na implementação de estratégias para adaptação.

Em contrapartida, a adaptação torna-se difícil quando os serviços de cuidados aos idosos, principalmente no domicílio, revelam-se de pouca efetividade, havendo grandes lacunas entre o que está prescrito e o que se observa na prática.

Caldas (2003) ressalta um aspecto importante que é o fato do cuidado domiciliar nem sempre poder ser aplicado a todos os idosos, pois, existem aqueles que não têm família e outros, cujas famílias são muito pobres ou os familiares não podem deixar de trabalhar para prestar o cuidado, precisando recorrer à ajuda de amigos e vizinhos.

Sobre isso, Duarte, Lebrão e Lima (2005) comentam que famílias, que se tornam cada vez mais nucleares, enfrentam modificações nos papéis desempenhados por seus membros, o que dificulta a sua participação na assistência ao idoso, levando a uma carência assistencial aos mais incapacitados.

Assim, é na família com dificuldades para o cuidado, onde existem as maiores possibilidades de abuso e maltrato aos idosos. Um estudo realizado por Souza et al. (2004) sobre os fatores de risco de maus tratos na relação idoso-cuidador na cidade de Jequié-BA, mostrou que 92% dos idosos com risco de sofrer maus tratos, eram beneficiários da previdência social e recebiam apenas um salário mínimo. Esse grupo, também, era constituído por mulheres idosas de todas as idades, sobretudo

viúvas, em processo de fragilização e dependência funcional, mas que continuavam a ser as pessoas de referência na família, por serem quase exclusivamente as principais provedoras do sustento familiar.

Menezes et al. (2008) relatam em seu estudo, o caso de um idoso atendido no PADI com seqüela de AVC, cujos filhos não queriam assumir seus cuidados. Nessa mesma ocasião, foi agredido pelos filhos que, segundo o idoso, queriam tirá-lo dinheiro. Não justificando essa atitude, mas o idoso já possuía, antes de seu problema de saúde, uma relação prévia ruim, sendo ausente do círculo familiar. Dessa forma, observa-se que não só a personalidade do indivíduo, mas, também, as relações familiares pesam no momento da relação no cuidado domiciliar, o que repercute no sentimento de segurança física e emocional da pessoa idosa.

Em pesquisa sobre violência doméstica contra idosos, Menezes (1999) traça um relato desse fenômeno, observando que: a classe mais acometida é a de baixa renda, com idade variando entre 65 a 82 anos; a maioria das violências foi praticada com o intuito de extorsão e apropriação indevida; os agressores, em sua maioria, tinham laços consanguíneos ou eram conhecidos, supondo-se que a intensidade da violência está relacionada à intimidade dos relacionamentos; a maioria dos agressores eram filhos, subempregados, desempregados e usuários de drogas.

Segundo Souza et al. (2004), nas relações intrafamiliares, onde não existe o afeto que normalmente une pais e filhos, bem como entre cônjuges ou outros membros, pelo fato de não ter havido, na construção familiar, relações fortalecedoras de vínculos; ou casos em que essa relação nunca existiu, a exemplo de filhos criados por outras famílias, ou ainda noras com pouco, ou nenhum relacionamento com o idoso a ser cuidado, pode ser fator que leva a pessoa cuidadora e o idoso cuidado a experimentarem consequências negativas na relação de cuidar. Essas relações propiciam a ocorrência de negligência ou maus-tratos. Os mesmos autores apontam que as doenças crônicas não-transmissíveis, que levam a alguma dependência, constituem-se, também, os fatores de risco para maus-tratos.

Nesse contexto, Cruz (2005) cita dois sentimentos importantes, que podem surgir com a situação de dependência, quais sejam a impotência e a desesperança.

Compreendo, em relação à impotência que, na velhice, ela pode surgir desde a perda progressiva e lenta de capacidades físicas e cognitivas, como no

envelhecimento e em doenças crônicas, até a perda mais acelerada como é o caso do acometimento por AVC.

Essa autora, ainda, considera a impotência como a percepção do indivíduo de que não pode mudar o rumo dos acontecimentos com suas próprias ações. Nesse sentimento, podem estar envolvidos aspectos psicossociais, individuais e aqueles relacionados à estrutura social, à cultura e ao meio em que se vive.

O cuidado no domicílio ou em qualquer outro ambiente de assistência à saúde pode exacerbar o sentimento de impotência, por “paralisar” a pessoa, limitando suas possibilidades de controle sobre si e sobre o que está à sua volta. É, nesse sentido, que surge a perda da autonomia do sujeito dos cuidados.

Soares e Camargo Junior (2007) afirmam que é preciso defender o fortalecimento das relações entre o sujeito dos cuidados, seus familiares e os profissionais de saúde, superando a dimensão autoritária e paternalista, comum nessas relações, e caminhar no sentido de expandir a autonomia, na medida em que se avança o processo terapêutico.

Nessa linha de pensamento, Cruz (2005, p.73) enfatiza a necessidade de se possuir um ambiente de cuidados adaptados à impotência, onde não se desenvolvam dependências injustificadas, “[...] negando à pessoa o controle que ainda pode ter sobre alguma área da sua própria vida”.

Em relação a esse aspecto, visitando e conversando com os idosos envolvidos na pesquisa, observei que muitas situações de dependência estavam relacionadas às dificuldades sócio-econômicas, referentes a: acesso da moradia, muitas vezes sob escadarias; dificuldades financeiras, que impediam um melhor suporte ao idoso; rede de apoio tanto formal como informal insuficiente, entre outros.

Os resultados do estudo de Duarte, Lebrão e Lima (2005) mostraram a tendência de redução das atividades externas ao domicílio, pelos idosos com comprometimentos funcionais. De acordo com as autoras, isso gera diminuição progressiva dos contatos externos e do círculo de relacionamentos, levando à redução da rede de apoio social, maior dependência de outras pessoas e aumento da sobrecarga familiar do idoso.

O outro sentimento, enfatizado por Cruz (2005), diz respeito à desesperança, que corresponde a um estado subjetivo, no qual a pessoa vê-se sem alternativas ou

escolhas, percebendo-se, também, incapaz de mobilizar energia.

A vulnerabilidade para a desesperança pode estar associada às perdas que ocorrem na velhice, desde as funcionais até as psicossociais, agravando-se quando em um estado de dependência, por doença. Observa-se, assim, a importância da família como principal suporte a esses idosos, sendo uma importante fonte de apoio social e emocional na velhice, como destacam Rabelo e Néri (2005) e Giacomini, Uchôa e Costa (2005). Esses últimos referem ainda, que, pela falta de apoio formal, esse cuidado, geralmente, dá-se de forma improvisada e solitária.

Por meio das manifestações dos familiares, pode perceber que, geralmente, o fato de assumir os cuidados é uma imposição das circunstâncias, não é uma opção, um ato pensado e, muito menos, decidido em conjunto. Na maioria dos casos, o familiar vê-se obrigado a assumir o cuidado, por indisponibilidade de outras pessoas.

Conceitua-se família como um conjunto que, historicamente, combina padrão de comportamento, normas e regras, referentes às relações de gênero e de geração. Está conformada através das relações de parentesco e de aliança, que dizem respeito ao casamento e à filiação, herança e patrimônio<sup>20</sup>.

Nesse contexto, as famílias modernas estão mudando. Enquanto ocorre diminuição da fecundidade, tornando-se as famílias menores, aumenta-se o número de habitantes em um mesmo domicílio. Esse vem se tornando multi geracional, em razão do desemprego e da necessidade de muitos dos filhos voltarem ou continuarem a viver na casa dos pais com os cônjuges e dependentes, principalmente nas regiões mais pobres.

Vários estudos da geriatria e gerontologia mostram que, diferente de outros tempos, quando o idoso era dependente financeiramente dos filhos, a situação atual mostra um panorama inverso, já que, muitas vezes, os filhos e netos dependem da pensão ou da aposentadoria dos idosos.

De acordo com Bilac<sup>21</sup>, é possível supor que no universo familiar haverá,

---

<sup>20</sup> Conceito proferido na aula da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Elisabete Dória Bilac, socióloga e docente da Universidade Estadual de Campinas, na Disciplina Família e Fecundidade, oferecida pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FFCH) da UFBA.

<sup>21</sup> Considerações feitas pela docente acima referida.

cada vez mais, pessoas de gerações diferentes do que de uma mesma geração, e os avós terão menos netos.

Ainda, nesse contexto de nova realidade familiar, encontramos que, as mulheres estão mais frequentes no mercado de trabalho, junto aos homens. Estudos, como os de Garrido e Menezes (2004) e o de Silveira, Caldas e Carneiro (2006), mostram que com a necessidade de prestar atendimento ao seu familiar, em casa, muitos cuidadores familiares, principalmente mulheres, que são aquelas que mais respondem por esse cuidado, tiveram que abandonar seus empregos ou foram demitidas.

Para Brito e Rabinovich (2008, p. 155):

Embora seja esperado que a equipe de saúde do hospital, em especial enfermeiros e fisioterapeutas, proporcione aos familiares orientações básicas sobre os cuidados a serem despendidos ao paciente em casa, entre o apreender e a prática abre-se uma lacuna. Atender às expectativas e demandas desse paciente em casa é muito diferente do tratamento oferecido em um ambiente hospitalar, onde conta-se com uma equipe de suporte. Isso exige interação da família no tratamento do paciente, habilidade para executar a tarefa e recursos humanos. Ainda que despreparada para essa prática, a família terá de se organizar e desenvolver estratégias, redefinindo as relações entre os sexos, negociando a divisão de tarefas e reestruturando os papéis dos seus membros.

É inegável, que a maioria dos idosos prefere receber seus cuidados no domicílio. Contudo, Marques, Rodrigues e Kusumota (2006) comentam que esse retorno pode ter consequências desastrosas, uma vez que demanda avaliação do espaço familiar, a presença de um cuidador e a mobilização de recursos econômicos.

Em outro estudo dessas mesmas autoras, que objetivou identificar as mudanças nas relações familiares, após um AVC no membro idoso, foi encontrado que, esse episódio, pode produzir desorganização nas relações familiares e que, para revertê-la, é preciso que haja uma relação intersubjetiva entre os membros da família, no qual cada um procure entender o outro, sendo a comunicação determinante nesse processo.

Nesse sentido, as autoras relatam alguns aspectos positivos e negativos



nas relações familiares, após o evento que, muitas vezes, têm relação com a estrutura familiar. Em algumas famílias a relação piorou, havendo relatos de agressividade do idoso para com seu cuidador, embora essa agressividade fosse prévia ao evento. Em outras famílias, houve relato de melhora das relações, com união e maturidade. Esses aspectos também são relatados por Néri (2002).

O Projeto Bambuí, que realizou um estudo epidemiológico das características sócio-demográficas, suporte social e indicadores de saúde de idosos na cidade mineira de Bambuí mostrou existir uma grande rede de solidariedade entre as gerações, demonstrada através da ajuda que o idoso recebia da sua família, em relação a moradia, companhia e apoio financeiro. (GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA, 2005).

Em seu estudo, Brito e Rabinovich (2008) referem, que os discursos das famílias trazem três momentos geradores de estresse: a ocorrência do evento, a hospitalização e a chegada do paciente em casa. Assim, a doença transforma o cotidiano da família em um caos, impondo mudanças. O impacto provoca uma atitude reativa da família, que se reorganiza para desenvolver estratégias de enfrentamento.

As relações familiares harmônicas podem contribuir para o conforto emocional do idoso, melhorando sua adaptação à doença. Contudo, a situação não comporta atitudes de paternalismo, infantilismo, autoridade, entre outras, conforme, muitas vezes, observo em certos domicílios. É preciso saber mediar as relações, atentar para fatores que melhorem o bem estar nesse domicílio, sendo importante que a enfermeira, junto com outros profissionais, atente para isso nas suas visitas domiciliares e na formação e acompanhamento de cuidadores.

## 5 O SER-IDOSO-SEND-CUIDADO-NO-DOMICÍLIO E A FENOMENOLOGIA DE HEIDEGGER

Estudar o ser-idoso com seqüela de AVC, vivenciando a prestação do cuidado domiciliar por um familiar, determina o desenvolvimento da investigação, a partir da abordagem compreensiva. Nesse sentido, impõe-se a fenomenologia como método e teoria-filosófica para esta tese.

A fenomenologia preocupa-se com o fenômeno, buscando compreender e interpretar seu sentido e significado. Fenômeno vem da palavra grega *faínomenon*, do verbo *faínestai*, que diz respeito ao que se mostra, ao que aparece, ao que se manifesta. Assim, a fenomenologia procura compreender como algo se mostra, considerando sua relação com o mundo.

Esse movimento iniciou-se no século XVIII, a partir das idéias do filósofo Johann Heinrich Lambert, sendo, posteriormente, retomado por Georg Wilhelm Friedrich Hegel, em 1830, que o colocou como ciência da experiência e da consciência. Contudo, o seu desenvolvimento ocorreu mesmo com alemão Edmund Husserl, no início do século XX, com o resgate da subjetividade e da intersubjetividade.

Husserl propôs uma maneira de romper com o positivismo empirista dominante, fornecendo um caminho para o desenvolvimento das ciências da consciência. De acordo com Capalbo (1996), Husserl privilegia a consciência ou o sujeito do conhecimento. Para ele, é a consciência que dá significado a realidade, ao mundo das coisas.

Nesse caso, ir ao mundo das coisas é retornar à consciência e, esse retorno, como afirma Galeffi (2000), pressupõe a redução fenomenológica, que é ultrapassar a atitude natural, alcançando e clarificando a essência do conhecimento, a compreensão mais apurada dos atos intencionais que constituem a consciência.

Esse mesmo autor observa que “[...] o conhecimento filosófico e a fenomenologia tentam sair do curso natural dos acontecimentos, pelo conhecimento transcendental. Um conhecimento que põe em suspeição seu próprio modo de conhecer” (p.21). Para isso, coloca em suspensão os dados empíricos.

Husserl angariou vários seguidores, entre eles Martin Heidegger (1889-1976), filósofo alemão, que sempre indagou mais do que procurou responder, e que durante todo o seu caminhar reflexivo indagou a questão do ser. Foi um dos maiores filósofos do século XX, sem o qual não haveria Jean-Paul Sartre, Michel Foucault, ou mesmo a Escola de Frankfurt<sup>22</sup> (SAFRANSKI, 2000).

Assim, vem o conceito de fenomenologia que, para Heidegger, é deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra, a partir de si mesmo.

Muitas vezes, quando olhamos para algo, vemos o que está aparente, contudo para a fenomenologia, não existe uma mera aparência, nada é só um aparecimento. O lado que está aparente quando olhamos para alguém, é o que Heidegger denomina ente, ou seja, tudo o que falamos, entendemos, nosso comportamento dessa ou daquela maneira. É o que nós somos cotidianamente. Assim, o ser transcende o ente, é o ser que não está na aparência, é essência, alma, sujeito. Quando se procura o ser, procura-se no ente aquilo que ele realmente é.

Nesse sentido, é importante pensar que, às vezes, as coisas não são como elas aparecem, e agir sob essa perspectiva é agir de um modo cartesiano, vendo as coisas apenas por um ângulo Sokolowski (2000). Em relação a isso, refere que, intencionalidade é ver a coisa não apenas como ela se mostra, mas em todas as suas possibilidades.

É, também, nessa perspectiva, que Heidegger aborda a cura, como a totalidade estrutural do ser humano. Curar o outro significa percebê-lo em sua essência, ultrapassar a técnica, sair da superficialidade, deixar que o outro se mostre. O ser humano existe no mundo através da cura e do cuidado<sup>23</sup>, a cura expressa uma dimensão ontológica e o cuidado, uma dimensão ôntica.

Assim, esse filósofo utiliza a palavra cura, expressando uma atitude de desvelo, solicitude, bom trato, preocupação e inquietação pelo objeto. É pensar no outro, colocar a atenção nele, onde cura e cuidado acontecem juntos.

---

<sup>22</sup> Denominação a um grupo de filósofos e cientistas sociais de tendências marxistas, que se reuniram no final de 1920.

<sup>23</sup> Heidegger aborda cura no sentido ontológico e cuidado no sentido ôntico, contudo, para este filósofo, eles se dão juntos.

Waldow (2004) observa que Heidegger coloca o cuidado, também, em uma dimensão autêntica, onde o outro é ajudado a ir além, a cuidar do seu próprio ser. Contudo, muitas vezes, ocorre o oposto, havendo abuso de poder e a manutenção da dependência.

A fenomenologia preza pela construção da autonomia, isso é, deixar o outro ser ele mesmo. Entretanto, na atenção domiciliar, principalmente de pessoas com incapacidade funcional, muitas vezes o paternalismo, o infantilismo ou a autoridade de familiares estão sobrepostos, determinando a forma da pessoa estar-no-mundo.

Citando Mayeroff, Waldow (2004), também, traz uma observação interessante colocando que cuidar é ajudar a pessoa a crescer e a se realizar, não podendo seu significado ser confundido com desejar o bem, gostar, confortar e manter o interesse no que acontece com a outra pessoa, pois a compreensão vai muito além!

Sobre esse ponto, Ayres (2004, p.27) assevera que “[...] para a construção do cuidado, é importante debruçar-se sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana [...]”, e isso ultrapassa a técnica. O cuidado, segundo ele, é uma conformação humanizada do ato assistencial, diferente da aplicação terapêutica de tecnologias da saúde.

De acordo com Collière (2001), cuidado difere de tratamento. No primeiro caso, a atenção dirige-se a tudo que mobiliza a capacidade de viver, como por exemplo, deixar que o outro seja ele mesmo. No segundo, a atenção mobiliza-se para afastar a doença, atenuar os efeitos orgânicos e limitar os danos. Desse modo, ao contrário do que ocorre com frequência, o tratamento não pode substituir o cuidado.

Lacerda e Valla (2006) registram que o sofrimento, muitas vezes, leva a pessoa a perder a esperança na sua própria existência e a pensar que a situação não pode ser modificada. Então, ajudar o sujeito a encontrar o seu projeto de felicidade humana, é ajudá-lo a encontrar um sentido para sua própria vida, tomando-a para si e passando a ter o controle da situação. Esse movimento pode tornar os sujeitos capazes de transformar ou, pelo menos, aliviar o sofrimento, independente da sua causa.

Nesse ponto, a enfermagem, sendo uma profissão que integra conhecimento

e arte no cuidado do ser humano, tendo a finalidade de promover, manter e restaurar a saúde, é considerada a arte e a ciência de pessoas que cuidam de outras. Todavia, percebo que, muitas vezes, as práticas estão muito mais ligadas ao êxito técnico, em uma assistência pautada em procedimentos e nos aspectos biológicos, não se considerando o sentido existencial do sujeito dessas práticas.

Assim, observo que a subjetividade e a intersubjetividade são elementos importantes que ligam a fenomenologia ao cuidado. Quando falamos em subjetividade, falamos da essência do ser, do que emerge do sujeito, e quando falamos em intersubjetividade, falamos de interação, de inter relações entre os sujeitos. O cuidado não se dá sozinho, ele está sempre permeando as relações.

Sobre esse aspecto, Terra et al. (2006) observam que a enfermagem, ao lidar com questões existenciais dos seres humanos que cuida, em seu cotidiano, tem na fenomenologia um importante respaldo para o seu pensar e fazer. Para compreender a realidade na qual estamos imersos, é preciso mergulhar na subjetividade, na sua essência.

Dessa forma, pelo que se conhece até o momento sobre a questão do ser-idoso, sendo cuidado no domicílio por um familiar, sua compreensão, frequentemente, está impregnada, de teorias tradicionais. Opiniões, discursos dos profissionais, a engrenagem dos sistemas de saúde, a relação entre familiares/cuidadores e a pessoa idosa são fontes que se constituem explicações dominantes sobre o tema.

Heidegger (1998a) afirma que uma dificuldade nas investigações fenomenológicas é romper com a petrificação, o endurecimento e a inapreensão de idéias, que foram desveladas, até mesmo pelo pesquisador. Segundo tal pensador, o que foi posto à mostra, desvelado, pode tornar-se velado novamente, como um movimento, pois, o ser vivente tem plasticidade, está sujeito às transformações.

Muitas vezes, pensamos ou julgamos palavras ou comportamentos, vindos de idosos que estão sendo cuidados que, na verdade, não traduzem o seu ser, a sua essência. Já observei alguns comportamentos desses idosos como não aceitação dos cuidados do familiar, não aceitação, e não reconhecimento deles, entre outros exemplos. Por muito tempo, julguei-os como comportamentos ligados à velhice ou a alguma doença. Mas hoje questiono-me: Será que esses idosos estão satisfeitos

com o cuidado nos domicílios? Será que as suas necessidades estão sendo satisfeitas? Existe integração deles nas famílias? Estão existindo como entes envolventes? Estão conseguindo retomar, de alguma forma, o cotidiano em seus domicílios?

A presença é um ente que, na compreensão de seu ser, com ele se comporta e se relaciona. “A pre-sença é o ente que sempre eu mesmo sou [...]” (HEIDEGGER,1998a, p.21). Dessa forma, ela se relaciona na cotidianidade e, assim sendo, tem relação com o espaço e o tempo que ocupa. “De acordo com seu ser-no-mundo, a pre-sença já sempre dispõe previamente, embora de forma implícita, de um espaço já descoberto”. (HEIDEGGER,1998a, p.162).

Por isso, compreendo que quando pensamos em cuidar de pessoas idosas, em programar cursos de formação profissional e de capacitação de cuidadores, ou em criar políticas públicas de apoio, tanto para o idoso como para o cuidador, é necessário pensar em como está sendo, para esse idoso, o cuidado recebido, uma vez que sua existência e seu tempo são outros. A partir dessas significações, é que surgem seus modos de ser, suas possibilidades e, através da compreensão delas, é que posso chegar ao ser do ente.

De acordo com Galeffi (2000), a nossa existência no mundo está cercada de possibilidades. É diante delas que os seres humanos são ou deixam de ser dessa ou daquela forma, transformam-se, tornam-se, exercem seus sonhos e desejos, vivem ou desistem de viver. A colocação remete-nos ao pensamento de Ayres (2004), quando ele observa que exercer o cuidado é deixar que o outro viva o seu projeto de felicidade.

Dessa forma, o idoso com sequela de AVC já está em um mundo dado, em uma realidade já posta para ele, cabendo, assim, que ele encontre suas possibilidades, de acordo com suas aspirações. É nesse sentido que os serviços de apoio formal e informal podem ser importantes para ajudá-lo a se encontrar um ser-no-mundo.

Pode-se compreender, então, que cuidar é ajudar o outro a recuperar ou encontrar o seu projeto existencial, o que depende dos sentidos e significados que cada um dá às coisas a sua volta, determinando os modos de ser da pessoa. E os modos de ser do idoso, sendo cuidado no domicílio, têm uma grande influência do

seu cotidiano e das suas relações com a família, com o cuidador ou com outras pessoas do seu convívio.

## 6 CAMINHANDO AO ENCONTRO DO SER-IDOSO

### 6.1 Proposta metodológica

A fenomenologia, como filosofia e método de pesquisa, guiou-me para o movimento de compreensão posposto neste estudo, que adota uma forma de reflexão que possibilita olhar as coisas como elas se manifestam, descrevendo o fenômeno com rigor, sem explicá-lo ou analisá-lo, buscando captar a sua essência.

Para Terra et al. (2006), o enfoque da investigação fenomenológica é a experiência de quem investiga, acreditando que as experiências vividas dão significado à percepção de cada pessoa sobre um fenômeno em particular, sendo o foco desse tipo de pesquisa mostrar, descrever e compreender as experiências vividas e as percepções que elas fazem surgir a partir das falas dos sujeitos.

Como primeira aproximação ao *locus* de estudo e às pessoas idosas, visitei, através do PADI, aquelas com sequelas de AVC, que estavam sendo cuidadas no domicílio, por seus familiares. Essa atitude, proporcionou-me maior contato com essa realidade, somando-se às minhas experiências profissionais, já relatadas anteriormente.

