



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Andréa dos Santos Souza

**O CUIDADO COM IDOSOS HIPERTENSOS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES**

SALVADOR

2005

Andréa dos Santos Souza

**O CUIDADO COM IDOSOS HIPERTENSOS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área de concentração o Cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria do Rosário de Menezes

SALVADOR

2005

S729 Souza, Andréa dos Santos.

O cuidado com idosos hipertensos. Representações Sociais de familiares / Andréa dos Santos Souza . - 2005.

222 f. + anexos.

Orientadora : Prof^a. Dr^a. Maria do Rosário de Menezes.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2005.

1. Hipertensão na velhice – Jequié (BA). 2. Idosos - Relações com a família.
3. Idosos - Jequié (BA). I. Menezes, Maria do Rosário de. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU – 316.346.32-053.9(813.8)

CDD – 305.26098142

Andréa dos Santos Souza

**O CUIDADO COM IDOSOS HIPERTENSOS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área de concentração o Cuidar em Enfermagem.

Aprovada em 24 de janeiro de 2005.

BANCA EXAMINADORA

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

Lúcia Hisako Takase Gonçalves *Lúcia Hisako Takase Gonçalves*
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal de Santa Catarina

Zenilda Nogueira Sales *Zenilda Nogueira Sales*
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Terezinha Teixeira Vieira *Terezinha Teixeira Vieira*
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Aos meus pais Juvenal e Creuza,

pelo amor, pelo carinho, pelo incentivo e pelo investimento em
minha formação profissional.

Ao meu esposo Neilson,

pela compreensão, pelas palavras de encorajamento nos
momentos difíceis e pelo seu amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus,

pela vida, pela saúde e por sua misericórdia que se renova a cada manhã.

Aos pais,

pelo incentivo e por ter sacrificado as suas vidas em prol de nossa educação.

Mãe, obrigada por continuar lutando pela vida e ainda estar comigo.

Ao meu esposo Neilson,

por me compreender e colaborar com meu crescimento profissional.

A colega e irmã Edméia,

pela sua força e por ter compartilhado comigo a sua biblioteca particular.

A orientadora,

que guiou os meus passos para que este trabalho fosse concretizado.

As irmãs, cunhadas, cunhados e sogra,

pelo apoio moral.

Aos irmãos da Igreja Adventista do Jequezinho,

que suplicaram constantemente a proteção divina nas inúmeras viagens que realizei.

Aos colegas do mestrado,

por ter compartilhado comigo das alegrias e tristezas ao percorrer este caminho.

A UESB,

na pessoa do Reitor, do Gerente de Pós-Graduação e da Diretora do Departamento de Saúde, por proporcionar o meu crescimento e da Universidade.

A EEUFBA,

pela acolhida e competência com que desenvolve suas atividades.

Aos familiares dos idosos hipertensos,

por me receberem nos domicílios e socializaram comigo a difícil tarefa de cuidar.

A Secretaria Municipal de Saúde de Jequié,

por permitir e colaborar com a realização desse estudo, através da localização dos sujeitos.

...muito raramente conseguimos produzir conhecimento realmente novo; o comum dos