Tal etapa foi importante, pois, de acordo com a fenomenologia, eu só posso compreender algo, a partir do que me é dado, sendo preciso, portanto, um contato prévio com essa realidade, uma aproximação, pois toda compreensão pressupõe um contexto, onde estou inserido.<sup>24</sup>

Sobre isso, Macedo (2004, p.45) coloca que, “[...] sempre que o Ser está empenhado em conhecer, precisa, antes, situar-se numa relação significativa com o objeto que lida, deve fazer parte dele [...]”.

Esse contato prévio com o objeto de investigação, levando a compreensão de algumas realidades, é denominado, por Heidegger (1998a), de disposição. Através dela, as possibilidades são lançadas, e permitem buscar, a partir daí, outras

---

<sup>24</sup> Anotações feitas a partir da aula do Dr. Paulo César Borges Alves, docente do Programa de Pós-Graduação da FFCH-UFBA realizada na EEUFBA, em 29/03/07, na disciplina ENFA 01 - Seminários Multidisciplinares, oferecida como obrigatória ao Curso de Doutorado.



compreensões que, para ele, levam à angústia. É nesse movimento, que nos afastamos do mundo, para poder repensá-lo, revê-lo. Assim, só podemos questionar algo, quando temos previamente alguma aproximação da coisa a ser questionada.

O mesmo filósofo aponta que a disposição tem grande importância metodológica, para a analítica existencial, por sua capacidade de abertura. Ela possibilita a escuta atenta.

De acordo com a fenomenologia, devemos partir do conhecimento do todo (social), para depois ir para o individual. Acerca dessa afirmativa, Silva e Pinto (2001) revelam que nas pesquisas sociais, conhecer a realidade social faz com que possamos construir a respeito dela, nos apropriarmos dela, fazermos a aproximação. Esse conhecimento e a sua construção é influenciada, também, por nossas vivências, experiências, necessidades e interesses.

Terra et al. (2006, p.675), referem que a investigação fenomenológica, não deve incluir somente informações a partir de informantes, “[...] mas também esforços para vivenciar os fenômenos, através da participação, observação e reflexão introspectiva”.

Nesse sentido, Boemer (1994) coloca que quanto mais alguém tenha vivido e habitado no mundo de sua interrogação, mais facilidade terá de trilhar o caminho da investigação fenomenológica. O conhecimento profundo sobre a temática, possibilita colocar o fenômeno em suspensão, tendo para a situação proposta o lançamento de um olhar mais atento.

Iniciando a minha inserção nessa realidade, comecei a pensar nos sujeitos que poderiam ser incluídos no estudo: idosos com idade igual ou superior a 60 anos; que apresentassem história de algum episódio de AVC, tivessem desenvolvido alguma sequela geradora de incapacidade funcional; estivessem no domicílio, recebendo cuidado de familiares; e em condições de se envolver em um diálogo.

Baseada no exposto acima foram, então, excluídos do estudo pessoas não idosas; sem história de AVC, ou que tivessem tido a doença mas sem sequela relacionada a ela; com dificuldades na fala que impossibilitasse um diálogo compreensível; que estivessem em domicílio sem um suporte familiar; e que apresentassem alterações cognitivas incompatíveis com um diálogo.

Inicialmente, a coleta dos depoimentos ocorreu no SMURB, depois, pela

dificuldade de encontrar os idosos com os critérios estabelecidos para a pesquisa, principalmente no que se referiu a condição de se envolver em um diálogo, pois muitos tinham dificuldades na fala e outros estavam passando por um processo depressivo, ampliei a coleta para a SOS VIDA.

A SOS VIDA é uma empresa de Atenção Domiciliar, pioneira nesse serviço no estado da Bahia. Desenvolve atendimento no domicílio desde o gerenciamento de casos, com o objetivo de prevenir agravos às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, até a assistência e internamento domiciliar. Para a coleta, foram entrevistados idosos do programa de gerenciamento, que estivessem de acordo com os critérios de inclusão.

As entrevistas gravadas foram realizadas após autorização do SMURB e, posteriormente, da SOS VIDA, liberação de um Comitê de Ética em Pesquisa - CEP (ANEXO I), e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE<sup>25</sup> (APÊNDICE I).

Assim, foram realizadas em local o mais privativo possível, evitando interrupções e favorecendo o estabelecimento de uma relação empática, atitude fundamental para a realização da entrevista fenomenológica. Para as pessoas que não sabiam ler ou escrever, foi lido o TCLE, retiradas as dúvidas e, em caso de aceite, orientada a impressão dactiloscópica.

De acordo com Dutra (2002), a linguagem ocupa um lugar central na fenomenologia heideggeriana, sendo que este filósofo a considera a morada do ser. É a partir da linguagem ou *logos* que o ser se mostra. Assim, a pesquisa que pretende compreender a experiência, situada em uma ótica fenomenológica existencial, deve utilizar a narrativa, pois essa autora registra que: “À medida que o narrador conta a sua história, esta carrega o seu estar-no-mundo, cujo ser-aí se revela e se encobre nas palavras.” (p.375).

Heidegger (1998a, p.98) considera a importância do ouvir:

Somente onde se dá a possibilidade existencial de discurso e escuta é que alguém pode ouvir. O ouvir por aí é uma privação da compreensão da escuta. Discurso e escuta se fundam na compreensão. A compreensão não se origina de muitos discursos

---

<sup>25</sup> BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Nacional de Saúde**, 13<sup>a</sup>. Conferência Nacional de Saúde. 1996.

nem de muito ouvir por aí. Somente quem já compreendeu é que poderá escutar.

No projeto de compreensão, o ente se abre em sua possibilidade, em modos de ser, e só chegamos à compreensão, quando conseguimos enxergar essas possibilidades projetadas. Assim, é a partir do discurso e da escuta que se dá à compreensão, e esta, na fala, é interpretação.

Ainda, para Heidegger (1998a), a interpretação é a elaboração das possibilidades ou aberturas, através de formas. Através da interpretação, podemos nos apropriar do que compreendemos, ou seja, podemos participar de um sentido.

Nesse ponto, Carvalho (1991), ao discorrer sobre a entrevista fenomenológica, observa a necessidade de se estabelecer uma comunhão com o sujeito, ouvir olhando para ele, envolvendo-se com ele, impregnando-se com seus gestos e com toda a sua forma de dizer as coisas, abstraindo-se de qualquer preconceito ou perspectivismo. Nas entrevistas, procurei captar não somente o que foi dito, mas também mensagens não ditas, como um gesto, uma expressão, o silêncio, uma entonação de voz diferente, que podiam revelar significados.

Sobre isso, a autora refere que a palavra não está dissociada do gesto, o corpo, enquanto lugar de fazer ver, também fala. Assim, compreender o pensamento do cliente é entender o silêncio, que não é a cessação da palavra, mas uma imersão no ser. Para Ferreira (2007, p.18), “Os modos de função da linguagem têm seu surgimento na fala e no silêncio, que também é um falar bastante significativo.”

De acordo com Inwood (2002), a linguagem não precisa envolver enunciados gramaticalmente completos, qualquer emissão da fala pode ter um significado. Além disso, também para esse autor, os silêncios são tão parte da fala quanto os sons falados.

Dutra (2002) observa que a relação estabelecida nessa técnica de pesquisa, aproxima-se de uma relação de intersubjetividade, na qual o sujeito revela-se para o pesquisador. Assim, nesse momento, é preciso ouvir o outro no sentido da compreensão, a partir dele mesmo.

Carvalho (1991) destaca que a questão formulada adequadamente é possibilidade de mergulho no ser e que, muitas vezes, não se consegue a indagação mais adequada no início da entrevista, mas no seu encadeamento.

Para realização das entrevistas, foi feita a seguinte questão norteadora: **O que significa para o Sr<sup>(a)</sup>, na sua condição de saúde, ser cuidado por familiares no domicílio?**

Durante e após a realização de cada entrevista, é importante que o pesquisador lance um olhar atento, desprendido de pré-conceitos e falatórios, para que seja possível visualizar o fenômeno como ele se mostra a partir do discurso do sujeito. “Esse olhar atento, dirigido a coisa mesma, que se põe diante do pesquisador para ser experienciada, é o momento da epoché (suspensão ou parada)” (BOEMER, 1994, p. 87).

Nesse sentido, de acordo com o pensamento de Heidegger, só podemos falar do mundo, se estamos junto a ele. Contudo, para compreendê-lo, é preciso sair dele, se afastar. Assim, estamos sempre nos aproximando e nos afastando.<sup>26</sup>

Após cada entrevista, fiz a transcrição e a leitura atenta, quantas vezes foram necessárias, a fim de apreender o seu significado. Neste caso, pela boa interação com os sujeitos, pude captar esses significados sem precisar de tantas leituras. A partir daí, iniciei o movimento de compreensão. Os elementos apreendidos ficaram unidos, de acordo com a similaridade, em unidades de significado<sup>27</sup>, que é a interpretação da fala. Contudo, esse processo ainda envolve o ôntico.

De acordo com Ferreira (2007, p. 15):

O interpretar pode ser visto como traduzir, quando este último estiver sendo tomado na acepção de transcender o sentido de algo, de ir além dos fatos apresentados, para poder melhor abarcar o que de novo se apresenta, diante do olhar do intérprete.

Foi na interpretação dessas unidades, através de uma reflexão pautada em Heidegger, e em sua principal obra *Ser e Tempo*, que construí as unidades de significação, ou seja, a elaboração do sentido, que envolveu o ontológico, o que estava velado. A sua construção levou-me a alcançar a interpretação e proposição, que é a compreensão do é, do ser do ente. Nesse movimento, dá-se a compreensão

---

<sup>26</sup> Observação feita pela Profa. Dra. Acylene Maria Cabral Ferreira em 23/08/07, durante a Disciplina Fenomenologia II: A análise do fenômeno do tempo em Heidegger, do Programa de Pós-Graduação em Filosofia, da UFBA.

<sup>27</sup> Uma prática de relação sintagmática para compreender uma realidade, sem precisar ter uma ordem cronológica. Anotações feitas a partir da aula do Prof. Dr. Paulo César Borges Alves do Programa de Pós-Graduação em Filosofia e Ciências Humanas da UFBA, realizada na EE em 29/03/07.

daquilo como é, ou seja, dos modos de ser, fechando-se então, o círculo hermenêutico.

A interpretação compreensiva teve como norte a obra *Ser e Tempo*, e o suporte de outras obras filosóficas e de autores(as) das áreas geriátrica, gerontológica, neurológica e do cuidar.

O nome dos idosos e de seus cuidadores foram substituídos por codinomes que indicavam flores, a fim de garantir o anonimato. Além disso, para aproximar o leitor do contexto de vida dos idosos entrevistados, antes de cada entrevista, construí uma breve apresentação de cada sujeito, e minhas impressões que ficaram das visitas (APÊNDICE III).

## 6.2 Aproximação dos sujeitos

“Por mais fácil que seja a delimitação formal da problemática ontológica face às pesquisas ônticas, a execução e, sobretudo, o ponto de partida de uma analítica existencial da pre-sença não é desprovida de dificuldades.” (HEIDEGGER, 1998a, p. 89).

Assim, para conseguir chegar à analítica existencial desses idosos, a fim de compreender seus modos de ser, um passo importante foi à aproximação dessas pessoas. Apesar de já ter experiência na área, essa aproximação foi importante para que pudesse focar melhor o objeto do estudo, e lançar um olhar atento para este.

A aproximação deu-se através do PADI onde, duas vezes por semana, passei a acompanhar a equipe em suas visitas domiciliares, principalmente aos idosos sequelados de AVC. Após cada visita, escrevia um relato sobre o idoso, sua família, a situação do domicílio e minhas impressões.

Durante essa aproximação, observei que para melhor compreensão do objeto de estudo, fazia-se também necessário, além das entrevistas, a construção de um instrumento (APÊNDICE II) de caracterização dos sujeitos em relação a: identificação, condição geral de saúde e condição social. Nesse período, percebi o quanto à estrutura da família, o lugar que o idoso representa no contexto familiar, a localização do domicílio, as facilidades ou dificuldades de acesso aos serviços de

saúde, a intensidade da dependência, a condição econômica, entre outros, podem interferir no modo como o idoso vivencia sua condição de saúde e, conseqüentemente, como ele se relaciona consigo e com as demais pessoas a sua volta.

Sobre isso, Heidegger assevera que as possibilidades de ser surgem das possibilidades já lançadas. Assim, a presença está lançada no mundo e faz suas escolhas, a partir de um leque de possibilidades, que estão em seu mundo circundante.

O movimento de aproximação durou 2 meses, tempo em que também preparei o projeto e o TCLE para enviar ao Comitê de Ética. Após a permissão do Comitê, a aproximação tornou-se mais estreita, pois passei a dirigir minha atenção para os idosos que pudessem fazer parte da pesquisa, e passei a visitá-los com a enfermeira do programa. Assim, surgiu a primeira idosa que, por apresentar lesão no membro inferior, necessitava de visita semanal para acompanhamento e curativo. Assumi, então, as suas visitas durante o tempo necessário para fazer sua entrevista.

Além disso, para melhorar a aproximação com os idosos da pesquisa, e facilitar o início de uma conversa no domicílio, no primeiro dia de visita, sozinha com o idoso, aplicava o instrumento de caracterização, que foi importante para fazer a conversa fluir, gerando um clima de confiança, que abria o canal de comunicação, imprescindível para uma entrevista fenomenológica. Durante a aplicação desse instrumento, tentava encaminhar, também, uma conversa sobre família, trabalho, aposentadoria ou outro tema que viesse a surgir, de acordo com cada idoso visitado. O encaminhamento dessa conversa ajudou a criar uma proximidade maior, um acolhimento de ambas as partes.

Para Heidegger, o acolhimento do ser próprio possibilita uma apropriação do dizer e escuta que, por sua vez, torna possível o acolhimento do outro com quem coexiste no mundo.

Com os outros idosos visitados, realizei a entrevista na segunda ou terceira visita, no local da casa de sua preferência.

Uma dificuldade identificada durante a realização de algumas entrevistas, que posteriormente, percebi que fazia parte do contexto domiciliar, foi à ausência de privacidade. Tanto os cuidadores estavam sempre próximos durante a entrevista,

como alguns idosos, mais dependentes, ficavam atentos para se certificarem da sua presença. Percebi então, como há uma relação de dependência também de alguns cuidadores com seus idosos cuidados. Além disso, eram constantes as interrupções para oferecer algum lanche, dar palpites, questionar sobre dúvidas de saúde de algum membro da família ou apresentar um filho ou neto.

No entanto, posteriormente, compreendi que a participação do familiar inicialmente por mim interpretada como interrupção, integrava um modo de ser do idoso com sequela de AVC, cuidado no domicílio.

### 6.3 Apresentação dos sujeitos

#### **Rosa**

Feminino, 87 anos, viúva há 10 anos, estudou até o primário, católica não praticante, trabalhou a vida toda cuidando da casa.

Sofreu AVCI há 2 anos, tendo como sequela uma hemiparesia à direita e discreta disartria. Possui, também, uma úlcera varicosa, há 20 anos, no membro inferior esquerdo, pouco secretiva, necessitando de curativo, que a filha ou a equipe de assistência domiciliar faz três vezes na semana.

Antes de ser acometida pelo AVC, morava em sua casa com um filho, onde desempenhava as tarefas do lar. Após o AVC, passou a morar com a filha que é auxiliar de enfermagem aposentada, separada e poliqueixosa, tendo problemas de saúde como hipertensão e hiperglicemia, os quais alega não cuidar, pois não tem quem olhe sua mãe.

Atualmente, Rosa é hipertensa controlada e sofre de obstipação. Em relação a sua condição para as AVDs e AVDIs, sozinha e sem auxílio, penteia o cabelo e se esfrega no banho. Anda de cadeira de rodas e necessita de auxílio para se deslocar, o que muitas vezes é difícil para a família, pelo peso de Rosa. Para a alimentação, na maioria das vezes a filha ajuda, dando a comida na boca, pois a mão esquerda apresenta um tremor leve. Rosa não tem capacidade para desempenhar as AVDIs. É colocada sentada e a filha fala para que ela se movimente, contudo a proíbe de ficar em pé ou tentar andar, alegando que pode prejudicar a sua úlcera.

Em relação à escala de Katz<sup>28</sup>, possui dependência parcial em 4 itens e total em 2 itens. Não faz fisioterapia no domicílio.

Na casa da filha, Rosa convive com mais 3 pessoas (a filha e 2 netas). A casa tem um acesso difícil, ficando no alto de uma escada. Possui 2 cômodos e a cama (hospitalar) de Rosa fica na sala. Todavia, nos dias da entrevista, sua filha já havia construído seu quarto, que era pequeno e sem ventilação. O domicílio tem água encanada, luz elétrica e rede de esgoto, é limpo e Rosa está sempre em boas condições de higiene.

Não tem nenhuma atividade de lazer, recebe poucas visitas dos filhos (são 4) e de uma amiga, seu convívio social ocorre através dessas visitas. Seu sonho é voltar para sua casa, e sobre isso, a filha coloca alguns impedimentos. A renda da família é pautada na aposentadoria de Rosa e da filha.

Realizei 6 visitas a Rosa, que se mostrava muito fechada. Inicialmente com a equipe, e depois sozinha, quando assumi a realização do seu curativo, uma vez por semana. Na 6ª visita fiz sua entrevista.

Durante todas as visitas, a filha de Rosa estava sempre por perto, interrompendo a nossa conversa. Além disso, a filha de Rosa, poliqueixosa, a todo o momento lamentava-se da labuta diária com a mãe, e das conseqüências desta para a sua saúde. Nesses momentos, Rosa se mostrava constrangida, apertando e tremendo a boca, como que prendendo o choro.

## Cravo

Masculino, 80 anos, casado há 39 anos. Estudou até o ensino médio, é católico não praticante, aposentado, trabalhava como encarregado de armador.

Teve o primeiro AVCH há 5 anos, e depois teve mais 2 episódios dos quais um foi AVCH, e o outro AVCI. Ficaram como sequelas: uma hemiparesia esquerda, discreta disartria e uma pequena alteração na memória recente. Não consegue

---

<sup>28</sup> Ver em: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; ANDRADE, Claudia Laranjeira de; LEBRAO, Maria Lúcia. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.2, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000200021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200021&lng=pt&nrm=iso)&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 Jun 2008. doi: 10.1590/S0080-62342007000200021 (quadro 5 p.323)



desempenhar AVDI, e em relação as AVDs, tem dependência moderada de acordo com a escala de Katz. Hipertenso e dislipidêmico.

Mora em um domicílio de difícil acesso, no alto de uma escada e no meio de uma ladeira bastante movimentada e sem passeio. Convive no domicílio com mais 3 pessoas (esposa, 2 netos, 1 filha), na casa acima da sua, mora a família do filho. A casa tem pouca ventilação, possui saneamento, iluminação elétrica e se apresenta em boa condição de higiene. Cravo dorme em seu quarto com a esposa.

Em relação à atividade de lazer, gosta de ficar sentado na varanda vendo o movimento ou assiste futebol na casa do filho (que fica acima da sua). Consegue deambular sozinho e, de acordo com orientações da equipe de saúde, deve andar diariamente para perder peso. Assim, por insistência dos profissionais e da sua família, às vezes anda dentro de casa.

Possui convênio de saúde da empresa em que trabalhou, da qual ele aparenta sentir muita falta, principalmente pela ocupação e pelos amigos. É cuidado pela esposa, que é aposentada, idosa e possui câncer de mama em tratamento.

Assim, Cravo parece ser totalmente dependente da esposa, pois tudo o que faz como comer, tomar banho, lanchar, entre outros, só faz após um comando dessa. A esposa, por sua vez, é totalmente envolvida nos cuidados dele, assumindo até, as respostas quando nos dirigimos ao Cravo, alegando que ele esquece tudo. Durante a entrevista, sua esposa permaneceu atrás da porta da varanda, atenta a tudo, assim como Cravo o tempo todo olhava para ver onde ela estava. A família, tanto os que moram na casa, como mais 2 filhos, vivem da aposentadoria de Cravo e a esposa.

Na primeira visita fui com a enfermeira. Chegamos e sentamos na sala, Cravo sentou-se ao lado da esposa. Tudo o que a enfermeira perguntava era a esposa quem respondia. Além disso, ela falava todo o tempo que ele não sabe e não lembra mais das coisas.

Cravo foi orientado pela equipe que o assiste, que ande diariamente. Porém, o único lugar que ele tem para andar é dentro da própria casa, pois mora no alto, na sua rua não tem lugar para andar e seu poder aquisitivo não permite que pegue um transporte diário para ir a algum lugar onde possa se exercitar.

Percebi, que havia pressão para que Cravo andasse em casa, apesar desta

ser pequena. A enfermeira pesa, verifica a pressão e insiste que ele tem de andar, para perder peso, pois segundo a esposa, só quer saber de dormir. Os filhos estão desempregados e todos na casa vivem da aposentadoria de Cravo e sua esposa.

Nessa visita, expliquei sobre a pesquisa e sobre o TCLE.

A entrevista foi realizada no 2º dia de visita, quando fui a sua casa sem a enfermeira. Expliquei que precisava entrevistá-lo sozinho e, apesar de irmos para a varanda da casa, sua esposa ficou na sala sempre atenta a nossa conversa. Além disso, Cravo, durante a conversa, por várias vezes olhou para dentro de casa na tentativa também de localizar sua esposa.

Começamos falando um pouco sobre o seu trabalho...

## **Antúrio**

Idoso de 78 anos há 14 teve o seu primeiro AVC, porém sem sequelas. Já sofreu, também, Infarto há 10 anos, tendo colocado 6 pontes de safena. Em janeiro de 2008 teve outro AVCI que evoluiu para AVCH, ficando internado mais ou menos 45 dias. Como sequelas apresentou disartria e dificuldades em deambular, as quais estão melhoradas pela fonoaudiologia e fisioterapia. Também, ficou com um pequeno déficit em memorizar e organizar informações recentes, o que vem melhorando com leituras, de acordo com a orientação da equipe que o assiste.

Antúrio é advogado aposentado e ex-jogador profissional de futebol. Possui 7 filhos, 5 de outro casamento e 2 com a esposa atual, bem mais nova que ele.

Morava em Lauro de Freitas, mas veio morar com a irmã, pois ela havia ficado viúva e estava deprimida. Quando estava pensando em voltar para Lauro de Freitas, teve o AVC. Assim, no apartamento da sua irmã moram Antúrio, a esposa e duas filhas (14 e 16 anos). O apartamento fica em um bairro de classe média alta, é amplo, confortável, e Antúrio tem um quarto somente para ele e sua esposa. Possui carro e sua esposa é quem dirige.

O casal parece ter um relacionamento harmonioso e Antúrio é uma pessoa bastante comunicativa, com muitos amigos e uma vida de muitos compromissos. É bastante vaidoso com sua aparência e zeloso com sua saúde. Anda quase todos os dias, aproximadamente 3 km, em companhia da sua esposa, pela calçada do seu

bairro.

Na 1ª visita á sua casa, fui com a enfermeira e como ele se mostrou bastante comunicativo, falei sobre a pesquisa e mostrei o TCLE.

Na 2ª visita, quando fui sozinha, fizemos a entrevista. Sua esposa nos deixou a sós na sala, e ficou na cozinha, vendo as coisas da casa, só nos interrompeu para servir um suco ou quando Antúrio a chamou para lembrá-lo de alguma coisa. Durante a entrevista, precisou ir ao banheiro, foi sozinho, sem precisar de apoio. Na saída, Antúrio me levou até a porta, também sozinho, ainda que com alguma dificuldade de locomoção.

### **Violeta**

Tem 81 anos e é viúva há 30 anos. Nasceu e viveu grande parte da sua vida em Alagoinhas, onde trabalhou em casa de família. Já viúva, veio para Salvador, porque já havia perdido seus pais, e seus filhos todos vieram para cá, a fim de trabalhar.

Aqui, continuou trabalhando em casa de família até ter o AVC. Teve 2 AVCs isquêmicos, o primeiro, em 2002, quando ficou 12 dias internada e saiu sem sequelas, e o segundo em 2005, quando apresentou, plegia do MSE e leve disartria.

Assim, depende pouco da família para as AVDs, sendo parcialmente dependente para vestir-se. Não possui dependência para as AIVDs. Mora em um bairro de classe média baixa, com um filho, em uma casa ampla, porém alta, tendo escadas para seu acesso. Na casa, mora também 1 filha e 2 netos, um adolescente e outro pequeno. Sai muito pouco, geralmente só para ir ao médico. Refere que gosta de sair, mais sua filha, que lhe faz mais companhia, não gosta.

Conheci Violeta sozinha, quando fui a sua casa, após marcar um encontro por telefone com a sua filha. Nesse primeiro dia, sentamos na varanda e conversamos um pouco, em presença da filha. Falei sobre a pesquisa, e apresentei também o termo de consentimento. Quando a filha me levou até a porta, disse-me que a mãe tinha Alzheimer há alguns anos, e que, às vezes, era agressiva, por isso, eu deveria ligar antes da visita, para saber como estava o seu humor.

Depois, conversando com a enfermeira que a atendia no programa de

gerenciamento de pacientes crônicos, ela me disse que não havia nenhum relato de Alzheimer, fato este que, também, foi comprovado pelo seu filho.

Na 2ª visita, como a conversa fluiu, decidi fazer a entrevista. Conversamos na varanda e, durante a conversa, a filha nos interrompeu duas vezes: uma para me mostrar exames do seu filho, e outra para trazer um suco. Antes de iniciar a gravação, Violeta falou um pouco sobre a sua vida e seu trabalho.

### **Açucena**

Com 68 anos, trabalhou a vida toda como costureira. Possui 2 filhas, 2 filhos e 4 netos. Está em processo de conturbada separação conjugal, e parece ter muita mágoa do esposo. É hipertensa e diabética, teve o primeiro AVC em 2001, ficando, após este, com hemiplegia esquerda, o que não a impedia de andar, com o auxílio de muletas.

Em 2003, após séria discussão com o esposo, sofreu o segundo AVC, quando passou 22 dias internada, saindo com novas sequelas, além da já adquirida hemiplegia esquerda: disartria e bexiga flácida.

Morava em sua casa, com o filho solteiro, mas, há quase 1 ano, mudou-se para a casa da filha, por causa das escadas pois, aquela época, sofreu 2 quedas. Na última, quando sua bengala prendeu no pé da sua cama, sofreu fratura do fêmur esquerdo.

Após esse episódio, passou a se locomover com andador, e seu filho a proibiu de sair. Antes, chegou a sair algumas vezes, ainda que com acompanhante. Atualmente, mora em apartamento pequeno, porém confortável, com sua filha e 2 netos (3 e 11 anos). Tem, além desses, mais 3 netos.

O filho solteiro é quem diariamente vai a sua casa para dar seu banho, e também, a levava para a fisioterapia. Porém, atualmente, como roubaram seu carro, Açucena está sem a fisioterapia, e assim tem referido dores no joelho. Em relação às AVDs, necessita de ajuda para tomar banho, arrumar-se e colocar o alimento no prato, sendo totalmente dependente, nessas atividades. Não possui dependência nas AIVDs.

Como fica sentada na cadeira de rodas o dia todo, Açucena levanta-se

sozinha para ir ao banheiro, com a ajuda do andador. Refere que não sente a sua bexiga cheia, mas, mentalmente, já tem cronometrado de quanto em quanto tempo necessita ir ao banheiro.

Na primeira visita, sentamos na sala, local onde costumava passar o dia todo em frente à TV, fazendo crochê, para se distrair. Conversamos sobre a pesquisa, e ela me falou sobre a sua separação.

Sua neta de 3 anos estava, também, presente. Na 2ª visita, sentamos no mesmo lugar, eu no sofá, e ela ao lado na cadeira de rodas para conversarmos. O tema da sua separação foi trazido bastante durante a entrevista, deixando-a muito emocionada. Aliás, a sua vida atualmente tem sido focada nesse processo de separação. De acordo com Açucena, seu ex-marido a explorou economicamente a vida toda, e quando ela teve o AVC, ele a deixou por outra pessoa.

Não tivemos muitas interrupções, só a da sua neta de 3 anos, que mesmo presente, pareceu-me não ter inibido a conversa.

#### 6.4 Refletindo sobre as unidades de significado e significação

Após a transcrição e leitura das entrevistas, tentando sempre reportar-me ao momento do encontro, a fim de rememorar gestos, expressões, momentos de silêncio, entre outras formas de linguagem, além da não falada, direcionei meu olhar no sentido de compreender o objeto deste estudo, ou seja, os modos de ser do idoso com sequela de AVC, que é cuidado no domicílio pela família.

De acordo com Ferreira (2007, p.29), “A palavra 'compreender' pode ser entendida como uma direção do olhar, que é lançada para uma determinada coisa, singularizando-a”.

Assim, a compreensão é o primeiro acolhimento do mundo, ela dá sentido ao ser. Entretanto, para ter-se o sentido é preciso elaborar a sua compreensão, interpretá-lo, dar significância a ele. É nessa direção que vem a significação.

Dessa forma, direcionando o olhar para os discursos e todo o contexto que os envolveram, elaborei 5 unidades de significado. A partir destas, na tentativa de significar aquilo que se mostrou, elaborei 3 unidades de significação.

Sobre isso, Ferreira (2007, p.29) destaca que:

O sentido da palavra é essencial para a significação do compreender. O sentido é o caminho que se deve seguir para chegar à compreensão do significado de uma situação, pois o significar é esse que desperta e chama para si o sentido de algo.

Assim, as unidades de significado formadas foram:

- Ex-siste em um cotidiano vazio;
- Encontra-se em situação de dependência;
- Angustia-se pelo seu ser-no-mundo;
- Revive o passado;
- Substitui o ser-com pelo ser-junto.

E as unidades de significação foram:

- Temporaliza o vigor de ter sido de modo impróprio;
- Vivencia sua presença, na maioria das vezes, na historicidade imprópria;
- Vivencia o seu ser-no-mundo, na maioria das vezes, como ente meramente presente.

A seguir, apresento a análise compreensiva das unidades de significação. As unidades de significado aparecem no decorrer dessa análise, e estão destacadas em negrito.

## 7 UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO: ANÁLISE COMPREENSIVA

La cuestión de la posibilidad de la comprensión del ser alcanza algo que se encuentra más allá del ser [...] <sup>29</sup> (HEIDEGGER, 2000, p.342).

Esse algo mais além do ser, referido por Heidegger, é o sentido. De acordo com Ferreira (2007), o nome sentido foi dado por Aristóteles, querendo referir-se à unidade objetiva, que funda a significação das palavras e do mundo.

Assim, para se chegar à significação, é preciso significar o que se mostrou, desvelar o que, de imediato, parecia velado.

### 7.1 Temporaliza o vigor de ter sido no modo impróprio

Os idosos, com alguma sequela do AVC, parecem tender a uma situação de conformismo e passividade, que os fazem viver como ser-no-mundo, destituídos de vontade própria e sem possibilidades.

A temporalização do vigor de ter sido no modo próprio, tende à retomada; a retomar o fato e recolocá-lo, adaptado ao novo contexto. No entanto, percebi em alguns discursos, que o vigor de ter sido temporaliza-se de modo impróprio, em um esquecimento e fechamento para novas possibilidades.

No mundo a nossa volta, no contexto em que estamos inseridos ou lançados, temos sempre possibilidades de ser, por isso somos ser-em, pois estamos entregues a essas possibilidades. Através delas, o mundo se abre para a presença, e essa abertura dá-se por meio da disposição, da compreensão e da interpretação. É por esse movimento que o homem compreende o mundo e responde a ele.

Assim, a disposição no cotidiano é o humor, um dos existenciais referidos em *Ser e Tempo*. É a resposta que a pessoa dá ao mundo, quando ele o toca, e essa resposta ocorre através dos modos de ser.

Para Heidegger (1998a, p.194), a disposição “[...] é o modo de ser existencial

<sup>29</sup> A questão da possibilidade de compreensão do ser, alcança algo que se encontra mais além do ser... (Tradução livre de minha autoria).

em que a pre-sença permanentemente se abandona ao 'mundo' e por ele se deixa tocar de maneira a se esquivar de si mesma." A esse se esquivar, ele chama de decadência, que é o modo como a presença realiza, na maioria das vezes, sua abertura do ser-no-mundo.

Assim, vivemos o nosso cotidiano na decadência, muito mais impropriamente, no modo da ocupação e do manual, do que propriamente. A cotidianidade é o modo como a presença vive o seu dia, em seus comportamentos. De acordo com Heidegger, a monotonia da cotidianidade considera como mudança aquilo que o dia traz.

Através dos discursos, compreendo que esses idosos **ex-sistem em um cotidiano vazio**, muito mais voltado para o atendimento das necessidades fisiológicas, em sua maioria atendida com o apoio dos familiares, que enfatizam o seu atendimento. **Cravo**, falando sobre o seu dia-a-dia, relatou que:

*Nada não, eu fico ali fazendo aaaa... Ela chega aqui (se refere à esposa), arranja uma coisa, aí eu como. Depois vou, deito novamente, vou dormir, tomo banho, é isso mesmo. E aí tem uma coisa, pra mim tá tudo bom. [...] Ah, é assim, entrou pronto. Entrou da varanda para casa, eu já tomei banho, depois tomo café, fico aí ouvindo as coisas e tal. O rádio, depois oi, nada não, mais nada. Agora eu preciso fazer as coisas, mas não pode fazer assim, porque é... [...] Eu fico aqui mesmo, (fala da cadeira na varanda), não faço mais nada, mais nada não.*

**Rosa**, em relação a seu cotidiano colocou:

*Fica uma tristeza. (Emociona-se, o que demonstra tanto na expressão como na voz). Mas são coisas que não pode evitar (pausa). Se eu pudesse já teria evitado para dar um descanso a ela. (Fala com voz de emoção, como se sentisse um fardo para a filha, depois faz uma pausa). [...] Olha assim, é deitada ou sentada aqui nessa cadeira. Na cadeira de roda que fica aqui, que passo a perna, aliás Gau (filha) me pega, que coitada, não pode pegar peso, e me pega e me bota na cadeira e me leva até a mesa para eu tomar meu café. [...] Fico sentada, me distraíndo com a TV. (Pausa). Aqui dentro dessa casa, eu sozinha, tô só. Eu sou muito calada.*

Em relação ao seu cotidiano, quando viajou para o interior com a filha, **Rosa** revelou:

*Nada... era deitada, eu pedia a elas para me ajudar a ir para a cadeira de rodas. Rita (filha) botava uma mesinha assim na varanda.*



*Aí vinha na cadeira de rodas me empurrando... (pausa, não demonstra estar com saudades de Camaçari).*

**Violeta e Açucena** colocaram:

*Como é que é? É o mesmo, sem fazer nada né? Eu não tô aguentando mais essa vida não. Tem que arranjar qualquer coisa aí. [...] Qui, elas não quer sair não, essa aí que fica aqui mas eu, não gosta de sair, ah, vamo ali, não quer. Eu tô doida pra ir na feira, na rua. Eu tô doida pra ir na rua, Ave Maria.(Violeta)*

*Para mim é horrível, sentada direto. Eu saio da cama, me banho e fico aqui o dia todo, só levanto para ir ao banheiro. (Açucena)*

Esse apego ao cotidiano, o estar lançado naquela situação, dificulta a escolha de outras possibilidades. É certo que, com o envelhecimento, ocorre um apego ao cotidiano, a uma rotina, até como uma forma de garantir segurança. Contudo, o que observo nos discursos é uma rotina sobre a qual não há uma tomada de decisão, ela acaba por ser imposta e aceita através da ocupação, do cuidado impessoal, da manualidade.

De acordo com Nogueira (2008), a essência do homem é o projetar-se livre e aberto para as possibilidades do mundo. Estas são tomadas como solicitações, as quais o homem responde, através da sua cotidianidade como ser-no-mundo. Entretanto, segundo o autor, “[...] em algumas situações, o homem pode experimentar limitações ou dificuldades de ser o que ele é nessa essência. Nesses momentos, não mais consegue se por á altura da liberdade do seu *Dasein* e precisa de ajuda” (p.284).

Sobre isso, Heidegger (1988a, p.226) questiona: “Quais são os caracteres existenciais da abertura do ser-no-mundo quando o ser-no-mundo cotidiano se detém no modo de ser do impessoal?”.

Vivendo na decadência, a presença deixa-se levar pelo falatório, pela curiosidade e pela ambiguidade. É dessa forma que, principalmente o idoso, e mais ainda o idoso com alguma incapacidade, totalmente fora dos padrões que a sociedade impõe como belo, saudável e produtivo, encontra-se fragilizado, vivenciando todo o seu ex-sistir de forma imprópria.

Soares e Camargo Jr. (2007, p.67), citando Blanc referem que: “Toda a construção epistemológica sobre a vida gira em torno do conceito de norma,

fazendo com que vida e norma se tornem um binômio indissociável”. As autoras destacam que essa afirmação gera uma inversão dentro da epistemologia positivista, para a qual “[...] o conhecimento se dá sobre um 'real absoluto', e não há lugar para discussão de valores”. Contudo, o que se deve buscar é o valor ontológico, pautado no próprio ser-no-mundo.

Heidegger, também, sobre o falatório, relata que: “O falado no falatório arrasta consigo círculos cada vez mais amplos, assumindo um caráter autoritário. As coisas são assim como são porque delas se fala assim.” (HEIDEGGER, 1998a, p.228). Dessa forma, o falatório dispensa uma compreensão autêntica, para se apegar a uma compreensibilidade indiferente, sem se apropriar previamente da coisa, por isso, o falatório é, por si só, um fechamento, reprimindo e retardando toda e qualquer questão e discussão sobre a coisa mesma.

Werne (2003, p.104) coloca que na sociedade em que reina a impessoalidade, ocorre uma perda do *Dasein* no meio da opinião pública, “[...] que tudo devora e nivela por baixo e determina o *que* cada um deve fazer”.

A disposição pode apresentar-se de dois modos: o do temor e o da angústia. Em *Ser e Tempo*, Heidegger (1998a, p.191) destaca que “a disposição do temor descobre o que está à mão do mundo circundante como algo ameaçador [...]”.

Dessa forma, a própria situação de envelhecimento já trás junto a ela o temor. Como a nossa cultura supervaloriza a beleza juvenil, a saúde como ausência de doença e o trabalho produtivo, a situação de envelhecimento com suas mudanças físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, pode trazer o temor pela: desvalorização social, incapacidade física, perda da independência, entre outros, principalmente para aqueles idosos de baixa renda.

De acordo com Minayo e Coimbra (2002), os idosos de baixa renda, com alguma frequência, assumem a velhice como problema, assim como o imaginário social à enxerga, sofrendo por causa dela. Esses autores trazem, ainda, que as sociedades têm diferentes práticas e representações sobre a velhice, sobre a posição social do velho na comunidade, nas famílias e o tratamento que lhes deve ser dispensado pelos mais jovens.

Assim, citam estudos que mostram os velhos como pessoas que: desejam viver o máximo possível; terminar a vida de forma digna e sem sofrimento; encontrar

ajuda e proteção para a progressiva diminuição das capacidades; continuar a participar das decisões, que envolvem a comunidade; prolongar, ao máximo conquistas e prerrogativas sociais, como propriedade, autoridade e respeito.

É nesse contexto, que a presença de uma sequela, gerando alguma incapacidade física ou algum grau de dependência, leva ao temor, em relação à possibilidade de perda da autonomia, de ter que morar com algum familiar, de perda de papéis, entre outros. Além disso, a pessoa passa a ser caracterizada como doente ou incapaz, face aos estereótipos difundidos na sociedade, principalmente se essa pessoa for idosa.

Sobre isso, Perdigão (2003) comenta que, na ética do cuidado, o mais importante reside no respeito incondicional ao outro, na sua liberdade, dignidade e diferença. A autora pontua que:

Há sempre algo que o sujeito portador de deficiência tem em comum com todas as outras pessoas e que é o facto de nunca poder deixar de ser ele mesmo. (p.487).

Assim, em alguns discursos, percebe-se a falta de autonomia, a passividade diante da situação, um ir levando a vida, que aumenta uma **situação de dependência**. Heidegger (1998b, p.144), coloca que: “Este ir levando a vida, ' que deixa tudo ser' como é, funda-se no esquecimento de um abandonar-se ao estar lançado, possuindo o sentido ekstático de um vigor de ter sido, impróprio”.

Dessa forma, quando atendemos ao temor, deixamos que a ameaça volte, ou esteja sempre à espreita, proporcionando uma pre-sença pautada na ocupação, pois não se faz à retomada, fica-se no esquecimento, ou seja, no modo impróprio do vigor de ter sido.

**Rosa**, sobre a sua vida, colocou que:

*Na minha vida, que tô prisioneira, assim. Tem hora que eu me aborreço e choro, choro, choro. (Se emociona). Que as lágrimas... para não me vê chorar. [...] Fico pensando em quem eu era (pausa), na minha vida em casa, lavava, engomava, passava roupa, ia ver minha filha, ia à casa da outra em Candeias, era um movimento.*

**Violeta**, apesar da dificuldade, consegue andar, todavia tem, também, certa dependência:

*Ainda não fui lá (em Alagoinhas), pra ir lá tem que descer aí, e a menina não me bota pra ir. (Se refere as escadas que tem que descer para sair, e a menina é sua filha, que ela refere não gostar de sair de casa). [...] Ele (refere-se ao médico da SOS), me perguntou o que eu queria mais, eu digo que queria mais que eu pudesse sair, passear, sair passear por aí. Mas não posso, aí fico irada.*

**Cravo** comentou:

*Fico aqui, por mim. Como e venho para cá. Como, tomo banho, merendo, durmo. Ela quem diz. Não me importo.*

Assim, ao deixar a coisa ser como é, esse idoso acaba por perder a sua autonomia, deixando a presença anular-se, o que, muitas vezes, facilita para que o cuidador assuma uma posição de autoritarismo e controle.

Collière (2001, p.377) assegura que, a um pedido de ajuda, precisamos ter cuidado para não fazermos da:

*[...] razão do apelo à finalidade da intervenção propondo, diante desta ou daquela incapacidade, uma série de tarefas: tarefas repetitivas, sistemáticas, desprovidas de sentido, que podem agravar a dependência da pessoa, acelerá-la, aumentá-la [...].*

É o que muitas vezes observo no domicílio: famílias e profissionais de saúde prestando uma assistência mecanizada, pautada em protocolos e outros instrumentos pré-estabelecidos, apenas tratando o idoso, sem tempo, disponibilidade ou preparo para o cuidado.

Soares e Camargo Jr. (2007) ressaltam que para haver uma autonomia absoluta no processo saúde doença, é importante defender não só a autodeterminação da pessoa, mas, também, o fortalecimento das suas relações com os profissionais de saúde e familiares, evitando uma relação de dependência e sujeição daquele que, em algum momento de sua vida, está mais fragilizado.

Nesse sentido, esses mesmos autores trazem a idéia de Canguilhem (1995), que coloca a importância da capacidade de romper e criar novas normas, nas quais a pessoa possa reorganizar-se em outras possibilidades de ser, que tragam benefícios e bem - estar a sua vida.

Cruz (2005) pontua que os profissionais de saúde e os responsáveis pelos cuidados podem, muitas vezes e por diversas razões, criar um ambiente de cuidados

propício a dependência, ou seja, “[...] criam-se dependências não justificadas ou, dizendo de outra forma, nega-se à pessoa o controle que ainda pode ter sobre alguma área da sua própria vida”. (p.73).

Sobre o outro modo de apresentação da disposição, denominado por Heidegger de angústia, Werle (2003) refere que ela se apresenta quando, em meio às ocupações cotidianas, nos sobrevém certo tédio. “Começamos a ficar fartos dos entes que estão ao nosso redor, e não encontramos em nenhum ente um apóio para nos tirar deste tédio.” (p. 106). Dessa forma, a presença **angustia-se pelo seu ser-no-mundo**.

Para Heidegger (1998a, p.150), na angústia, ao contrário do temor, a ameaça é indeterminada. O autor aponta que:

O por quê a angústia se angustia não é um modo determinado de ser e uma possibilidade de ser-aí. A ameaça é ela mesma indeterminada, não chegando, portanto, a penetrar como ameaça neste ou naquele poder-ser concreto e de fato. A angústia se angustia pelo próprio ser-no-mundo [...].

No modo da angústia, de acordo com Heidegger (1998a, p.151), a presença percebe que “[...] o mundo não é mais capaz de oferecer alguma coisa nem sequer a co-presença dos outros”. Assim, esse autor coloca que a angústia exprime uma estranheza, um “[...] não se sentir em casa”. (HEIDEGGER, 1998a, p.151)

A angústia possibilita à presença um momento de autenticidade, no qual se tem a possibilidade de sair da decadência e de compreender a si mesmo, longe da interpretação pública.

*Fico pensando em quem eu era, (pausa), na minha vida em casa, lavava, engomava, passava roupa ia ver minha filha, ia na casa da outra em Candeias, era um movimento. (Rosa)*

Por isso, a angústia possibilita uma retomada, um repensar sobre a coisa, para se pautar em outras possibilidades, outras escolhas, que podem determinar outros modos de ser.

Nas entrevistas realizadas, apesar de sentir, algumas vezes, nas falas e/ou expressões, certa comodidade com a situação e um sentimento de ressentimento, na entrevista de **Rosa** e de **Cravo**, e nas visitas realizadas em seus domicílios,

observei algo parecido com modos de angústia.

Destaco isso em relação a **Rosa**, quando a sua filha, na sua presença, se queixava da labuta diária que é cuidar dela, sem ajuda de outros familiares. Assim como em relação a **Cravo**, quando sua esposa e cuidadora, insistia em dizer que ele não se lembrava mais de nada e se colocava para responder, em seu lugar, aos questionamentos feitos pela equipe de saúde.

Dos apontamentos da entrevista estão alguns trechos das falas e das observações feitas:

*É triste, minha filha, (falando sobre o seu dia-a-dia) porque eu tenho que para botar uns óculos, um banho, eu tenho que pedir a Lú (neta). Ela é quem bota meu banho e me leva na cadeira de roda. (Pausa, parece se emocionar fecha a boca e esta treme, movimento que faz também quando a filha começa a se queixar da labuta com a mãe). É, eu fico dependendo dos outros. (Rosa)*

Para Heidegger, em nosso cotidiano, enquanto vivemos na decadência, vivenciamos um modo impróprio de existir, entregues ao falatório e ao impessoal. Contudo, não estamos sempre na impropriedade. Em alguns momentos, podemos assumir um estado de propriedade, quando a presença se angustia. Nesse momento, a presença se abre para seu mundo e se remete para o seu próprio poder-ser-no-mundo.

Sobre isso, Heidegger (1998a, p.252) pontua que: “Na pre-sença, a angústia revela o ser para o poder ser mais próprio, ou seja, o ser livre para a liberdade de assumir e escolher a si mesmo.”

Um exemplo dessa situação, em que a presença pode manifestar seu poder ser mais próprio, está na fala de **Rosa** e na situação que ocorre em seguida:

*Tem hora que ela já está aborrecida (fala da cuidadora que é a filha), de eu perguntar as coisas a ela. Ela se aborrece mesmo, eu digo: - Ô minha filha, eu não to querendo contribuir com sua tristeza. Não tenho culpa que você tá triste, zangada porque [...].*

A filha interrompia, justificando-se. Durante a entrevista, apesar de nos deixar a sós, permanecia por perto. Nesse momento, justificava a ausência dos outros filhos e **Rosa** consentia tudo o que ela falava com movimentos de cabeça. A filha continuou queixando-se da labuta diária que é a sua vida, e **Rosa** só olhava com

expressão de emoção, fechando e tremendo a boca, com lágrima nos olhos. Os outros filhos não são constantes. Depois a filha retirou-se e a entrevista continuou.

**Rosa**, nesse momento, calou-se realizando um novo modo de ser, assumindo, novamente, um modo impróprio de existir.

A compreensão no pensar heideggeriano, diz respeito ao primeiro acolhimento de mundo, a partir dela dá-se à interpretação, que é exteriorizada através do discurso e da linguagem. Assim, pela compreensão, o homem recebe o mundo e o responde de alguma forma através de seus modos de ser. Werne (2003) explica que a disposição, a compreensão e o discurso são aberturas que podem levar o *Dasein* a assumir sua existência ou recuar, voltando-se ao encobrimento, a uma decadência cotidiana e ao esquecimento da verdadeira essência.

Só na angústia subsiste a possibilidade de uma abertura privilegiada na medida em que ela singulariza. Essa singularização retira o ser-aí de sua decadência, e lhe revela a autenticidade e inautenticidade como possibilidade de seu ser. (HEIDEGGER, 1998a, p.151)

A possibilidade da retomada, ou seja, do porvir próprio, parece não acontecer com **Rosa** ou com muitos idosos nessa mesma situação, estes permanecendo no porvir impróprio ou no modo do esquecimento, em uma ausência de possibilidades que, muitas vezes, acaba sendo-lhes imposta, frequentemente, de maneira imperceptível, pela família.

A compreensão, de acordo com Werne (2003, p.104), muitas vezes, pode acontecer no silêncio, quando compreendemos sem nada dizer. “[...] o silêncio fala muito mais do que muitas palavras (aliás, o palavreado é um dos fenômenos que encobre o compreender)”.

Diante disso, compreendi que, muitos idosos com sequelas, e alguma dependência, acolhem e compreendem seu mundo, dentro daquela nova situação, em silêncio, guardando para si as suas interpretações e exteriorizando, através de comportamentos ora agressivos, ora passivos e desinteressados, como nas falas de **Cravo**:

*Fico aqui, por mim. Como e venho para cá. Como, tomo banho, merendo, durmo. Ela quem diz. Não me importo. [...] Ela chega aqui (se refere à esposa), arranja uma coisa, aí eu como. Depois vou,*

*deito novamente, vou dormir, tomo banho, é isso mesmo. E aí tem uma coisa, para mim tá tudo bom. É isso mesmo (pausa).*

Dessa maneira, **Cravo**, também, mostra um modo impróprio de existir, quando se mantém na impessoalidade, demonstrado pelo cotidiano na ocupação e no esquecimento. Heidegger (1998b, p.144) reflete que esse esquecimento, é demonstrado pela “[...] morna ausência de humor na indiferença.”

Contudo, demonstra, também, momentos de angústia e de propriedade quando, na entrevista, a todo o momento retomou sobre o seu trabalho, alegando que se lembrava de tudo. Além disso, demonstrou, também, quando se queixou do seu sindicato e do governo. Assim, ao se referir a sua situação financeira e ao seu trabalho, **Cravo** exaltou-se um pouco e colocou:

*Agora, isso aqui, o presidente não vê nada mesmo, meu dinheiro é pouquinho, não tem nada, o dinheiro. Agora a empresa, o que desse, qualquer coisa, mas não dá nada. Eu aí vou levando, assim mesmo. Eu lembro das coisa tudo, eu lembro. Lembro que eu tava, trabalhava: - Óooo Cravo, vamo em tal lugar pra ver isso aqui. – Umbora. Mas depois mudou tudo, tudo. Eu lembro, eu ainda lembro, eu lembro o lugar que eu trabalhava, o mesmo lugar lá na Santa Helena. É eu lembro, ainda lembro as coisas, mas a vida é assim mesmo.*

**Violeta**, também, lamentou a sua situação financeira:

*Quero ir para Alagoinhas, porque eu não gosto daqui, é um lugar muito difícil de a gente viver. ... pior é aqui, fazer o que sem um tostão na mão.*

Percebo assim, como o contexto, o mundo circundante influencia nesse modo de ser impróprio, fechado a novas possibilidades.

Para Heidegger, a presença não está apenas contido no mundo. Enquanto ser-no-mundo, ela é uma extensão dele, relaciona-se com ele, o vivencia. Assim, o pensador define mundanidade como um momento constitutivo do ser-no-mundo, ou seja, uma determinação existencial da presença.

Werle (2003, p.101) aponta que o ser-aí, o *Dasein*, encontra-se sempre situado em um contexto de vivência de mundo, não estando simplesmente lançado em um espaço. Isso significa habitar o mundo, morar nele, deter-se nele. Nesse sentido, o autor aponta que o “[...] *Dasein* confere ao mundo o caráter de mundo, a



sua mundanidade.”

Assim, o que define mundo para a presença, passa pela maneira como ela se relaciona com mundo em seu cotidiano. A maneira como o mundo a acolhe, e como ela responde a esse acolhimento.

Cruz (2005) observa que o estar dependente de outras pessoas é um desafio, que provoca algumas respostas por parte de quem o vivencia. Essas respostas irão depender das características da pessoa e do meio em que ela vive.

Sobre isso, o contexto de vida de **Cravo**, **Rosa** e **Violeta**, difere do de **Antúrio**, em relação à moradia e a situação econômica. Os primeiros moram em domicílios onde o acesso é difícil, com escadas íngremes, que os impossibilita de sair com mais frequência, e acaba por deixá-los mais isolados socialmente. Diferente de **Antúrio**, que mora em um local de fácil acesso, e que tem toda uma estrutura para sair e até exercitar-se andando na calçada.

Em relação à situação econômica, **Cravo**, **Rosa** e **Violeta** têm um nível econômico mais baixo, o que dificulta o acesso ao lazer e aos serviços de reabilitação.

*Pra sair é um sacrifício minha filha. Pra eu sair é um inferno. (Rosa mora em um local de difícil acesso, para chegar a sua casa tem que subir escada). Precisa que venha aqui, não tem quem carregue, ele me leva até o portão, aí me pega e bota na ambulância. (Rosa)*

*Aqui não porque é perigoso descer aí. (Sua casa fica no alto de uma escada bem íngreme). (Cravo)*

*Ainda não fui lá, pra ir lá tem que descer aí, e a menina não me botam pra ir. ... elas não quer sair não, essa aí que fica aqui mas eu, não gosta de sair, ah, vamo ali, não quer. Eu tô doída pra ir na feira, na rua. Eu tô doída pra ir na rua, Ave Maria. (Violeta)*

Sobre sua situação financeira, **Cravo** comentou:

*Há muitos anos que o presidente não dá nada, é muito pouco. Não foi dona Paula (esposa)? Muito pouco mesmo. Pra comer, comprar remédio, essas coisa aí. Mas é, as coisa é duro, duro [. ..]*

Já **Antúrio**, de outra situação econômica, colocou:

*Leio muito, vejo futebol, na TV pega tudo, vejo jogo (ele tem TV a cabo). Também saio muito. Ah, saio, para ver o pessoal todo. Eu*

*deixei de dirigir. É Joana (esposa) quem dirige. Bem mesmo, ela domina aqui Salvador, vai longe.*

Dessa forma, apesar da Política Nacional do Idoso prever o atendimento as necessidades de saúde desta população, a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional, autores como Caldas (2003) e Karsh (2003) referem que a família e o suporte informal, ainda, têm que arcar com a maioria das necessidades dessas pessoas.

Além da questão do domicílio, a convivência com a família e com os cuidadores, também, irá proporcionar uma maneira muito pessoal de vivenciar o mundo e responder a ele. Werle (2003) afirma que o *Dasein*, vivendo em um mundo com outros entes, que também têm os seus modos de ser, está sempre na intersubjetividade, o que o autor também denomina de caráter social da existência.

Durante as entrevistas, observei uma relação forte de dependência entre os idosos entrevistados e seus cuidadores, e vice-versa. Como citado anteriormente, autores como Néri et al. (2002), Cruz (2005), Rabelo e Néri (2005) entre outros, enfatizam a importância da relação familiar saudável, do fortalecimento dos laços familiares e de amigos e da estabilidade emocional do cuidador, para uma boa adaptação do idoso a essa nova situação, ajudando-o a enxergar novas possibilidades de projetar-se para o mundo. Contudo, alimentar uma relação de dependência, acaba por limitar as possibilidades tanto do idoso como do seu cuidador.

Essa dependência cotidiana, além de trazer uma ocupação com aspectos biológicos do outro, trás também uma preocupação que Heidegger refere como deficiente. Esses modos de ocupação e preocupação deficientes caracterizam a convivência cotidiana e mediana de um com o outro.

Nesse sentido, a relação do idoso com seu cuidador, pode se relacionar as duas possibilidades extremas da preocupação, citadas por Heidegger em *Ser e Tempo* (1998a) e já comentadas no início desta tese. Uma das possibilidades é o cuidador assumir a ocupação que o outro deve realizar, tornando-o dependente e dominado, de uma forma às vezes silenciosa. A outra possibilidade é a preocupação, que não substitui o outro, mas se coloca à frente, preocupa-se com sua existência, “[...] ajuda o outro a tornar-se, em sua cura, transparente a si mesmo e livre para

ela”. (HEIDEGGER, 1998a, p. 174).

Um exemplo disso, foram algumas dificuldades encontradas para conversar com alguns idosos, quando das visitas domiciliares, onde os cuidadores, muitas vezes, tomavam-lhes a voz, colocando-se por eles. Essa situação, por vezes, é tão frequente, que os próprios profissionais de saúde, às vezes, se dirigiam somente ao cuidador, para responder todas as questões, relativas ao idoso cuidado.

Além disso, em algumas entrevistas como a de **Rosa e Cravo**, os cuidadores permaneceram sempre por perto dos idosos, interrompendo-lhes a fala para se colocarem. Por outro lado, na entrevista de **Antúrio**, e também em outros momentos da visita domiciliar, sua cuidadora manteve-se sempre a parte, respeitando sua fala e colocações. Durante a entrevista nos deixou a sós, aparecendo somente quando solicitada. Assim, dá para compreender, nessas situações, dois movimentos: o de deixar o outro ser ele mesmo e alcançar o sentido da cura, e o de substituir o outro em suas ocupações, tornando-o, ainda mais, dependente.

## 7.2 Vivencia sua presença, na maioria das vezes, na historicidade imprópria

O esquecimento ou a retomada no vigor de ter sido, irá modificar tanto o porvir como a atualidade, realizando, assim, modos de ser. Na temporalidade, onde se dão os modos de ser, Heidegger denomina de historicidade.

Para Heidegger, o homem é formador de mundo e, assim, ele se difere dos outros entes intramundanos. Nogueira (2008, p.285) assegura que a essência do homem é a habilidade de formação de mundo, sendo este o “[...] manifestar dos entes como tais e em sua totalidade”.

Do nascimento a morte, estamos sempre tendo possibilidades de ser e, assim, vamos vivendo o entre (entre o nascimento e a morte). É nesse entre, através das possibilidades que se apresentam a nós, que tomamos decisões antecipadoras. Essas decisões definem nossos modos de ser da presença, fazendo a historicidade, ou seja, fazemos a nossa história, através dos nossos modos de ser, que se revelam a partir da temporalidade.

A historicidade, ao contrário da história que é ôntico, refere-se ao ontológico.

Ela se dá na medida em que, nos tornamos próprios ou impróprios. Quando assumimos modos de ser, estamos fazendo a nossa história e a história do mundo, pois, o acontecer da história é o acontecer de ser-no-mundo.

Além disso, é no entre que ocorrem fenômenos biológicos, psicológicos e sociais que vão permeando o ser-no-mundo, relacionando-se com este. A resposta a esses fenômenos acontece de forma individual, dependendo do mundo circundante de cada um, e do modo como este, irá tocar cada indivíduo, determinando, então, os modos de ser próprios ou impróprios.

Sobre isso, George (1999) ressalva que alguns dos fenômenos citados acima são afetados tanto por alterações etárias, quanto por condições sociais, econômicas e ambientais vivenciadas por cada uma das pessoas.

Dessa maneira, pensando sobre grande parte dos idosos com sequelas, compreendo que muitos dos modos de ser, adotados por eles e por seus cuidadores, vêm de uma cultura que lhes impõe a dependência e a aceitação dessa condição, passivamente, na medida em que os idosos acabam pouco contemplados pelas políticas públicas, no que diz respeito à implementação das mesmas.

Além disso, é a nossa cultura em relação aos idosos, em especial os dependentes, e os modos de ser de cada um, resultante do seu mundo circundante e dessa cultura, que se escreve a história desse ser-no-mundo.

Prieto-Flores et al. (2008) asseveram que, a forma como os idosos experimentam distintas situações, dependerá de recursos individuais (físicos, materiais, sociais e psicológicos), para facilitar a consecução de objetivos e, também, para compensar as perdas que acompanham o processo de envelhecimento.

Cupertino, Rosa e Pinheiro (2007) apresentam estudos que mostram os idosos como pessoas que conseguem lidar melhor que os adultos com situações de perda e estresse. Isso porque, nessa faixa etária, fatos marcantes experimentados ao longo da vida, ampliam o leque de estratégias de enfrentamento. Além disso, o ganho da sabedoria é uma função relacionada ao amadurecimento, o que permite ao indivíduo ultrapassar as perdas vivenciadas, nessa fase.

Um trabalho realizado por Prieto-Flores et al. (2008), com o objetivo de levantar os fatores sócio-demográficos e de saúde, no bem estar emocional de

idosos em Madri, revelou que pessoas com baixo nível sócio-econômico possuem uma auto-valorização negativa do estado emocional e dos recursos de enfrentamento. O avançar da idade, com o incremento de agravos à saúde, relaciona-se com uma diminuição do bem estar emocional.

Por outro lado, destacam ainda que pessoas com melhor saúde subjetiva, menor sentimento de solidão, maior nível educacional e melhor otimismo tendem a experimentar o processo de envelhecimento muito mais em termos de desenvolvimento contínuo, do que de deterioração física e de perdas sociais.

Rabelo e Néri (2006), em uma revisão de literatura assistemática, observaram que os elementos que mais auxiliam a recuperação, o ajustamento psicológico e o bem-estar dos idosos são os programas sociais de apoio e reabilitação; o suporte informal; a boa capacidade cognitiva; a continuidade de uma ocupação produtiva; a manutenção da competência em atividades instrumentais de vida diária; o humor positivo e a maior escolaridade, a qual é importante, na medida em que, proporciona oportunidade para o desenvolvimento de mecanismos flexíveis de enfrentamento das incapacidades.

Nas entrevistas com os idosos compreendi que, apesar da subjetividade de cada um, do modo de ser em relação ao mundo circundante, e da intensidade das sequelas deixadas pelo AVC, há semelhança nesses modos, principalmente quando os idosos são de uma mesma classe social.

Assim, nos idosos de classe social mais baixa, isso se mostra através da passividade, diante da dependência e do maior controle do cuidador. As dificuldades de acesso a serviços de saúde, lazer, integração entre outros, acabam por conduzi-los a um isolamento social, como foi apontado no discurso de **Rosa**:

*Pra sair é um sacrifício minha filha. Pra eu sair é um inferno (Rosa mora em um local de difícil acesso, para chegar a sua casa tem que subir escada). Precisa que venha aqui, não tem quem carregue, ele me leva até o portão, ai me pega e bota na ambulância.[...] Olha assim, é deitada ou sentada aqui nessa cadeira. Na cadeira de roda que fica aqui, que passo a perna, aliás, minha filha me pega, que coitada, não pode pegar peso, e me pega e me bota na cadeira e me leva até a mesa para eu tomar meu café.*

**Açucena** queixou-se do joelho, que dói, por que está sem fisioterapia, por falta de transporte para o local de sua realização.

*Ando, ando só para ir ao banheiro que as pernas doem. É esse joelho, para mim levantar, é um trabalho, tem hora que não, mas outra hora, dói muito.*

**Violeta**, em seu discurso, demonstrou que gostaria muito de ter um lazer:

*Ele (se refere ao médico da SOS) me perguntou o que eu queria mais, eu digo, queria mais que eu pudesse sair, passear, sair passear por aí. Mas não posso, aí fico irada.*

Assim, observo que apesar da Lei No. 8.842/94 assegurar ao idoso o direito à vida, dignidade e bem-estar, o idoso dependente ainda está longe de alcançar tais benefícios, principalmente ser pertencente a uma classe social mais baixa. Além disso, a mesma Lei, inserida na Política Nacional do Idoso, pretende assegurar, ainda, a avaliação e a manutenção da capacidade funcional, com vistas a prevenção de perdas funcionais e a prevenção do isolamento social (RODRIGUES et al., 2007). No entanto, para isso, é necessário oferecer suporte, também, aos cuidadores, além de facilitar-lhes o acesso aos serviços de saúde e fisioterapia.

Andrés-Pizarro (2004) apresenta uma situação parecida, em Barcelona, na qual mostra que a assistência à pessoa com dependência é complexa, devendo haver interação entre os diferentes níveis assistenciais, diversidade de serviços, intervenção de diferentes profissionais e responsabilidades de várias instituições. Nesse contexto, o que o autor observa é que, a atenção social e de saúde às pessoas com dependência, não funciona de forma integrada entre os sistemas de saúde e o social. Apesar do sistema de saúde ter caráter universal, ele está pouco centrado na adaptação, na reabilitação e no cuidado de pessoas dependentes. Além disso, há grande dificuldade em relação aos direitos de acesso, as portas de entrada, aos financiamentos de suporte e a cultura dos profissionais, gerando situações de desproteção e desigualdade para o idoso e sua família.

Em relação ao acesso, o autor comenta que, muitos serviços, não têm visibilidade para a maioria da população, alegando ser consequência de certo temor dos administradores, em relação à difusão destes, que poderia gerar aumento da percepção da necessidade, reivindicação de direitos, abandono dos cuidadores de suas funções, entre outros.

Ressalta, ainda, como fator chave na desigualdade de acesso aos serviços, a

falta de reconhecimento de que o direito a essa proteção é universal e subjetivo. Continuar considerando que a família deve ter a responsabilidade central por esses cuidados, só irá manter um sistema informal sobrecarregado, e idosos cada vez mais solitários e sem possibilidades, principalmente nas famílias de baixa renda.

O cotidiano de **Rosa** e sua cuidadora não é fácil, pois só um familiar ficar responsável pelos seus cuidados, deixa-a esgotada pelo trabalho de cuidadora, estando o tempo todo a se queixar, na frente da mãe idosa e dependente.

Sobre isso, Caldas (2003) observa que, quando os idosos são acometidos por doenças incapacitantes e geradoras de deficiências, os cuidados têm sido prestados, geralmente, pelo suporte informal de apoio. Assim, muitas vezes, o cuidado torna-se difícil, sobrecarregando os cuidadores, que podem se ver sozinhos, nessa tarefa.

Nesse sentido, Silveira, Caldas e Carneiro (2006) observam que os cuidadores, geralmente, relatam cansaço, desgaste, revolta, depressão e somatizações. Além disso, possuem idade maior que 40 anos e, alguns, apresentam doenças crônicas.

Neste estudo, uma cuidadora apresentou-se como portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes, e outra, portadora de câncer de mama. Essas situações, certamente, conduzem às cuidadoras, a grande carga de estresse, que reflete na qualidade do seu cuidado e na relação com os idosos.

Outros cuidadores são jovens e com vida ativa. Assim, surge outro lado da situação que é, além da distância da idade e das concepções diferentes, do mundo, há situação de trabalho e outras obrigações familiares por exemplo.

Assim, **Rosa** colocou:

*Mas aí é a milícia de todo dia, se eu vejo ela, coitada, se lastimando e sozinha para lavar a roupa, a máquina dela de lavar queimou, ela não pode se movimentar, ela lava aqui, mas é de noite e estende aí, para de manhã tirar. [...] Tem hora que ela já está aborrecida, de eu perguntar as coisas a ela. Ela se aborrece mesmo, eu digo: - Oh minha filha, eu não tô querendo contribuir com sua tristeza. Não tenho culpa que você tá triste, zangada porque [...] Eu não saio para canto nenhum. Eu não ando, só na cadeira de rodas.*

A filha de **Rosa**, sua cuidadora, não consegue descer com ela pelas escadas e, além disso, relatou que o seu filho, neto de Rosa, era quem a ajudava nessas

ocasiões, mas passou a ter dor precordial, devido ao peso de carregar a avó.

**Cravo**, segundo sua esposa, só se alimenta se ela está em casa, tudo depende que a esposa faça para ele.

*É, graças a Deus eu vou levando, levando, não como, ou como na hora certa, eu não gosto muito de comer. [...] Ah, é assim, entrou pronto. Entrou da varanda para casa, eu já tomei banho, depois tomo café, fico aí ouvindo as coisas e tal. O rádio, depois oi, nada não, mais nada. Agora eu preciso fazer as coisas, mas não pode fazer assim, porque é...*

Quando questionei se saia de casa, às vezes, respondeu:

*Aqui não porque é perigoso descer aí. (Sua casa fica no alto de uma escada bem íngreme). É isso mesmo, é perigoso. (Sua esposa diz que as idas ao médico são suas únicas saídas. Ela, que também é idosa e faz tratamento de câncer de mama, tem que segurá-lo para ajudar a descer as escadas).*

**Violeta** adora sair e tem muita vontade de ir a feira, mas como depende de sua filha para isso, pois seu domicílio, também, tem escadas, fica prejudicada, uma vez que a sua filha não gosta de sair. Referiu:

*Qui! Elas não quer sair não, essa aí que fica aqui mas eu, não gosta de sair. Ah! Vamo ali, não quer. Eu tô doida pra ir na feira, na rua. Eu tô doida pra ir na rua, Ave Maria!*

**Açucena** mora com a filha e 2 netos. A filha trabalha o dia todo e ela passa maior parte do dia com a neta de 3 anos.

*De primeiro, eu andava muito. Eles alugaram uma casa no São João, toda festa alugava uma casa, a gente ia para a praia, eu só não tomava banho. Agora, nunca mais. Também trabalhando... Agora mesmo ela vai pra Itália. Vai passar um bocado de tempo lá.*

Nesse aspecto, o estudo de Duarte, Lebrão e Lima (2005) destaca, nos idosos com dependência, redução das atividades externas ao domicílio, tanto para atividades essenciais, como para aquelas relacionadas ao lazer.

O mesmo estudo apontou também, para os arranjos domiciliares, mostrando que, em domicílios onde convivem o casal, a demanda pelos cuidados é, na maioria das vezes, parcialmente atendida pela esposa, geralmente idosa. Nos arranjos que



convivem idosos com filhos, a ajuda ocorre mais por parte de filhas. Nos domicílios tri geracionais, onde convivem idosos com seus filhos e netos, há uma tendência para que as demandas dos idosos sejam preteridas, em benefício dos mais jovens.

Em relação a isso, Rodrigues et al. (2007) citam que a primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada na Organização das Nações Unidas (ONU) em 1982, e que serviu de base para a Política Nacional do Idoso em 1994, estipulou a família, nas suas diversas formas e estruturas, como a unidade fundamental mantenedora e protetora do idoso. Assim, a nossa Política Nacional aponta que as pessoas que cuidam dos idosos dependentes devem receber orientações e esclarecimentos necessários para a realização do cuidado.

Contudo, atentando para a realidade dessas pessoas, através dos seus discursos, compreendo que só essas providências não são capazes de suprirem suas demandas.

Sobre a sua condição financeira, **Cravo**, que recebe a aposentadoria junto com a esposa, que sustenta 2 filhos desempregados e 2 netos, colocou que:

*Há muitos anos que o presidente não dá nada, é muito pouco. Não foi dona Paula? Muito pouco mesmo. Pra comer, comprar remédio, essas coisa aí. Mas é, as coisa é duro, duro... [...] ... o presidente não vê nada mesmo, meu dinheiro é pouquinho, não tem nada, o dinheiro. Agora a empresa, o que desse, qualquer coisa, mas não dá nada. Eu aí vou levando, assim mesmo.*

**Antúrio**, de condição social melhor, além de um nível de instrução e uma posição social elevada, sobre o seu dia-a-dia colocou que:

*Leio muito, vejo futebol na TV, pega tudo (referindo-se a TV a cabo), vejo jogo. Também saio muito. (Fala do seu time que é o Botafogo). Encontro minha filha que vem de São Paulo. Meu neto também vem assistir comigo o jogo. Assistir o jogo do Botafogo. [...] Ah, saio para ver o pessoal todo. Eu deixei de dirigir, é Joana quem dirige.*

Heidegger (1998b, p.178) refere que:

Toda tentativa de se caracterizar ontologicamente o ser “entre” nascimento e morte, tomando como ponto de partida ontológico implícito a determinação desse ente como algo simplesmente dado “no tempo”, está fadada ao fracasso.

Desse modo, a presença também é fruto da sua temporalidade e

historicidade, pois, não se encontra simplesmente dado, como afirma Heidegger (1998b), preenchendo um trajeto ou um trecho da vida.

Com um cotidiano vazio e sem muitas perspectivas, esses idosos sempre **revivem o passado** nas suas conversas.

**Cravo** está sempre reportando-se ao passado:

*Eu lembro do mesmo lugar que eu trabalhava, eu entrava logo no escritório e pegava as coisas. - É isso aqui ô seu Cravo, tudo bem? – Tudo bem, venha cá, e entrava, chegava logo e pegava. Eu tinha costume de fazer as coisas, mas depois disso aí, (se refere à doença), é isso aí e acabou (Fala com ênfase).*

Assim como **Açucena**, que pauta a sua vida no seu processo de separação e da mágoa do ex-marido:

*Não vou dar nada a ele, eu tenho os meus filhos para deixar. O que eu tenho é de meu pai. Então ele (o esposo), já era. (Neta interrompe um pouco). Eu tô ansiosa que o advogado tá demorando. Mas eu queria logo, pra ele sair da minha casa. Ele aproveitou que eu fiquei quatro meses no hospital. Aí é que ele aproveitou-se e entrou lá em casa. O advogado disse que vai tirar ele na raça, eu não quero nem ver. A menina acha que eu tô falando de..., mas não é não, ela diz: - Que nada, tu ama ele. Eu digo: - Eu? Olha, eu tinha 4 máquinas industrial, ele vendeu tudo. Não vi nem indício, ele tinha vendido. Deixa aí que é minha, custou meu dinheiro. (Fala aparentando muita mágoa)*

Também **Violeta**, que durante a entrevista, reporta-se, o tempo todo, ao seu passado, vivendo o presente em função de voltar para Alagoinhas.

*Ir pra Alagoinhas passar uns dias. Lá é um lugar bom. Eu tenho uma casona que era do meu pai e minha mãe... Eu vou falar com ele, se vi acabar de reformar a casa, vou botar pra vender que ninguém quis ir morar lá, então a gente tem que vender. Para não encher de mato. Ninguém quer nada. Quer nada. Eu por mim estava morando lá na casa de meu pai... eu vou botar pra vender (fala de forma enfática). Pra que eu quero casa lá, se eu não vou pra lá? Eu vou botar a casa pra vender, talvez eu venda todas duas logo, e depois faça uma pra mim, lá mesmo. Eu não tenho vontade de sair de lá não. Meus pais morreram. Pra mim, tava todo mundo lá em casa. (Começa a fungar, querendo prender o choro).*

Mesmo **Antúrio**, com uma vida mais independente e movimentada

socialmente que os outros depoentes, retomou ao passado, a todo o momento, em sua entrevista.

Nesse sentido, Heidegger determina ser a linguagem a abertura do ser-aí. Duarte (2005) destaca que a linguagem é o veículo de expressão de algo interno ao homem, sendo a ponta que vincula o dentro e o fora deste.

Compreendi que, a abertura desses idosos para o mundo, faz-se através do passado. Dessa forma, é difícil adaptar-se às mudanças ao longo da vida e, por isso, vivem no esquecimento<sup>30</sup>.

### 7.3 Vivencia o seu ser-no-mundo, na maioria das vezes, como ente meramente presente

A partir da análise compreensiva das unidades de significação anteriores, compreendo que a maioria desses idosos vivencia o seu ser-no-mundo, na maioria das vezes, como entes meramente presentes, **substituindo o ser-com pelo ser-junto**.

Para Heidegger (1998a, p.257):

Nesse ser junto a..., que constitui a decadência, anuncia-se explicitamente ou não, compreendida ou não, uma fuga da estranheza que, na maior parte das vezes, permanece encoberta pela angústia latente, uma vez que a publicidade do impessoal reprime toda e qualquer não familiaridade.

Como já abordado, experiências e vivências pessoais, fatores econômicos e sociais, a cultura familiar, o acesso a serviços de saúde e ao lazer, as características de personalidade do indivíduo, entre outros, interferem no modo de ser-no-mundo.

No entanto, como refere Cruz (2005), na situação de dependência, ao se perceber com falta de controle, a pessoa pode abandonar a responsabilidade por si mesma, deixando-se conduzir pela decisão de outras pessoas. Essa situação é, ainda mais, acentuada quando o idoso passa a morar na casa de familiares, geralmente filhos, levando-o a ter sua autonomia reduzida. Em relação aos idosos

---

<sup>30</sup> Modo impróprio do vigor de ter sido. O modo próprio é a retomada, ou seja, se recolocar a cada situação. Ver estas colocações no primeiro capítulo.

entrevistados, 4 moravam na casa de outro familiar (filhos e irmã) e 1 na sua própria casa, com filhos e netos.

A autora aponta, ainda, que “[...] essa percepção pode desencadear atitudes de rebelião ou manifestações de dificuldades em aceitar os cuidados necessários, desgastando, também, os relacionamentos pessoais entre os envolvidos, sejam profissionais ou não”. (p.72).

É nesse contexto, que podem surgir alguns atos de violência praticados tanto pelos cuidadores para com os idosos, como pelos idosos, para com eles. Estudos como o de Menezes (1999) e Melo, Cunha e Falbo Neto (2008) mostram que as alterações funcionais e cognitivas, a fragilidade da idade e a ocorrência de doenças incapacitantes são fatores de risco para maus tratos, considerando-se todas as suas formas como as agressões físicas e verbais, a negligência, os constrangimentos, as extorsões, o isolamento social, sendo que este nem sempre ocorre por opção do idoso ou da família diretamente, mas por aspectos de moradia, de acesso a serviços, de aspectos culturais em relação ao velho, entre outros.

Durante a entrevista de alguns idosos, compreendi alguns desses maus-tratos, relacionados, principalmente, ao constrangimento e ao isolamento social.

Sobre isso, **Rosa** colocou:

*Na minha vida, que tô prisioneira assim. Tem hora que eu me aborreço e choro, choro, choro. (Se emociona). Que as lágrimas... para não me vê chorar. Aqui dentro de casa, eu sozinha, tô só...*

Em relação à visita de seus filhos apontou:

*Cada um tomou seu rumo, só tem um que vem aqui todo dia me ver. (pausa). O que morava comigo.*

**Violeta**, questionada sobre a visita de seus amigos relatou:

*Qui! (Pausa longa), eu ficava aqui, agora que eles começaram a vir aqui (fala dos profissionais da SOS, que vão visitá-la e que gosta muito, e de mim). Salvador eu não dou mais valor de nada. Aqui só tem ladrão, não tem nada que presta. Eu não gosto daqui, vixe! Ainda o pior é isso. Quero ir para Alagoinhas porque eu não gosto daqui, é um lugar muito difícil de a gente viver. Muito difícil. O pior é aqui. (se refere às escadas e as dificuldades para sair de casa). Lá eu posso estar vendo um terreno, vendo alguém para comprar, pior é*

*aqui, fazer o que, sem um tostão na mão? (Pausa). Não vou demorar muito aqui não.*

**Violeta** tem grande mágoa por não poder voltar para Alagoinhas e morar em sua casa. Por vezes, durante a entrevista, ela se confunde e pensa que está na antiga cidade.

*Mas eu tô pra ir lá, mas é um pouco difícil pra gente ir lá, porque não tem ônibus daqui direto pra lá. É um pouco difícil né? Ainda não fui lá, pra ir lá tem que descer aí, e a menina não me bota pra ir. (Se refere às escadas que tem que descer para sair, e a menina é sua filha, que ela refere não gostar de sair de casa. Nesse momento, tem um pouco de dificuldade para articular as palavras).*

**Açucena**, questionada sobre seus finais de semana comentou:

*Fico aqui. Olhe (se aproxima mais de mim e fala baixo), eu já pensei em morrer. Tomar alguma coisa pra morrer logo. Mas, escute, eu tomarei um dia.*

Vivendo como ser meramente presente, **Açucena** apresenta um modo impróprio de ser-para-a-morte.

Nesse sentido, Heidegger (1998b, p.42) reflete que:

*Enquanto ser-lançado no mundo, a pre-sença já está entregue à responsabilidade de sua morte. Sendo para sua morte, ela, de fato, morre continuamente durante o tempo em que ainda não deixou de viver. A pre-sença morre de fato. Isso diz, ao mesmo tempo, que, em seu ser-para-a-morte, ela já se decidiu desse ou daquele modo. O escape de-cadente e cotidiano da morte é um ser-para-morte impróprio.*

O suicídio, sobre o ponto de vista heideggeriano, significa viver a morte imprópriamente, em um modo de esquecimento de si, pois quando se escolhe morrer, retira-se a morte como possibilidade<sup>31</sup>.

Retomando a questão do isolamento social, **Açucena** destacou aspectos do seu dia-a-dia:

*Todo aqui, eu já ando enjoada. Oito anos, é muito. Sentada, me*

<sup>31</sup> Anotações feitas em 2008.2, a partir de conversas com a Profa. Acylene Cabral Ferreira, Dra. em Filosofia, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da UFBA.

*cansa. A noite toda eu sinto cãibra, à noite toda. Tinha acabado, e agora voltou de novo.*

**Cravo**, também, sente-se abandonado tanto pelo trabalho como pelos amigos conquistados enquanto tinha vida laboral ativa.

*Até o sindicato mesmo, o sindicato, tem umas pessoas que era assim, isso, aquilo outro, depois, saltou fora. (Fala do sindicato que o abandonou no sentido assistencial e financeiro, após seu AVC. Ele tem um grande sentimento por isso).*

Sobre suas visitas, respondeu:

*Meus irmãos e parentes. Mas assim da empresa não. Eles dizem que não tem tempo, não tem tempo, é isso mesmo, e a vida é isso mesmo...*

**Antúrio**, com outra condição econômica e social, em seu discurso parece não se sentir tão isolado e só:

*Vem muito, Ave Maria! Quando cheguei logo, aí do hospital, um bando de gente estava aqui, Ave Maria! Veio o diretor da escola de minha filha, um porre danado, conversou muito (diz sorrindo).*

Sobre a visita de familiares e amigos, **Antúrio** disse:

*Ah, saio, para ver o pessoal todo.*

Esse isolamento, comum na velhice por idosos com alterações cognitivas, visuais ou auditivas, pode ocorrer, também, pela presença da dependência do outro, o que gera constrangimentos e, muitas vezes, afastamento da família. Além disso, em alguns discursos, o isolamento apareceu como uma sensação de prisão, já demonstrada em alguns trechos dos discursos, transcritos acima.

Em relação ao constrangimento, nas entrevistas foram observadas algumas situações, destacadas por **Rosa, Violeta e Açucena**:

*Tem hora que ela já está aborrecida, de eu perguntar as coisas a ela. Ela se aborrece mesmo, eu digo: - Ó minha filha, eu não to querendo*

*contribuir com sua tristeza. Não tenho culpa que você tá triste, zangada por que [...] Pra me pegar, pra ir ao banheiro, é duas pessoas ou uma no caminho, eu peço: gente, me leve pra o banheiro. Eu peço, aí Geo me leva. (Pausa, ela olha para a TV onde está passando a novela com ar meio sem graça, como que envergonhada). Rosa.*

**Violeta** mostrou-se constrangida pelo fato de não saber mais ler e escrever:

*Qui nada! Sabia ler e tudo, depois da doença... Que negócio triste viu (se referindo ao AVC), não gosto nem de me lembrar (continua fungando). Sinceramente, minha professora, que me ensinou, fui estudar de noite, sabia ler (fala emocionada), fazer tudo, ainda mais que eu tinha que fazer uns papéis, tinha que dar assinatura no banco, pegar dinheiro, sei não.*

**Açucena** também mostrou-se constrangida por ter sido abandonada pelo esposo, tendo toda sua vida agora está pautada nisso e em seu processo de separação:

*Ele não fala comigo, e eu não digo nada. No dia em que ele me largou (pausa), eu ainda vou dizer a ele, se a gente começar, veja bem, eu vou dizer:- Você quer começar, e como foi atrás de outra e me deixou doente? Porque quando eu era boa, eu lhe dava tudo. A menina fala: - Mainha, a senhora só faltava botar comida na boca de painho.*

Heidegger (1998a, p.164) traz que a presença não apenas é e estar no mundo, mas, também, é absorvida por ele. Assim, questiona: “quem é a pre-sença na cotidianidade?”

A resposta a essa questão, procurada por mim nesta tese, em relação a esses idosos com AVC, converge para o que Heidegger coloca como sendo determinada pelo modo de ser que se empenha no mundo.

O modo de ser cotidiano da maioria desses idosos está, na maior parte das vezes, pautado no silêncio, na reclusão, no isolamento, na memória do passado que eles insistem em retomar, como no caso de **Cravo**, **Violeta** e **Açucena** apontado anteriormente, e na sensação de que não há alternativas. Eles vivem em um mundo que não é compartilhado com os outros a sua volta.

De acordo com Marques, Rodrigues e Kusomota (2006), a comunicação, o diálogo e a busca pela compreensão um do outro são fatores que fortalecem a

relação familiar, sendo positivos para a reestruturação desta em um momento conflitante.

Essa relação, juntamente com a possibilidade de contar com o suporte formal de apoio, além de outras experiências, vivenciadas de forma positiva, parecem ajudar **Antúrio** a superar suas dificuldades e se manter em um mundo mais compartilhado, sendo com os outros. Sobre isso, Heidegger (1988a, p.170) assevera que: “Na base desse ser-no-mundo *determinado pelo com*, o mundo é sempre o mundo compartilhado pelo outros. O mundo da pre-sença é *mundo compartilhado*”.

*Elas saem, vão comigo, volta. Eu tenho um neto também, José, muito danado. (Refere-se as filhas que também saem muito com ele). (Antúrio).*

Dessa forma, ele consegue vislumbrar outras possibilidades para um existir mais próprio:

*Um dia eu vou pegar o carro para ver como eu vou dirigir. [...] Cuido da casa, vejo o pintor, estou cuidando da casa para vender. Vou ver se compro outra por aqui, por causa das meninas que estão estudando. (Antúrio).*

A abertura do ser-no-mundo se dá através da compreensão, da disposição e do discurso. Através da compreensão, abarcamos o mundo, temos uma visão dele e o acolhemos.

No mundo, os entes podem ser intramundanos ou constituídos da presença. Esses últimos são aqueles que possuem a capacidade da compreensão existencial, da compreensão de ser, que permite o acolhimento de si e do outro<sup>32</sup>. É a partir da compreensão existencial que a presença se compreende como tal, e para haver compreensão é preciso discurso e escuta.

Quando a presença compreende a si e ao mundo, ela está no modo da disposição, que é a abertura para o mundo. Através desta, ela se abre para dar respostas às demandas do mundo e interage com ele. Contudo, quando não há essa abertura, não há compreensão de si e do outro.

---

<sup>32</sup> Anotações feitas a partir da aula da Profa. Dra. Acylene Cabral Ferreira, na disciplina: A questão do tempo em Heidegger, em 2007.2, no Programa de Pós-Graduação da Escola de Filosofia da UFBA.



De acordo com Duarte (2005), acolher o outro é deixar que ele seja o outro que é, e isso só poderá ocorrer através de atos, pensamentos e palavras. Esse autor, parafraseando Heidegger, coloca que o acolhimento não pode ser alcançado sem rigor reflexionante.

Encontro em Heidegger (1998a) que o mundo da presença é mundo compartilhado com os outros, assim ele destaca:

Esse modo de encontro mundano mais próximo e elementar da presença é tão amplo que a *própria* pre-sença nele, de *saída*, já 'encontra' a si mesma, *desviando o olhar* ou nem mesmo *vendo* 'vivências' e 'atos'. A pre-sença encontra, de saída, 'a si mesma' naquilo *que* ela empreende, usa, espera, resguarda - no que está imediatamente à mão no mundo circundante em sua *ocupação*. (HEIDEGGER, 1998a, p.170).

Desse modo, apesar da maioria dos idosos viverem em um mundo da ocupação, sendo junto ao outro, a preocupação também está presente, na medida em que ela é uma constituição ontológica da presença. Neste sentido, o ser-com também está presente.

De acordo com Heidegger (1998a, p.175): “Mesmo quando cada pre-sença de fato *não* se volta para os outros, quando acredita não precisar deles ou quando os dispensa, ela ainda é no modo do ser-com”.

Compreendi, em alguns discursos, os idosos referenciarem um cuidado a mais de seus cuidadores para com eles:

*Vem, todo mês vem trazer minhas fraldas. (Se refere ao filho) [...] Gérbera também compra esses... DVDs, aí bota, eu assisto. Ela fez um quarto para mim. É, Leonardo (neto) me carregava e colocava no carro dele, aí a gente saía ali em Camaçari mesmo. (Rosa)*

*Meu neto quando vem aqui, é feijão, um bando de coisa. (Violeta).*

**Cravo**, referindo-se aos cuidados da sua esposa para com ele manifestou:

*Ela é quem faz tudo aí, é ela mesmo quem faz as coisas na hora certa. [...] ela quem trás aí. Aí tudo é na mão. [...] Nós tem 39 anos de casado. Eu lembro, é a vida, é isso mesmo, a vida. [...] Eu vou sozinho (Quando questionado sobre como faz para ir ao banheiro), mas elas (esposa e filhas) vão atrás de mim. Ficam com medo de eu cair.*

**Antúrio**, sobre as suas visitas comentou:

*Quando cheguei logo, aí do hospital, um bando de gente estava aqui, Ave Maria! Veio o diretor da escola de minha filha [...]*

Assim, mesmo compreendendo e abarcando o mundo de uma forma imprópria, esses idosos estão não só no modo do cuidado, como também no modo da cura, na medida em que não estão o tempo todo na impropriedade. Em alguns momentos, a presença pode se manifestar de outra forma, na estranheza e angústia, e assumir um poder ser mais próprio.

Somos ôntico e ontológico, estamos no cuidado e na cura. “O ser que preenche o significado do termo cura, é aquele que precede a si mesmo em sua possibilidade mais própria”. (HEIDEGGER, 1998a, p.299).

Nesse ponto **Açucena** e **Violeta** colocam:

*É, Alagoinhas, eu vou para lá para ver se melhora. Só, sozinha. Porque minha menina mora lá. E ela é muito boazinha. (Violeta).*

*Não vou dar nada a ele, eu tenho os meus filhos para deixar. O que eu tenho é de meu pai. Então ele (o esposo), já era. (Neta interrompe um pouco). Eu tô ansiosa que o advogado tá demorando. Mas eu queria logo, pra ele sair da minha casa. Ele aproveitou que eu fiquei quatro meses no hospital. Aí é que ele aproveitou-se e entrou lá em casa. O advogado disse que vai tirar ele na raça, eu não quero nem ver. Açucena.*

Assim, principalmente nos discursos dessas idosas, compreendi que, mesmo com dificuldades, há momentos de propriedade, quando tentam retomar as suas vidas.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta tese, busquei a compreensão dos modos de ser do idoso com sequela de AVC, sendo cuidado no domicílio pela família. Para isso, procurei ouvir os idosos dependentes, a partir deles mesmos, no sentido da compreensão e do jeito de ser de cada um.

Como vivemos em um círculo hermenêutico, estamos sempre dando sentido a ser, em um movimento de estímulos e respostas. Portanto, ao estar com esses idosos, compreendi seus modos de ser, contudo não em uma totalidade, pois eles podem se mostrar de forma diferente, a cada momento. Apresentaram-se a mim, portanto, em um dado momento da sua existência, de acordo com o que vivenciaram até ali, e com o quê estavam vivenciando, uma vez que o modo de ser torna-se diferente a cada momento, sendo isso o que marca o tempo.

Em nosso cotidiano, estamos sempre dando respostas as demandas do mundo, como essas demandas estão sempre mudando, é importante estarmos na atualização, lançando-se em possibilidades.

Entretanto, no nosso dia-a-dia vivemos na decadência, muito mais impropriamente do que propriamente. Passamos de um modo para outro, através da estranheza e da angústia. Nesse momento, podemos rever nossos modos e nos recolocar diante de outras possibilidades.

Ao entrevistar esses idosos, compreendi que eles vivenciam o seu cotidiano muito mais impropriamente, como seres meramente presentes, a partir do momento em que vivências passadas, relações familiares, posturas diante do mundo, maneiras de se portar diante das situações, apoio ou não de serviços formais de atenção, são elementos importantes que estão presentes na historicidade dessas pessoas e as influenciam nos seus modos de ser.

Nesse contexto, é certo que a estrutura familiar e pessoal, a condição financeira, o nível educacional e a própria localização e a extensão do AVC estão presentes nessas experiências de vida. Assim, compreendi que um bom nível econômico e educacional e uma boa relação familiar, são fatores que influenciam em

uma postura positiva, diante da vida e das suas demandas.

Neste sentido, ter boa condição econômica facilita a possibilidade de acesso aos bons serviços de apoio, além do lazer, que conduzem a uma postura positiva da vida, diante da possibilidade de se vivenciar várias experiências agradáveis.

Infelizmente, apesar de, desde a Política Nacional do Idoso em 1994, vários outros documentos terem surgido no sentido de melhorar a vida dessas pessoas, ainda existe grande lacuna no que se refere ao idoso dependente no domicílio. A família, muitas vezes sem estrutura, acaba por arcar com essa responsabilidade, de forma integral.

Sobre isso, compreendi que, através da temporalidade, cada ser tem a sua historicidade, construída de modo muito pessoal. Desta forma, conflitos podem surgir quando se co-habita um domicílio com muitas gerações. A convivência intergeracional é algo bastante comum em nossa realidade. Nesse sentido, muitos idosos dependentes passam a morar com filhos, irmãos e outros familiares, o que colabora com a redução da sua autonomia.

Nesta tese, observei que a redução da autonomia, é uma escolha da presença. Assim, a limitação e as poucas opções, podem levar alguns idosos a se acomodar nessa situação, permitindo que o outro assuma seu lugar na tomada de decisões.

A convivência desses idosos com seus cuidadores era, na maioria das vezes, pautada no manual, na ocupação com roupas, alimentação, higiene, entre outros, estabelecendo-se uma relação de ser-junto, na qual não havia, ou havia pouco espaço para que esse idoso se colocasse. A presença faz as suas escolhas pautada em um leque de possibilidades. Muitos desses idosos escolhem mostrar-se calados, isolados ou agressivos, com o seu cuidador.

Outro aspecto foi a falta de atividades, situação presente em todos os discursos. Tal necessidade, mostrou-se sempre presente e, a sua falta, ligava esses idosos a todo momento, ao passado, mantendo o vigor de ter sido impróprio e fechado às novas possibilidades, como se o seu tempo e suas possibilidades de ser, estivessem ficado em um passado cronológico, pontual. A experiência da atividade é importante, pois quando ela é experimentada, o tempo desvela-se.

Apesar de em muitos Centros Sociais Urbanos e em outros locais como

Universidades, Grupos de Convivência, entre outros, existir algumas atividades, direcionadas aos idosos, elas estão focadas, muito mais, no idoso saudável. Além disso, compreendi, nesta pesquisa, que as dificuldades maiores estão no sair de casa, pela falta de estímulo e dificuldades para o deslocamento.

Esta tese fez-me, também, compreender que muitos comportamentos assumidos pelos idosos, vêm da dificuldade de realizar a atualização, diante da demanda de mundo, preferindo os idosos permanecer no esquecimento e na impropriedade.

Sendo assim, acredito que os profissionais de saúde têm papel importante junto a esses idosos e aos seus cuidadores, no sentido de orientá-los e ajudá-los a buscar outras alternativas, encarando a dependência, não como doença, mas como uma nova possibilidade de ex-sistir. Além disso, os profissionais de saúde têm um importante papel no sentido de discutir essas questões, levando a formação de políticas públicas para atender esta população, não só no sentido dos cuidados básicos, mas, também, na oferta de apoio às dificuldades de adaptação dos idosos, com sequela de AVC, a essa nova realidade e a seu cuidador.

Outro ponto importante para ser colocado, é a necessidade do desenvolvimento de pesquisas, nessa área, que venham embasar as políticas públicas. Investigações dessa temática, ainda, são recentes e, infelizmente, na maioria das Universidades, ela ainda não integra os currículos da graduação, nem as linhas de pesquisa da Pós-Graduação.

Voltando meu olhar para o objeto de estudo, as unidades de significado e as unidades de significação, compreendi que o idoso com sequela de AVC, e alguma dependência dos familiares no domicílio, apresenta um modo de ser que nem sempre é compreendido pelos familiares ou profissionais de saúde, que ocorre a partir da temporalidade de cada um. Assim, construí a tese de que a temporalidade do idoso é diferente da temporalidade do cuidador e das outras pessoas que o cercam.

Assim, é preciso compreender os modos de ser de cada um, sem julgamentos prévios, direcionando a atenção para o cuidado e a cura. Sendo importante para isso, um movimento efetivo de acolhimento de si e do outro.

## REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A.M.: **Tendo que cuidar**: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2004.

ALVES, L.C., LEITE, I.C., MACHADO, C.J.: Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, Aug. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 mar. 2009.

ANDRADE, O.G.: **Cuidado ao idoso com sequela de acidente vascular cerebral**: representações dos cuidadores principais. 1996. 177f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem. Universidade São Paulo. 1996.

\_\_\_\_\_: **Suporte ao sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral, a partir de uma perspectiva holística de saúde**. 2001. 224f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem. Universidade São Paulo. 2001.

ANDRÉ, C. **Manual de AVC**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

ANDRES-PIZARRO, J.; Desigualdades en los servicios de protección de la dependencia para personas mayores. **Gac Sanit.**, Barcelona. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000400020&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400020&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 30 mar. 2009. Pré-publicação.

ATKINSON, L.M., MURRAY, M.E. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan. 1989

AYRES, J.R.C.M: O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, set-dez. 2004.

BARRETO, M.L. **Admirável mundo velho**: velhice, fantasia e realidade social. São Paulo: Ática, 1992.

BELAS, A.O: Dinâmica demográfica baiana: tendências gerais e diferenciações internas. In: **Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia**. Bahia 2000. Salvador: SEI, 1999

BERGER, L., POURRIER, D.M. **Pessoas idosas**: uma abordagem global. Processo de enfermagem por necessidades. Tradução por Maria Andrade Madeira e outros. Luso didacta São Paulo-SP. 1996.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE. BVS. Disponível em <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em 24 ago 2007.  
BOCCHI, S.C.M: Vivenciando a sobrecarga de vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. **Rev. Latino- Americana de Enfermagem** v.12, n.1, Ribeirão Preto, jan/fev, 2004

BOEMER, MR: A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, , v.2, n.1, Ribeirão Preto, jan, 1994

BOFF, L. **Saber Cuidar**. Ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis, Vozes. 1999

BRASIL. **Lei no. 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. DF, 05 de janeiro de 1994. Disponível em [http://www.sbgg.org.br/profissional/legislacao/lei\\_idoso.pdf](http://www.sbgg.org.br/profissional/legislacao/lei_idoso.pdf). Acesso em 19 jul. 2007.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 249**, de 12 de abril de 2002. Aprova as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e da outras providências. DF. 13 de abril de 2002. Disponível em <<http://www.fonosp.org.br/publicar/conteudo2.php?id=303>>. Acesso em 19 de jul. 2007

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria. nº 702** , Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso; no. 738 . Inclui na Tabela do SIH/SUS procedimentos para a Assistência Domiciliar Geriátrica; no. 249. - Estabelece as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. De 12 de abril de 2002. DF 18 de abril de 2002. Disponível em :<[http://www.fesehf.org.br/circulareshtml2002/circular\\_085.htm](http://www.fesehf.org.br/circulareshtml2002/circular_085.htm)>. Acesso em: 19 de jul. 2007

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. DF, 02 de outubro de 2003. Disponível em <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/listapublicacoes.action?id=237486>>. Acesso em 19 jul. 2007.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO: **Banco de Teses** CAPES Disponível em <http://servicos.capes.gov.br/capesdw/>. Acesso em 27 de março de 2007.

\_\_\_\_\_.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ANVISA**. No. 11 de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção

Domiciliar.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.DF. 23 de fevereiro de 2006. Disponível em <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=21812&word>>. Acesso em 19 de jul. 2007

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 2.528** de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. DF, 20 de outubro de 2006. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>. Acesso em 19 jul. 2007.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE: DataSUS: **informações de saúde**, 2004. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/datasus/datasusphp>. Acesso em 01 de dezembro de 2005.

\_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . **Censo 2007**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em 01 de dezembro de 2007.

\_\_\_\_\_: **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, 2004 - 2005, Disponível em <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em 01 de dezembro de 2005.

BRITO, E.S., RABINOVICH, E. P.: Desarrumou tudo! O impacto do acidente vascular encefálico na família, **Saude soc.** v.17 n.2 São Paulo. Apr./June 2008.

CALDAS, Célia Pereira: A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. **Textos sobre envelhecimento**, v.3, n.4, Rio de Janeiro. jul, 2000.

\_\_\_\_\_: Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.19, n. 3, mai/jun, 2003.

CANGUILHEN, G.: **O normal e o patológico**. Trad.: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2007.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e ciências humanas**. Londrina: UEL, 1996.

CARVALHO, A S.: **Metodologia da entrevista**: uma abordagem fenomenológica, 2 ed. Rio de Janeiro: AGIR,1991.

CARVALHO, J.A.M, GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico, **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.3, Rio de Janeiro, 2003.

CLARKE, P, MARSHALL, V, BLACK, S.E, COLANTONIO, A. **Well-Being After Stroke in Canadian Seniors**: Findings From the Canadian Study of Health and Aging. Disponível em <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/33/4/1016>. Acesso em: 22 ago. 2007.



COLLIÉRE, M.F.: Cuidar no domicílio ... um desafio a enfrentar. In COLLIÉRE, M.F.: **Cuidar... a primeira arte da vida**. 2. ed. Lourdes, Portugal: Lusociência. 2001.

CORDINI, K.L., ODA, E.Y., FURLANETTO, L.M.: Qualidade de vida de pacientes com história prévia de Acidente Vascular Encefálico: observação de casos. **J. Bras. Psiquiatria**. v.54, n.4, São Paulo, 2005.

CRUZ, D.A.L.M : Desesperança e impotência frente à dependência. In: DUARTE, Y.A.O., DIOGO, M.J. E. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2005.

CUPERTINO, A.P.F.B, ROSA, F.H.M.; RIBEIRO, P.C.C.: Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.20, n.1, Rio Grande do Sul, 2007.

CURIATI, J.A.E ; ALENCAR, Y.M.G. Nutrição e envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. N.; CARVALHO FILHO, E.T. **Geriatrics**: fundamentos, clínica e terapêutica, São Paulo: Atheneu, 2000.

DASTUR, F.: **A questão do tempo em Heidegger**. Instituto Piaget. 1990.

DIOGO, M.J.E, PASCOAL, S.M.P., CINTRA, F.A.: Avaliação global do idoso. In: DUARTE, Y.A.O, DIOGO, M.J.E.: **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2005.

DUARTE, Y.A.O, DIOGO, M.J.E.: **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2005.

DUARTE, A.: Heidegger e a linguagem: do acolhimento do ser ao acolhimento do outro. **Natureza Humana**, v.7, n.1, São Paulo, jan-jun, 2005.

DUARTE, Y. A.O., LEBRÃO, M. L, LIMA, F. D.: Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v.17, n.5/6. 2005.

\_\_\_\_\_, Y.A.O., ANDRADE, C.L, LEBRAO, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. esc. enferm. USP** , São Paulo, v. 41, n. 2, 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000200021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200021&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Ago 2008. doi: 10.1590/S0080-62342007000200021.

DUTRA, E: A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos de psicologia**. 7(2), Natal: UFRN, 2002.

FERREIRA, A.M.C.: A finitude do tempo em Heidegger. In: **Filosofia e Consciência social**. Salvador: Quarteto, 2003.

\_\_\_\_\_: **A linguagem originária**. Salvador: Quarteto, 2007.

FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R.: Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, jul-ago, 2004

GAGLIARDI, R.J., RAFFIN, C.N., FÁBIO, S.R.C.: **Projeto Diretrizes**: Tratamento da fase aguda do AVC. São Paulo: Academia Brasileira de Neurologia, 2001. 21 de julho de 2001. Disponível em :  
<[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/010.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/010.pdf)>.

GALEFFI, D.A.: O que é isto? – A fenomenologia de Husserl? **Ideação**. Feira de Santana, n.5. jan/jun. 2000.

GARRIDO, R, MENEZES, P.R.: Impacto de cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico: **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.6, São Paulo, dez, 2004

GAVIÃO, A.C.D.: Aspectos psicológicos e o contexto familiar. In: DUARTE, Y.A.O., DIOGO, M.J.E.: **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico, São Paulo: Atheneu, 2005.

GEORGE, L.K.: Fatores sociais e econômicos relacionados aos transtornos psiquiátricos no idoso. In: BUSSE, E.W., BLAZER, D.G. : **Psiquiatria geriátrica**, 2.ed. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

GIACOMIN, K.C., UCHOA, E., LIMA-COSTA, M.F.F.: Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saúde Pública** v.21 n.5 Rio de Janeiro set./out. 2005.

GMEINER, C. N. **A Morada do Ser**- Uma abordagem filosófica da linguagem na leitura de Martin Heidegger. São Paulo: Edições Loyola, **1998**.

HEIDEGGERa, M.: **Ser e Tempo**. Parte I. Trad. Márcia de Sá Cavalcante, Petrópolis: Vozes, 1998.

HEIDEGGERb, M.: **Ser e Tempo**. Parte II. Trad. Márcia de Sá Cavalcante, Petrópolis: Vozes 1998.

HEIDEGGER, M.: **Los problemas fundamentales de la fenomenologia**. Trad. Juan José García Norro. Madrid, 2000.

HOOD, G.T., DINCHER, J.R.: **Fundamentos e prática da enfermagem**: atendimento completo ao paciente. 8. ed. Tradução por: Regina Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

INWOOD, M.: **Heidegger** . Coleção Mestres do Pensar. Trad. Abigail Ubirajara Sobral. São Paulo: Loyola. 2000.

JARZEBSKA, E.: Stroke patients apathy. **Pol Merkur Lekarski**, Polônia, v.22, n.130, apr, 2007. (abstract).

KARSCH, U.M.: Idosos dependentes: familiares e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, Rio de Janeiro, jun, 2003.

KNOBEL, E: **Condutas no paciente grave**, 2. ed, São Paulo: Atheneu, 1998.

LACERDA, A, VALLA, V.V: As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R, MATTOS, R.A. (org): **Cuidado: as fronteiras da integralidade**, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

LACERDA, M.H.: **Tornando-se profissional no contexto familiar** – Vivência de cuidado da enfermeira. 2000. 222f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. 2000.

LAURENTI, R: Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil. In: RAMIRES, J.A.F., CHAGAS A.C.P. (org): **Panorama das doenças cardiovasculares no Brasil. Tratado de cardiologia**. São Paulo: Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. 2005.

LEBRAO, M.L., LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.** , São Paulo, v. 8, n.2, June 2005. Disponível em:  
<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2005000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 Nov. 2008.

LIMA, A.M.M., NEMES FILHO, A., RODRIGUES, E., TEIXEIRA, R.R.: Saúde no envelhecimento. In: **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC.1996.

LIMA COSTA, M.F.F., GUERRA, H. L., FIRMO, J.A.O., UCHOA, E.: Projeto Bambuí: estudo epidemiológico de características sócio-demográficas, suporte social e indicadores de condições de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. **Informe Epidemiológico do SUS**. v.11, n.2, 2002.

LINDGREN, I.R.P.T, JÖNSSON, A.C, NORRVING, B., LINDGREN, A: **Shoulder Pain After Stroke: A Prospective Population-Based Study**. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/38/2/343>. December 21, 2006. Acesso em 05/09/07.

LUGGER K.E.: Dysphagia in the elderly stroke patient, **J. Neurosci Nurs** v.26, n.2, Glenview, US, Apr, 1994.

LOTUFO, P.A.: Doenças cardiovasculares no Brasil. In: RAMIRES, J.A.F., CHAGAS A.C.P. (org): **Panorama das doenças cardiovasculares no Brasil. Tratado de**

**cardiologia.** São Paulo: Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. 2005.

MACEDO, R.S: **A etnopesquisa crítica e multireferencial nas ciências humanas e na educação.**, 2 ed, Salvador: EDUFBa, 2004.

MACHADO, Ângelo: **Neuroanatomia funcional**, 2 ed, São Paulo: Atheneu, 2002.

MALERBO, M.B., PELÁ, N.T.R.: **Apresentação escrita de trabalhos científicos**, Ribeirão Preto: Holos, 2003.

MARQUES, S., RODRIGUES, R.A.P., KUSUMOTA, L.: Cerebrovascular accident in the aged: changes in family relations. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.14, n.3, Ribeirão Preto, mai/jul, 2006.

MASSARO, A., OLIVEIRA-FILHO, J.: Neurointensivismo do acidente vascular cerebral isquêmico agudo. In CRUZ, J. (org): **Neurointensivismo**. Série Clínica Brasileira de Medicina Intensiva. São Paulo: Atheneu . 2003.

MELO, V.L., CUNHA, J.O.C., FALBO NETO, G.H.: Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292006000500006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000500006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 15 maio 2007.

MENDES, W.V.: **Assistência domiciliar**: uma modalidade de assistência para o Brasil. 2000. 75f. Dissertação (mestrado em saúde Coletiva).- Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 2001.

MENEZES, M.R.: **Da violência velada à violência silenciada**: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso. 1999. 385f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Ribeirão Preto.1999.

\_\_\_\_\_, OLIVEIRA, N.A., PEDREIRA, L.C., SANTOS, E.C., DIAS, M.L.: A violência doméstica contra o idoso identificada em um programa de assistência domiciliar: estudo de caso, **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v.8, n.2, 2008; Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a17.htm>>.

MENÉNDEZ, J., GUEVARA, A., ARCIAN, L.D., MARIN, C., ALFONSO, J.C.: Enfermidades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: erstudio comparativo en siete Países de America Latina y el Caribe. **Rev. Panam Salud Pública**, v.17, n.516. 2005.

MINAYO, M.C.S., COIMBRA J.R.C.E.A: Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M.C., COIMBRA J.R.C.E.A. (org). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

NAKAMURA, N.A.: Avaliando a função de comunicação no atendimento domiciliário ao idoso. In: DUARTE, Y.A.O, DIOGO, M.J.E.: **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2005.

NERI, AL (org) et al: **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e sociais, Campinas: Alínea, 2002.

NOGUEIRA, R.P. An existential analysis of helth. **Interface- Comunic. Saúde, Educ.**, v.10, n. 20, jul/dez, 2006.

\_\_\_\_\_: Stress and suffering: In a Heideggerian interpretation. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, abr./jun. 2008.

PARAHYBA, M.I., VERAS, R., MELZER, D.: Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.3, São Paulo, jun.2005.

PASCHOAL, S.M.T.: Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M.: **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada, São Paulo: Atheneu, 1996.

PAVARINI, S.C.I., NÉRI, A.L.: Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y.A.O, DIOGO, M.J.E.: **Atendimento Domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu. 2005.

PEDREIRA, L.C.: **Ser-Idoso**: vivência de internação em unidades de terapia intensiva. Salvador. 2000. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2000.

PERLINI, N.M.O.G, FARO, A.C.M.: Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.39, n.2, São Paulo, 2005.

PERDIGÃO, A.C.: A ética do cuidado na intervenção comunitária e social: Os pressupostos filosóficos. In: **Análise psicológica** . v.4, n.XXI. Lisboa, 2003,

PIRES, S.L., GAGLIARDI, R.J., GORZONI, M.L.: Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**. v.62, n.3b, São Paulo, set. 2004.

PRIETO-FLORES, M.E., FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., ROJO-PÉREZ F., LARDIÉS-BOSQUE, R., RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, V., AHMED-MOHAMED, K. et al . Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid: 2005. **Rev. Esp. Salud Publica**. [periódico na Internet]. 2008 Jun [citado 2009 Maio 18] ; 82(3): 301-313. Disponível em:  
<[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-)

57272008000300006&lng=pt&nrm=iso>.

RABELO, D.F., NÉRI, A.L.: Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. **Estudos de psicologia**, v.10, n.3, Campinas, set.-dez, 2005.

\_\_\_\_\_: Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. **Estudos de psicologia**. v.11, n.2. Universidade Estadual de Campinas. 2006,

RAMIREZ, M.H.: **Condições de vida e saúde de idosos com acidente vascular cerebral**. 2004. 191f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Universidade São Paulo. 2004.

RODRIGUES, R.A.P. et al: Política Nacional de Atenção ao idoso e a Contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.16, n.3, Florianópolis, 2007.

ROSS, G.W., PARIS, R, PETROVICH, H.: Controle e Prevenção de Acidente Vascular cerebral. In: GALLO, J.J. et al: **Assistência ao Idoso**: Aspectos clínicos do envelhecimento. 5ª ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

SAFRANSKI, R: **Heidegger**: Um mestre da Alemanha entre o bem e o mal, São Paulo: Geração Editorial, 2000.

SCHELP, A.O., COLA, P.C, GATTO, A.R., SILVA, R.G., CARVALHO, L.R. : Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.62, n.2-B. São Paulo, 2004.

SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE: SCIELO. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?lng=pt>>. Acesso em 27 de março de 2007.

SILVA, A.S., PINTO, J.M. (org): Uma visão global sobre as ciências sociais. In: **Metodologia das ciências sociais**.11. ed, 2001.

SILVA, M.J., VARELA, Z.M.V: O conceito de adaptação na terceira idade: uma aproximação teórica. **Arquivos de geriatria e gerontologia**. v.3, n.1,1999.

SILVEIRA, T.M., CALDAS, C.P., CARNEIRO, T.F.: Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.8, Rio de Janeiro, ago, 2006.

SMELTZER, S.C., BARE, B.G.: **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOARES, J.C.R., CAMARGO JUNIOR, K.R.C.: A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. v.11, n.21, jan/abr 2007.

SOKOLOWSKI, R: **Introdução à fenomenologia**. Trad. Alfredo de Oliveira Moraes, São Paulo: Loyola, 2000.

SOUZA, A.S., MEIRA, E.C., NERI, I.G., SILVA, J., GONSALVES, L.H.T.: Fatores de risco de maus tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. **Textos sobre envelhecimento**, v.7, n. 2, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <[www.unati.uerj.br](http://www.unati.uerj.br)>. Acesso em 22/08/05.

TERRA, M.G, SILVA, L.C., CAMPONOGARA, S, SANTOS, E.K.A., SOUZA,A.I.J., ERDMANN,A.L.: Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v.15, n.4, Florianópolis, out/dez, 2006.

TIMONE, G.: Acidente Vascular Cerebral. In: PAPALÉU NETTO, M., BRITO, F.C.: **Urgências em Geriatria**, São Paulo: Atheneu, 2001

TERRONI, L.M.N.et al. : Depressão pós-AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 4, 2003 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302003000400040&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000400040&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Mar 2008.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Banco de Teses/Dissertações. Disponível em <http://www.teses.usp.br/>. Acesso em 17 de abril de 2007

VERAS, R.: **País jovem com cabelos brancos**: A saúde do idoso no Brasil, Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

VIANA, A.L.; DAL POZ, M.R.: A reorganização do sistema de saúde brasileiro e o programa de saúde da família. **Physis.**, Rio de Janeiro. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 mai 2007.

VOGEL, F.S.: Neuroanatomia e neuropatologia do envelhecimento. In: BUSSE, E.W. BLAZER, D.G. **Psiquiatria geriátrica**, 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

WALDOW, V.R.: **O cuidado na saúde**: As relações entre o eu, o outro e o cosmos, Petrópolis: Vozes, 2004.

WARSHAW, G.A.: A reabilitação e o idoso, in: REICHEL W.: **Assistência o idoso**: aspectos clínicos do envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

WERLE, M.A.: A angústia, o nada e a morte em Heidegger. **Trans/Form/ Ação**, São Paulo, v.26, n.1, 2003.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) Senhor(a)

Eu, Larissa Chaves Pedreira, enfermeira, portadora do CIC 542895485.04, RG 4216655, cujo telefone de contato é (71) 99718301, vou desenvolver uma pesquisa cujo título é: *Modos de ser do idoso com sequela de acidente vascular cerebral: cuidado familiar*.

O objetivo deste estudo é de compreender os *modos de ser do idoso com sequela de AVC que é cuidado no domicílio pela família*, e necessito que o Sr.(a). forneça informações a respeito do que significa para o Sr<sup>(a)</sup>, na sua condição de saúde, ser cuidado por familiares no domicílio?

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, e constará apenas de uma pergunta, que deverá ser respondida sem minha interferência ou questionamento, e que não determinará qualquer risco ou desconforto.

Sua participação não trará qualquer benefício direto, mas proporcionará um melhor conhecimento a respeito dos modos de ser do idoso cuidado no domicílio por familiares, que poderá melhorar o cuidado domiciliar a estas pessoas, seja este oferecido por um cuidador familiar ou profissional de saúde. Não existe outra forma de obter informações para essa pesquisa e que possa ser mais vantajosa.

Informo que o Sr (a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, situado na Rua Augusto Viana, Canela, ao lado da Reitoria, em Salvador - Ba., fone: (71)339-6228.

Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição

Garanto que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes.

O Sr (a) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais



das pesquisas e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação.

A coleta de dados será realizada através de entrevista gravada com uma questão norteadora, que será marcada de acordo com sua disponibilidade. Caso não queira continuar com a entrevista, esta poderá ser interrompida, podendo ser remarcada para outra data de interesse.

Após o término ou durante a realização da entrevista, o Sr (a) poderá ouvi-la e, se for de interesse, fazer qualquer alteração na sua fala.

Em anexo está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso concorde em participar, e não tenha ficado qualquer dúvida.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficiente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: *Modos de ser do idoso com sequela de acidente vascular cerebral: cuidado familiar.*

Eu discuti com a pesquisadora sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro, também, que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado (a)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome:

Endereço:

RG.

Fone: ( )



Impressão dactiloscópica

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) pesquisador (a)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE B

### CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

#### 1. Identificação

Sexo

Idade

Estado civil

Escolaridade

Religião

Profissão

#### 2. Condições de saúde

Tempo do incidente

Outras patologias

Seqüelas do AVC

Capacidade para desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida  
diária

#### 2. Estado geral

( ) Emagrecido

( ) Desidratado

( ) Descorado

( ) Desnutrido

( ) Higiene comprometida

( ) Presença de lesões na pele

( ) Obstipação

( ) Secreção

( ) Presença de fungos

( ) Incontinência urinária

Outras queixas \_\_\_\_\_

3. Alimentação

( ) V.O      ( ) V.O com ajuda      ( ) Sonda      ( ) Mamadeira

4. Eliminação

( ) Fralda      ( ) Banheiro      ( ) Banheiro com ajuda      ( ) Dedo de

luva

5. Condição social

O domicílio é adaptado á condição do idoso? \_\_\_\_\_

Presença de escadas \_\_\_\_\_

No. de cômodos \_\_\_\_\_

Presença de saneamento \_\_\_\_\_

Iluminação elétrica \_\_\_\_\_

Ventilação do domicílio \_\_\_\_\_

Higiene geral do domicílio \_\_\_\_\_

Local que dorme \_\_\_\_\_

Quantas pessoas habitam o domicílio \_\_\_\_\_

Grau de parentesco \_\_\_\_\_

Sustento do idoso \_\_\_\_\_

Atividade de lazer \_\_\_\_\_

Recebe visita \_\_\_\_\_

Tem convívio social \_\_\_\_\_

**QUESTÃO NORTEADORA DA ENTREVISTA**

Como é para o senhor (a), na sua condição de saúde, ser cuidado (a) no domicílio pela família?

## APÊNDICE C

### TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

**ROSA**

**Como é para a senhora, nessa condição de saúde, ser cuidada no domicílio pela família?**

É triste minha filha, porque eu tenho que botar um óculos, tomar um banho, eu tenho que pedir a Lú. Ela é quem bota meu banho e me leva na cadeira de roda. **Pausa.** Para tomar um banho, e me dar de comer, ela é quem me dá na boca. **Ela parece se emocionar fecha a boca e treme esta, coisa que sempre faz quando em alguma situação de emoção ou constrangimento, por exemplo, quando a filha, na sua frente, se queixa da labuta que é prestar diariamente a sua assistência.**

**Fica nessa dependência...**

É, eu fico dependendo dos outros.

**Sim, mas no dia-a-dia, como a senhora se sente?**

Olha assim, é deitada ou sentada aqui nessa cadeira. Na cadeira de roda que fica aqui, que passo a perna, aliás Geo, **filha**, me pega, que coitada, não pode pegar peso, e me pega e me bota na cadeira e me leva até a mesa para eu tomar meu café.

**E a senhora, consegue fazer alguma coisa?**

Nada, nada posso, tudo dependo da minha mão direita, **mão com paresia.** Tudo escrevo com a mão canhota. Pra me pegar, pra ir ao banheiro, é duas pessoas ou uma, no caminho eu peço: gente, me leve pra o banheiro.

**Na hora que a senhora quer, a senhora pede.**

Eu peço, ai Geo me leva. **Pausa.** Ela olha para a TV onde está passando a novela

com ar meio sem graça, como que envergonhada.

**E a senhora consegue fazer alguma coisa com essa mão? Coisas do dia-a-dia.**

Não, não faço nada. Somente só para eu pegar a xícara assim, para botar na boca, com a mão esquerda. **Mostra com gestos, pegando uma xícara e aproximando na boca com a mão esquerda de forma insegura e trêmula. Faz uma pausa.**

**E quando a senhora se alimenta, a senhora pega ou alguém ajuda?**

Às vezes botam na minha boca, e às vezes eu pego de colher e boto na boca.

**E como à senhora prefere, fazer o esforço ou alguém para ajudar? Mostra como segura com a mão esquerda.**

A mão direita é teimosa, eu pego assim. **Mostra de novo de modo trêmulo e inseguro.**

**Como a mão fica teimosa?**

Ela fica assim, bulindo.

**Sim, e aí a senhora pega.**

Eu pego assim. **Mostra como é.**

**E as coisas do dia-a-dia, como a senhora faz?**

Eu prefiro que me ajudem no dia-a-dia, viu, que Geo é quem me ajuda. Ela me dá o suco, eu ponho assim de duas mãos e vou bebendo.

**E como fica para a senhora esse dia-a-dia de alguém estar ajudando?**

Fica uma tristeza. **Emociona-se, o que aparenta tanto na expressão como na voz.** Mas são coisas que não se pode evitar. Se eu pudesse, já teria evitado para dar um descanso a ela. **Fala com voz de emoção, como se sentisse um fardo para a filha. Pausa.** Tem hora que ela já está aborrecida, de eu perguntar as coisas a ela. Ela se aborrece mesmo, eu digo: - Ô minha filha, eu não tô querendo contribuir com sua tristeza. Não tenho culpa que você tá triste, zangada, por que...

**A filha interrompe justificando-se. Essa, durante a entrevista, apesar de nos deixar a sós, permanece por perto. Nesse momento, justifica a ausência dos outros filhos e Rosa consente tudo o que ela fala como movimentos da cabeça. A filha continua queixando-se da labuta diária que é a sua vida, e Rosa só olha com expressão de emoção, fechando e tremendo a boca. Os outros filhos não são constantes. Depois a filha se retira. Mas aí é a milícia de todo dia, se eu vejo ela, coitada, se lastimando e sozinha para lavar a roupa. A máquina dela de lavar queimou, ela não pode se movimentar, ela lava aqui, mas é de noite, e estende aí, para de manhã tirar.**

**E os outros filhos da senhora?**

Cada um tomou seu rumo, só tem um que vem aqui todo dia me ver, **pausa**. O que morava comigo.

**Ah, na sua outra casa. É o que trouxe o peixe?**

Não, esse é o que mora na ilha, é aposentado.

**E ele vem aqui?**

Vem, todo mês vem trazer minhas fraldas.

**E quando está todo mundo aqui, da família?**

É uma raridade reunir todo mundo. Dia de domingo, eu às vezes tô sentada aqui e vem à menina daí da.... Vêm os netos.

**Concerta-se na poltrona, e eu pergunto se quer arrumar o travesseiro que está nas costas. Ela responde que não. Depois, faz uma pausa.**

**Sim, ai vem à filha de Camaçari e reuni todo mundo.**

Reuni os netos que ela trás. Os netos filho do filho dela. É somente... Besteira.

**E a senhora sai?**

Pra sair é um sacrifício minha filha. Pra eu sair é um inferno. **Rosa mora em um local de difícil acesso, para chegar a sua casa tem que subir escada.** Precisa

que venha aqui, não tem quem carregue, ele me leva até o portão ai me pega e bota na ambulância.

**Quem?**

Gil.

**Quem é Gil?**

É meu filho que vem.

**Ah, sim, o que mora lá na casa? Na casa que ela morava antes do episódio de AVC.**

É na minha casa.

**Sim, aí ele vem aqui ajudar.**

É quem me tira daqui e leva na ambulância, **fala com dificuldade de articular as palavras por conta do AVC**, e onde eu tenho que satar. Geo vai com o chofer. Ai vai.

**Isso quando a senhora tem que fazer exame com a ambulância, mas e outras saídas?**

Eu não saio para canto nenhum. Eu não ando, só na cadeira de rodas. **A filha entra para me oferecer uma coca cola e depois sai.**

**Como é andar na cadeira de rodas?**

É ruim, é cada tombo que a gente toma.

**E quando a senhora sai para fazer exame, leva a cadeira de rodas?**

Eu vou na ambulância, no carro que meu filho trás e eu pego aí na frente.

**E quando chega ao lugar?**

Ou eu salto, ou o enfermeiro vem tirar o sangue no carro mesmo. Mas Geo sempre me acompanha.



**E fora os exames, o que a senhora costuma fazer?**

Depois me venho embora para casa.

**E no dia-a-dia em casa?**

Fico sentada, me distraíndo com a TV. **Pausa.**

**A senhora gosta dessa novela?**

Eu gosto, tem novela das boas. Geo também compra esses... DVDs, aí bota, eu assisto. Me distrai a mente, que minha mente não fica parada. **Pausa. A filha chega e pergunta se pode se intrometer. Explica que a mãe em Camaçari, cidade do interior a qual ela passou uns tempos com a outra filha enquanto Gerbera reformava a casa para fazer um quarto para ela, passeou, mas com o problema da perna, a lesão, que, segundo a filha, piorou, ela teve que buscá-la.** Ela fez um quarto para mim. Aí meu filho veio e me trouxe. Aí o carro me levou até a porta. **A filha fala de alguns passeios que ela fez no interior e sai.**

**Como foi o passeio na igreja em Camaçari?**

A igreja eu fui a pé, na cadeira de roda, enquanto minha filha empurrava a cadeira.

**A casa é plana?**

A casa é plana, mas pra chegar na igreja sobe ladeira. Mas dava pra ir. **A filha chega e fala de outros passeios que a mãe fez, como na churrascaria. Rosa ouve sem interferir.** É, Delfim me carregava e colocava no carro dele, ai a gente saia ali em Camaçari mesmo.

**Delfim é seu filho?**

Não, é meu neto. A filha fala de outros lugares que ela visitou, enfatiza que lá ela passeia. **Justifica-se que em casa seu filho carregava muito ela, mas que passou a ter dor precordial e não pode mais pegar peso. Nesse momento Rosa fica calada olhando para a filha com cara de choro, a boca se aperta e fica trêmula. A filha continua se lamentando e falando dos sacrifícios que faz pela**

**mãe. Depois a filha sai.** Minha filha também é da igreja de São Bartolomeu.

**Era ela quem cuidava da senhora lá?**

Era ela e minha neta, mas agora minha neta teve neném.

**Então a senhora ganhou mais um bisneto?**

Ai vim me embora, que Geo mandou me buscar.

**E como era o dia-a-dia da senhora lá?**

Nada... Era deitada, eu pedia a elas para me ajudar a ir para a cadeira de rodas. Gau botava uma mesinha assim na varanda. Ai vinha na cadeira de rodas me empurrando. **Não demonstrava estar com saudades de Camaçari.**

**Era ela quem levava a senhora na Igreja?**

Ela me levava para a Igreja e me trazia. **Para e observa um movimento na rua.**

**E aqui, a senhora fica vendo o movimento?**

É, ali o pessoal, as meninas ali junta, e eu fico aqui assuntando.

**E a senhora fica pensando em que, olhando aquele pessoal lá embaixo?**

Na minha vida, que tô prisioneira assim. Tem hora que eu me aborreço e choro, choro, choro. **Se emociona.** Que as lágrimas... Para não me vê chorar.

**E no que a senhora pensa?**

Fico pensando em quem eu era, **pausa**, na minha vida em casa, lavava, engomava, passava roupa ia ver minha filha, ia na casa da outra em Candeias, era um movimento. **Pausa.**

**A senhora morava só com esse filho, né?**

É, só com esse filho e uma neta, é. A neta tem uma filhinha que é Flávia.

**Sua bisneta então.**

É, minha bisneta. **Pausa.**

**E os seus netos? Eles vêm aqui sempre?**

Vem, mas nem sempre. **Pausa.** Aqui dentro de casa, eu sozinha, tô só... Eu sou muito calada. Sempre fui assim, é que fui criada em um convento. Na providência. **Pausa.**

**No convento não se conversa muito.**

É, pra não atrapalhar.

**Então a senhora estudou em um convento.**

É, estudei no convento.

**E saiu de lá pra casar?**

Não, levei um ano em casa. **Pausa, conversamos sobre plantas.**

**A senhora gosta de jogar?**

**A filha interrompe para dizer que compra tudo para ela jogar e ela não quer. Ela fica calada e tento puxar conversa.**

**Aqui ficou bom depois da reforma.**

**A cama dela ficava na sala, e agora Rosa tem um quarto. Também fica mais sentada na varanda.** É, fico sentada, fico deitada. Quando quero, peço a Geo para arriar a cadeira.

**É, quando eu vinha aqui antes, a senhora estava sempre deitada na cama.**

É a cama tava aqui, era do hospital. **Pausa.**

**E como está agora?**

Ah, agora está melhor, fico olhando para a TV.

**Está bom né?**

**Pausa longa.**

**A senhora quer parar?**

Quero, tô cansada.

**CRAVO**

**Me diga Cravo, como é para o senhor, agora na sua atual condição de saúde, ser cuidado pela família em casa?**

Ah, fico aqui mesmo, não faço mais nada. Mais nada não. Porque eu ia e entrava no escritório, ficava e chegavam! – Oi Cravo. **Imita alguém falando com ele** - Cadê, venha cá. Entrava e conversava com o pessoal, ficava vendo as coisas.

**Tinha um movimento né, lá no trabalho.**

É, isso mesmo. Eu lembro das coisas, de tudo, eu lembro, eu lembro. *Depois que fui trabalhar, me levaram. Disseram: - Cravo, leve ele, chame o pessoal. Querendo dizer quando ficou doente, um dos AVCs foi no seu trabalho, o pessoal o levou para casa e chegando lá ele não reconheceu a família.* Quando eu fui, disseram: - Onde é que vai? É aí, suba aí **se referindo as escadas de sua casa**. Aí quando chegou disseram, aí disseram: - É aí mesmo que eu moro. Aí fiquei assim, lerdo.

**Ah, quando o senhor teve o derrame, que o trouxeram para cá.**

Sim.

**Foi no trabalho que o senhor passou mal?**

Foi.

**Sim, aí trouxeram o senhor.**

Trouxeram, aí me levaram a coisa assim. Cheguei tonto, meio tonto, eu tava trabalhando, eu tava trabalhando. Aí eu fiz assim mesmo, eu lembro tudo ainda. **Aparece um neto pequeno e ele o chama para me mostrar, logo depois o neto vai embora.** Eu lembro também das coisas, quando estava o chefe lá, e o pessoal entrava, entrava, saia, saia, entrava: - Ô seu Cravo, tudo bem? Tudo bem.

**Todo mundo lá conhecia o senhor.**

É, depois eu saí e não entrou mais nada na empresa.

**Depois que o senhor saiu, não entrou outra pessoa?**

Não, não. Depois o prédio, sabe que prédio era? O prédio... **Esquece o nome e pergunta a esposa que está dentro de casa. Percebo na verdade, que esta está atrás da porta ouvindo nossa conversa.** – Ô dona Paula, como é que chama ali perto do Comércio? **Ela responde de lá que é no Corredor da Vitória, depois chega e fala que no momento em que ele teve o AVC, foi levado do trabalho para casa. Depois sai para dentro da sala.**

**Então tem 5 anos que o senhor se afastou?**

É, tem 5 anos, eu lembro, eu lembro que eu trabalhava no mesmo lugar. Um prédio altão.

**E agora Cravo, como tem sido o seu dia-a-dia?**

Ah, é assim, entrou pronto, entrou da varanda para casa, eu já tomei banho, depois tomo café, fico aí ouvindo as coisas e tal. O rádio, depois oi, nada não, mais nada. Agora eu preciso fazer as coisas, mas não pode fazer assim porque é...

**Como assim precisa fazer as coisas?**

Hein?

**O senhor falou que agora precisa fazer as coisas e não faz, como assim?**

É, mas eu não posso mais, até o sindicato mesmo, o sindicato, tem umas pessoas que era assim, isso, aquilo outro, depois, saltou fora. **Fala do sindicato que o abandonou no sentido assistencial e financeiro após seu AVC. Ele tem um grande sentimento por isso.**

**Sim, mas e agora, o que o senhor tem vontade de fazer, depois que se afastou do trabalho? Agora que está em casa com dona Palma cuidando do senhor?**

**Como é agora?**

É nada. Não faz nada mesmo. É sentado, toma café, esse negócio. Na hora toma uma merenda, e é assim mesmo, a vida continua.

**E o senhor sai às vezes?**

Aqui não porque é perigoso descer aí. **Sua casa fica no alto de uma escada bem íngreme.**

**É a escada?**

É isso mesmo, é perigoso. Mas graças a Deus ta tudo bem. Dou graças a Deus. Porque eu já passei sufoco mesmo, mas a médica chegou logo. É gente boa, mas as coisa é isso mesmo.

**Então o senhor dá graças a Deus.**

É, graças a Deus eu vou levando, levando, não como, ou como na hora certa, eu não gosto muito de comer. Lá na empresa mesmo, todo mundo tudo bem, tudo bem, mas não pode saber, eles fazem as coisa assim mesmo, no escritório.

**E o senhor, já foi lá à empresa depois?**

Não, não, eu não fui mais, porque eu não pode entrar, porque se eu chegar eu entro direto, no mesmo lugar. Eu lembro tudo como era as coisa. Lá na Santa Helena. Mas as coisa é isso mesmo.

**E os seus amigos de lá, vêm visitar o senhor?**

Não.

**E quem vem visitar o senhor aqui?**

Meus irmãos e parentes. Mas assim da empresa não. Eles diz que não tem tempo, não tem tempo, é isso mesmo, e a vida é isso mesmo, eu vou vivendo as coisa assim mesmo. E o outro que era bom, morreu mesmo.

**Quem?**

O médico. Eu graças a Deus vou ficando aqui na luta. Mas tudo bem.

**Quando o senhor fala que lembra as coisas, que coisas são?**

Eu lembro o mesmo lugar que eu trabalhava, eu entrava logo no escritório e pegava

as coisas. - É isso aqui, ô seu Cravo, tudo bem? – Tudo bem, venha cá, e entrava, chegava logo e pegava. Eu tinha costume de fazer as coisas, mas depois disso aí, **se refere à doença**, é isso aí e acabou. **Fala com ênfase.**

#### **O senhor sente falta do trabalho?**

Exalta-se um pouco para responder essa pergunta. Não, porque eu não sinto nada não, as coisas assim eu não posso falar, nada não. Minha esposa, eu quero qualquer coisa aqui. É assim mesmo, eu lembro, no mesmo lugar onde eu trabalhava, eu esqueci o nome do prédio, eu entrava, fazia as coisas assim, fazia outra, no Corredor da Vitória, um prédio grande. Eu fazia assim as coisa, depois ficou assim mesmo. **A esposa, que está dentro de casa, fala de lá que ele sente muita falta do trabalho.**

#### **E no dia-a-dia do senhor agora, o senhor gosta de ficar aqui na varanda?**

Como?

#### **O que o senhor gosta de fazer agora no seu dia-a-dia?**

Nada não, eu fico ali fazendo aaaa... Ela chega aqui, **se refere à esposa**, arranja uma coisa, aí eu como. Depois vou, deito novamente, vou dormir, tomo banho, é isso mesmo. E ai tem uma coisa, para mim tá tudo bom. É isso mesmo, **pausa**. Olha, eu trabalhei muito nessa empresa, trabalhei muitos anos, na Santa Helena. E é isso mesmo, o médico gostava muito de mim: – Olha, vamos fazer um dinheiro?

#### **Sei, e o senhor recebe aposentadoria dessa empresa?**

Heim?

#### **O senhor se afastou da empresa porque ficou doente né? E o senhor recebe alguma coisa da empresa?**

É é ... Porque eu.... O médico, quando eu fui afastado, era um dinheiro muito pouco, era 70 real. É muito pouco mesmo. **A esposa vem e fala um pouco sobre a sua situação enquanto afastado da empresa, que ele recebe o que já tinha, e hoje, pela empresa, ele só tem direito a assistência médica. Seu Cravo fica**



**pensativo e fala:** - É... A Santa Helena... **Como quem está recordando algo.** Mas é isso mesmo, trabalhei muito mesmo, passava e pegava as coisas. Agora tem outros que sumiram. Como foi dona Palma, aquele senhor é careca? **Esposa responde que sim.** É um amigo meu, depois soltou também, **fala no sentido de sumiu,** todo mundo, é assim mesmo.

**Agora me fale um pouco sobre a vida do senhor agora, dona Paula é quem o ajuda nas coisas do dia-a-dia como comer, tomar banho, vestir a roupa?**

Quê?

**Agora, no seu dia-a-dia, quem ajuda o senhor é dona Palma?**

Ela é quem faz tudo ai, é ela mesmo quem faz as coisas na hora certa. **Imita a esposa falando com ele.** – Ô rapaz, umbora, umbora, vai, e você fica aí mesmo. **Fala com um tom enfático, como a esposa fala com ele e ao mesmo tempo de um jeito orgulhoso.** E é isso mesmo, dou graças a Deus. Nós tem 39 anos de casado. Eu lembro, é a vida, é isso mesmo, a vida. **Pausa.** Agora, isso aqui, o presidente não vê nada mesmo, meu dinheiro é pouquinho, não tem nada, o dinheiro. Agora a empresa, o que desse, qualquer coisa, mas não dá nada. Tá vendo, eu aí vou levando, assim mesmo. Eu lembro das coisa tudo, eu lembro. Lembro que eu tava, trabalhava: - Ôooo Cravo, vamo em tal lugar pra ver isso aqui. – Umbora. Mas depois mudou tudo, tudo. Eu lembro, eu ainda lembro, eu lembro o lugar que eu trabalhava, o mesmo lugar lá na Santa Helena. É eu lembro, ainda lembro as coisas, mas a vida é assim mesmo.

**E o que o senhor fica pensando aqui na varanda?**

Em nada.

**Não fica pensando em nada?**

Eu não, que nada, que nada, e eu vou me esquecer de que? Acabou. Porque isso aqui a empresa não deu nada. - O que é meu dona Paula? **Sua esposa vem para a varanda e fala que é o fundo de garantia que ele não pode tirar senão perde o convênio. Nesse momento o neto entra na varanda, interrompendo a**

**entrevista.** \_\_\_\_\_ Se não der o que comer, eu nem como.

**Como é isso?**

Não, eu não fico com fome não. Nada não, graças a Deus, tudo bem, eu vou levando. Esse filho que entrou aí.

**E o senhor tem quantos filhos?**

Seis. **Diz o nome dos filhos.**

**Eles vêm ver o Sr?**

Vem. Agora o Narciso está procurando emprego. Não trabalha ainda não. Mas a vida, nós vamos levando como tá. E graças a Deus, as coisa vai levando devagar. Tá vendo? Eu lembro as coisa. Depois fico levando, assim...

**E quando o senhor está aqui na varanda, fica lembrando-se desse tempo?**

Não, eu fico aqui sentado, saio pra tomar banho, comer. Fico aqui mesmo, aqui ou ali, e vou levando assim mesmo.

**O senhor gosta de TV ou rádio?**

Não, só futebol. É e as coisa são assim mesmo. Assim mesmo. E as coisa vai levando. **Mostra o neto que aparece na varanda e depois a outra neta.**

**Então o senhor vai deixando a vida levar.**

É, é isso mesmo.

**E quando o senhor precisa ir ao médico?**

É de carro, tudo é carro. Tudo é dinheiro.

**E pra descer essa escada?**

Desce devagar, o carro para aí. **Pausa longa.** É isso mesmo, dou graças a Deus.

**Fala um pouco dos filhos.**

**Como é para o senhor ir ao banheiro?**

Eu vou sozinho, mas elas vão atrás de mim. Ficam com medo de eu cair. **Pausa longa.** Há muitos anos que o presidente não dá nada, é muito pouco. Não foi dona Paula? Muito pouco mesmo. Pra comer, comprar remédio, essas coisa aí. Mas é as coisa, é duro, duro...

**E o senhor toma muito remédio?**

Só três.

**É dona Paula quem dá no horário?**

É, é ela quem trás ai. Aí tudo é na mão.

**Dona Palma aparece e pergunto a ela se ele sempre foi dependente assim. Ela me diz que não, que ele sempre foi ativo para tudo, e que agora é tudo na mão. Um filho sai e Cravo me apresenta ele, diz que está desempregado. Depois fica em silêncio por um longo tempo, pergunto se quer falar mais alguma coisa, ele diz que não, então agradeço e encerro a entrevista.**

## ANTÚRIO

**Como é para o senhor, na sua condição de saúde, ser cuidado em casa pela família?**

Eu tô aqui, eu tô com as filhas na escola, na mesma escola Adventista, então as duas estudam, na mesma escola, e a mais nova é danada.

**Ela tem quantos anos?**

11 e 15.

**É, estão na adolescência.**

**É. Fala das outras filhas e comenta sobre a mais nova que é muito danada, que dá muito trabalho.** De tarde saem para fazer inglês. E assim, e o que mais?

**Como o senhor se relaciona com elas?**

Tranquilo, a mais velha, ela é muito inteligente. A outra não quer saber de nada.

**Deve ser da idade né? E elas ajudam o senhor em casa ou para sair?**

Elas saem, vão comigo, volta. Eu tenho um neto também, Antúrio, muito danado.

**O que mora em Recife?**

É, o que mora em Recife. **Conta várias peripécias do neto**

.

**Como é o dia-a-dia do Sr?**

Leio muito, vejo futebol na TV, pega tudo, vejo jogo. Também saio muito. **Fala do seu time que é o Botafogo.** Encontro minha filha que vem de São Paulo. Meu neto também vem assistir comigo o jogo. Assistir o jogo do Botafogo. **Fala de futebol.**

**A família do senhor vem muito aqui?**

Vem muito, Ave Maria. Quando cheguei logo, ai do hospital, um bando de gente estava aqui, Ave Maria. Veio o diretor da escola de minha filha, um porre danado, conversou muito.

**Então foi um monte de gente visitar o senhor.**

Muita gente, foi muita gente.

**E o senhor sai muito para visitar a família?**

Ah, saio, para ver o pessoal todo. Eu deixei de dirigir, é Joana quem dirige. Bem mesmo, ela domina aqui Salvador, vai longe.

**E o senhor já dirigiu?**

Já, depois nunca mais. **Chama a esposa para falar sobre a sua direção. A esposa fala que ele é co-piloto e sempre indica o caminho.** Um dia eu vou pegar o carro para ver como eu vou dirigir.

**É, pode começar em Lauro de Freitas, deve ser mais tranquilo.**

Lá não está bom não.

**E o senhor faz o que quando vai pra lá?**

Cuido da casa, vejo o pintor, estou cuidando da casa para vender.

**O senhor vai vender a casa?**

É, estou ajeitando. Vou ver se compro outra por aqui, por causa das meninas que estão estudando. **Fala um pouco da sua vida em Recife, que quando foi para lá jogar, não conhecia ninguém.** Fui para Recife trabalhar e estudar.

**O senhor trabalhou desde cedo não é?**

É, trabalhando e estudando, fui trabalhar no banco e continuei estudando. **Fala um pouco sobre um filme que assistiu na TV a cabo.**

**O senhor gosta de assistir filme?**

É, gosto. É a vida, é a vida. E tem mais, vamos conversar muito.

**O senhor gosta de conversar?**

Gosto.

**Que mais o senhor faz para preencher o seu dia-a-dia?**

Ler, assistir filme, receber família, às vezes saio com as meninas.

**E esse movimento todo que o senhor tinha de trabalho e estudo, sente alguma falta agora?**

É, a minha vida era muito movimentada. Em Recife eu não conhecia ninguém, morava em um hotel. Queria estudar e trabalhar. **Fala da vida em Recife. Seu filho mora lá até hoje, e ele pretende conhecer o neto até o final do ano. Depois dá uma pausa para ir ao banheiro. Vai sozinho, mesmo com uma marcha lenta. Sua esposa continua na cozinha conversando com cozinheira. Quando volta, trás para me mostrar um recorte de jornal onde há uma reportagem sobre sua carreira de jogador de futebol. Minha vida foi boa, fiz muita coisa. Relembra uma aventura que viveu em uma viagem de navio quando arranhou uma namorada.**

**O senhor acha que mudou sua vida depois do derrame?**

Não. Eu estou aqui conversando com você e não sinto nada, nada, nada. Não dói nada a cabeça, não sinto nada. Minha irmã, só vive se queixando de dor de cabeça, e eu não sinto nada.

**E no seu dia-a-dia?**

Normal.

**Graças a Deus o senhor está cheio de força. E o seu pessoal da época do futebol, o senhor ainda encontra?**

Não, muita gente morreu. **Comenta sobre alguns colegas.**

**O senhor parece que tem muitas histórias, devia escrever um livro. Ainda fica se lembrando muito dessa época?**

Fico.

**E conta para seus filhos e netos essas aventuras?**

Conto às vezes. É a vida né? Muita coisa para dizer. **Conta várias aventuras de**

**sua vida enquanto solteiro. Teve muitas namoradas. Olha, eu aproveitei.**

**Até hoje o senhor aproveita né? Com seus filhos e netos.**

**É. Conta-me várias peripécias do neto e alguns casos antigos. Encerramos a entrevista, pois ele estava indo almoçar.**

## **VIOLETA**

**Como é para a senhora, nessa condição de saúde, ser cuidada em casa pela família?**

Não sei, não posso fazer nada né? Se eu tiver sozinha eu vou tentar fazer, mais... Eu tava planejando ai, para eu ir para casa, a minha casinha. Nessa casa, eu tentava trabalhar em Salvador, aí veio a minha filha, tomava conta da minha casa, alugava, alugava, mas a mulher que alugou essa casa, não queria me dar de jeito nenhum. Queria tomar minha casa. João me falou isso. E eu já ia dizendo que ia entregar pra ela. \_\_\_\_\_minha filha tinha alugado, mas ela gostava tanto da casa que não queria sair de jeito nenhum. Passei três anos mandando recado para ela que queria a casa. Não tem nada a ver, eu tenho minha casa e faço o que eu quiser, é minha. Nada peguei de ninguém. Minha filha, feito uma idiota, que é coisa de idiota, de burra. Qual é a dela? Quando fosse alugar a casa, tinha que me comunicar, mas fez contrato de anos. **Tem uma grande mágoa de não poder voltar para Alagoinhas e morar em sua casa. Durante a entrevista, por vezes, ela se confunde e pensa que está em Alagoinhas.**

**E a senhora estava aonde nessa época?**

Estava aqui em Alagoinhas sim, mas ela é quem tomava conta. Nunca fui lá, ela é quem tomava conta da casa.

**Essa é a casa do quintal grande, que tem o jenipapo? (Ela me contou que seu neto fazia licor do jenipapo que colhia de sua casa). E quem mora lá agora?**

Agora, é terra de ninguém. Agora eu quero ir lá. Ainda não fui depois que mudei para cá. Aí eu morei, passei 03 anos com ela alugada. Não fiz nada na casa, quando ela me deu agora, tá lá, precisando de alguma coisa, e eu querendo ir para lá e sem poder, e a chave na mão de qualquer pessoa.

**E a casa é em Alagoinhas?**

É, Alagoinhas, eu vou para lá para ver se melhoro.

E a senhora. quer ir pra lá para morar com quem na casa?



Só, sozinha. Porque minha menina mora lá. E ela é muito boazinha.

**É a outra filha?**

É

**E ela mora lá?**

É, mora lá. Trabalha na \_\_\_\_\_. É a mãe de meu neto. Tiveram aqui antes de São João, vieram me ver, trouxeram um bando de besteira, um bocado de coisa (se emociona um pouco). Meu neto quando vem aqui, é feijão, um bando de coisa. Agora ele tava morando lá, agora ele mora mais a tia. Mas eu tô pra ir lá, mas é um pouco difícil pra gente ir lá, porque não tem ônibus daqui direto pra lá. É um pouco difícil né? Ainda não fui lá, pra ir lá tem que descer aí, e a menina não me botam pra ir. **Refere-se às escadas que tem que descer para sair, e a menina é sua filha, que ela refere não gostar de sair de casa. Nesse momento, tem um pouco de dificuldade para articular as palavras.**

**E a senhora quer ir sozinha?**

Ôxente, tá. A pessoa que luta acostumada a trabalhar, quando se aqueta fica muito impaciente viu? A pessoa que gosta de trabalhar como eu trabalhava.

**E a senhora faz o que no seu dia-a-dia?**

Nada, fico aqui. Eu trabalhei em casa de família 3 anos. Trabalhei com uma professora, saiu de Alagoinhas se acabando de chorar. Tenho parente em Minas Gerais, se tiver vivo, tão tudo acabado, velho. E em Jequié, três irmãos de mamãe. Agora os filhos, uma vez um escreveu para mim, disse que vinha ver os parentes, terminou não vindo.

**Mas e agora, como é o seu dia-a-dia, o que a senhora faz?**

Como é que é? É o mesmo, sem fazer nada né? Eu não tô aguentando mais essa vida não. Tem que arranjar qualquer coisa aí.

**Mas e aqui na casa, a senhora faz alguma coisa?**

Não, eu não já fiz, porque ainda não determinei né? Mas graças a Deus daqui por diante eu já estou imaginando em fazer.

### **E o que a senhora pensa em fazer?**

Ir pra Alagoinhas passar uns dias. Lá é um lugar bom. Eu tenho uma casona que era do meu pai e minha mãe, uma casa enorme, os meninos fez até uma reforma lá, mas fez pela metade. Hoje mesmo eu tava até falando isso. Eu vou falar com ele, se vir acabar de reformar a casa, vou botar pra vender que ninguém quis ir morar lá, então a gente tem que vender. Para não encher de mato. Ninguém quer nada. Quer nada. Eu por mim estava morando lá na casa de meu pai, tava lá, a casa é grande, boa, ele fez uma reforma pela metade. Eu vou botar pra vender (**fala de forma enfática**). Pra que eu quero casa lá, se eu não vou pra lá? Eu vou botar a casa pra vender, talvez eu venda todas duas logo, e depois faça uma pra mim, lá mesmo. Eu não tenho vontade de sair de lá não. Meus pais morreram, pra mim tava todo mundo lá em casa. **Começa a fungar.**

### **E a senhora mora aqui há quanto tempo?**

Acho que já tem uns 10 anos já (**funga**). (**Pausa**).

### **E o que a senhora faz pra passar o tempo aqui?**

Agora? Agora por enquanto ainda tô... (**sorri**). Agora na frieza, ainda tô na preguiça. Essa semana fiquei aqui toda doída, me enchi de calça e blusa de frio, que a menina comprou umas blusas e me deu (**sua entrevista aconteceu em um período que estava frio**). Porque aqui, Ave Maria! Fico em cima da cama me tremendo.

### **E a senhora costuma sair?**

Se eu saio pra algum lugar? Sozinha não saio não.

### **E com alguém?**

Qui, elas não quer sair não, essa ai que fica aqui mas eu, não gosta de sair, ah, vamo ali, não quer. Eu tô doída pra ir na feira, na rua. Eu tô doída pra ir à rua, Ave Maria! **Pausa.**

**Onde é a feira, é aqui perto?**

Né não é na cidade mesmo. **Pausa.**

**E o que mais a senhora gosta de fazer? Assiste TV, lê alguma coisa...**

Qui nada sabia ler e tudo, depois da doença... que negócio triste viu **se referindo ao AVC**, não gosto nem de me lembrar **continua fungando**. Sinceramente, minha professora, que me ensinou, fui estudar de noite, sabia ler **fala emocionada**, fazer tudo, ainda mais que eu tinha que fazer, uns papeis, tinha que dar assinatura no banco, pegar dinheiro, sei não.

**E a senhora tem amigos aqui que vem visitá-la?**

Qui, **pausa longa**, eu ficava aqui, agora que eles começaram a vir aqui **fala dos profissionais da SOS que vão visitá-la e que gosta muito, e de mim**, mas aqui ninguém vem me visitar não. Ele **se refere ao médico da SOS** me perguntou o que eu queria mais, eu digo que queria mais que eu pudesse sair, passear, sair passear por aí. Mas não posso, ai fico irada. **Pausa.**

**A senhora aqui só tem de filha dona Léa né?**

Não, tenho outra filha que mora aqui.

**E ela vem aqui? Leva a senhora para passear?**

Qui. Ela teve aqui domingo, mas o marido dela bateu o carro. Dia de sábado, a gente tava combinando pra ir visitar os parentes que tem ai, porque ninguém vem cá. O menino mais moço, é barbeiro, corta o cabelo desde criancinha. Aí eu nunca mais avistei ele. A menina teve aqui quando eu tava no princípio que tive a doença, que eu até briguei com ela. Briguei com minha sobrinha, que ela chegou aqui e ficou com umas brincadeiras, porque a pessoa que tá doente, a outra bebe e fica atrás de brincadeira, chateação. Não é? Ai ela ficou zangada comigo, não veio mais aqui. **Pausa. Fala um pouco do irmão que é viúvo, e de Alagoinhas, seu desejo é voltar morar lá.** Salvador, eu não dou mais valor de nada. Aqui só tem ladrão, não tem nada que presta. Eu não gosto daqui, vixe, ainda o pior é isso. Quero ir para Alagoinhas porque eu não gosto daqui, é um lugar muito difícil de a gente viver.

Muito difícil. O pior é aqui, **(se refere às escadas e as dificuldades para sair de casa)**. Lá, eu posso estar vendo um terreno, vendo alguém para comprar. Pior é aqui, fazer o que sem um tostão na mão? **(Pausa)** Não vou demorar muito aqui não. Essa moça que saiu daqui é testemunha de Jeová, vem aqui de vez em quando pra gente conversar, aplicar a palavra de Deus.

**A senhora é católica?**

Eu não. Acredito em Deus, tenho muita fé. Minha mãe era católica. **Começa a falar da mãe e lembra-se da sua família em Alagoinhas. Com essas lembranças, se emociona e chora. Seu filho chega à varanda para consolá-la. Falei que iria encerrar a entrevista e ficamos conversando um pouco os três. Saí da casa após a sua melhora.**

## **AÇUCENA**

**Como é para a senhora, na sua atual condição de saúde, estar sendo cuidada em casa com a ajuda da família?**

Para mim é horrível, sentada direto. Eu saio da cama, me banho e fico aqui o dia todo, só levanto para ir ao banheiro. Eu vou sozinha. Agora me deitar, só com ajuda.

**A senhora vai ao banheiro com a ajuda desse andador?**

É, na cama eu não me deito só. Levanto, mas deitar, eu não me deito.

**E no vaso, consegue ficar só ou precisa de ajuda?**

Eu me seguro na pia. Faço tudo lá, só não \_\_\_\_\_.

**E o banho?**

Eu tomo sentada.

**E a senhora falou que fica sentada aqui o dia todo, mas não anda com o andador? Não levanta de vez em quando?**

Ando, ando só para ir ao banheiro que as pernas doem.

**Ah, sei.**

É esse joelho, para eu levantar, é um trabalho, tem hora que não, mas outra hora dói muito.

**Esse é o da perna que teve a fratura?**

Não, eu acho que é porque eu boto muita força, eu acho.

**Ah, a perna que a senhora fraturou foi a de cá.**

É, eu fracturei cá em cima. **A neta de três anos interrompe para falar sobre um lápis e um desenho que pedi para ela fazer afim de que pudesse conversar com Açucena.**

### **E no final de semana, a senhora fica aqui também?**

Fico aqui. Olhe (**se aproxima mais de mim e fala baixo**), eu já pensei em morrer. Tomar alguma coisa pra morrer logo. Mas, escute, eu tomarei um dia. Levei 40 e tantos anos com ele, mas a falsidade... **Falando do esposo de quem está se separando legalmente.**

### **Eu lembro que a senhora falou, está no processo de separação.**

Então \_\_\_\_\_. Não vou dar nada a ele, eu tenho os meus filhos para deixar. O que eu tenho é de meu pai. Então ele (**o esposo**), já era. (**Neta interrompe um pouco**). Eu tô ansiosa que o advogado tá demorando. Mas eu queria logo, pra ele sair da minha casa. Ele aproveitou que eu fiquei quatro meses no hospital. Ai é que ele aproveitou-se e entrou lá em casa. O advogado disse que vai tirar ele na raça, eu não quero nem ver. A menina acha que eu tô falando de\_\_\_\_\_ mas não é não, ela diz: - Que nada, tu ama ele. Eu digo: - Eu? Olha, eu tinha 4 máquinas industrial, ele vendeu tudo. Não vi nem indício, ele tinha vendido. Deixa ai que é minha, custou meu dinheiro.

### **A senhora se chateou.**

Ele quer me levar tudo, uma radiola, um liquidificador\_\_\_\_\_. **Fala da máquina que era nova. A neta interrompe novamente.** Esse homem é assim, o advogado me disse: - Demoraram demais, levaram oito anos.

### **Demoraram em botar o processo?**

É. Ele não me dava nem um dedo de água. Toma aqui. Hoje nem pergunta se tô tomando, se eu não tivesse meus filhos, já tinha morrido (**se emociona**). Eu fiquei mal, muito mal no hospital, 49 dias, ele nem sabe.

### **E ele mora na casa da senhora?**

Mora. \_\_\_\_\_ por isso que eu vou mais botar ele pra fora, que lê, tá tudo no meu nome. O advogado me disse: - Quando a senhora casou, já tinha sua herança. E foi tudo de herança, não foi ele que me deu. Eu trabalhava pra dar a ele, ele nunca me deu nada, me tapeando. A menina diz: - Mainha, mas a senhora era boba,

trabalhava pra dar tudo a ele! E a comida de casa ta me esperando, quem dava era eles, tudo!

### **E a casa da senhora é aonde?**

No cabula, em frente ao quartel.

### **Ah, mas a senhora vai conseguir**

É o advogado me disse: - Nem se preocupe, ele vai lhe deixar em paz, que eu vou falar pra ele não me procure nada, que eu não quero. **(A netinha interrompe um pouco para falar de um desenho, Açucena sorri)**. Deixe eu lhe contar que o que eu ganhava, ia tudo na mão dele, fui burra, todo o meu dinheiro, minha herança, tudo.

### **Como a senhora ia saber também né?**

Não. Eu sabia, mas era burra. Eu nasci em roça, sai da roça era moça. Nasci em Itabuna, ai meus pais morreram, não me orientaram mais, eu fiquei boba.

### **A senhora saiu de lá casada ou casou aqui em Salvador?**

Eu casei em Itabuna. Eu morei em Itabuna, eu tenho cinco casas em Itabuna e ele quer tomar. Foi de meus pais, eu fui comprando na mão... **(A neta interrompe pra dar um beijo na avó e perguntar pelo pai dela)**. Ai, tô aqui com o advogado, e ele diz: - Minha senhora, tantos anos sem ganhar nada e esperando o que? Ele não fala comigo, e eu não digo nada. No dia em que ele me largou **(pausa)**, eu ainda vou dizer a ele, se a gente começar, veja bem, eu vou dizer: - Você quer começar, e como foi atrás de outra e me deixou doente? Porque quando eu era boa, eu lhe dava tudo. A menina fala: - Mainha, a senhora só faltava botar comida na boca de painho. E era mesmo, tudo. Era comida, eu botava no garfo, carne, eu dava na mão, fui muito boa. Olhe, quando eu era pequena, meu pai, porque meu pai, eu era filha caçula, gostava muito de mim, porque eu não deixava faltar nada pra ele: - Pai, o que quer, um chá, um mingau? Tinha três irmãs, mas eu me dedicava mais, fazia um mingau, fazia uma sopa, fazia tudo para agradar. Aí, quando eu tava morando com esse tal desse homem, aí papai não queria, dizia: - Minha filha, como é que você vai

casar com um homem que você não conhece? Ele queria que eu casasse com um rapaz amigo dele, que ele conhecia. Gente direita. Ele gostava muito de mim, mas eu não gostava. Ai meu sobrinho morava em São Paulo, me chamou para costurar, eu disse: - Eu vou.

### **A senhora costura desde pequena?**

É, desde os sete anos, costurava escondido na máquina de mamãe. **Conta um pouco às peripécias que fazia escondido com a máquina da mãe.** Minha cunhada casou e ficou grávida, eu disse que ia fazer uma touca com aba para o filho dela, ficou boa. Fazia tudo sem pedir opinião, mamãe ficava boba como eu fazia (**sorri**). Meu irmão, também fez uma camisa para ele Não tem problema eu ficar falando essas coisas?

### **Não, pode contar.**

Fiz a camisa de meu irmão toda bonitinha, só tem um defeito que a gola ficou pra trás. (**Sorri**). **Conta um pouco sobre suas costuras.**

### **E agora, como é o dia-a-dia da senhora? No final de semana por exemplo.**

Todo aqui, eu já ando enjoada. De primeiro, eu andava muito. Eles alugaram uma casa, no São João, toda festa, alugava uma casa, a gente ia pra praia, eu só não tomava banho. Agora, nunca mais. Também trabalhando. Agora mesmo ela vai pra Itália. Vai passar um bocado de tempo lá. Ela me disse: - Olhe mainha, eu acho que vou passar um bocado de tempo lá, eu to olhando. Mas eu disse a ela que tem uma coisa que eu to falando de coração, se eu morrer, ela diz: - Não pense nisso não, talvez ele vá primeiro. Não ligue pra isso não, pense em sua casa. O advogado é meu amigo, é colega de meu filho. É isso ai, eu digo que se eu morrer, não vá voltar correndo pra me ver não. Morreu, morreu. Todo mundo tem seu dia, não precisa chorar, sabe que vai morrer. Ela diz: - Mainha, o que a senhora tá falando? Não tem outra coisa não (**se emociona**). Mas é o certo né? Isso eu to falando pra ela não ficar preocupada. É longe, quando chegar aqui, já não me encontra mais, já enterrou pra que, a vida é quando a gente vê, fala, ouve, entendeu? Morreu, enterra. Eu só quero que não me enterre antes das 24 h, que eu posso ainda estar viva (**sorri**).



**Se a senhora estiver cansada, me fale.**

**Ela olha para a neta e comenta:** *Quando ela entende de me bater, ela fala olhe minha avó, eu vou lhe bater que a senhora está muito danada (sorri). Quando ela faz isso, a mãe vem e bate nela. Depois ela vem e fala vovó, eu gosto muito de você.*

**E o que a senhora gosta de ficar fazendo aqui?**

Fico nessa costura pra me distrair (**mostra a costura que tem feito com crochê**). Tem esses buracos aqui que ela (**se refere à neta**) fica puxando, ela pergunta posso puxar? A mãe fala olhe, não faça isso senão eu te bato. E ela (**a neta**) me fala vou me embora. **Fala um pouco dos outros netos.**

**E eles vêm visitar a senhora aqui? Seus netos e os outros filhos?**

Vem sim.

**É bom que passa mais o tempo né? Dá um movimento.**

É, e eu tenho uma neta que vai se formar esse ano. O pessoal vem e quando vai, eu sinto saudade.

**E a senhora sai?**

*Eu saía, mas agora sem o carro... Fala do carro do filho que foi roubado.*

**Mas quando a senhora saia já estava com o andador.**

Já.

**Ah, então este não sair é passageiro.**

Oito anos é muito. Sentada, me cansa. A noite toda eu sinto cãibra, à noite toda. Tinha acabado, e agora voltou de novo.

**A cãibra?**

É. Quando eu tive o primeiro derrame, eu fiquei boa, boa não, melhor, eu andava aqui tudo, na rua. Saía sozinha mas a empregada. Uma vez nos perdemos ela não sabia de nada e fiquei meia. Ficamos perdidas e voltamos tarde, meu filho reclamou.

Eu ia para Mussurunga, para a casa de minha irmã e me perdi em Itinga, fui parar lá. A menina morava no interior e não sabia. Por mim, podiam me pegar, me bate, eu inconsciente. Eu tinha inconsciência mas estava boa, muito boa. Eu trabalhei cinco anos com uma moça de costura, pra cortar costurar, a coluna não agüentava mais, doía. Eu ganhava por dia 40 reais, era um dinheiro que eu dava a ele. Ele queria que eu saísse do trabalho, que trabalhasse em casa. Dizia que o que eu ganhava era micharia. Era micharia mas era o meu trabalho, eu gostava, trabalhava e me dedicava, eu gostava. Quanto mais eu trabalhava mais eu gostava.

**E ele queria que a senhora trabalhasse aonde, em casa então?**

Pra dar dinheiro a ele. Trabalhei depois na roça, e lá eu plantava mandioca, milho, feijão, manga, laranja. Eu pagava uma pessoa com meu dinheiro pra plantar e capinar.

**Então a roça da senhora é um pomar.**

Era, uma senhora cuidava da roça, deixava toda limpinha, parecia uma casa, agora vive um mato, o mato ta comendo tudo. A menina diz a senhora não vai gastar nada. Eu vou lá um dia e vou \_\_\_\_\_. Morreu tudo. Os coqueiros, as laranjas, tudo morrendo, não tem cuidado. Mas menina, eu tive vontade de cortar tudo eu disse olhe, agora é que ele venha me tratar direito. **Nesse momento, a filha chega com o neto, Açucena resolve levantar para ir ao sanitário, faz isso sozinha, sem aceitar ajuda. Ao voltar do sanitário, decide encerrar a gravação. Ficamos conversando mais um pouco sobre o seu processo de separação. Depois Açucena me pede para ouvir a gravação, diz que gostou e se coloca a disposição para outras entrevistas.**



























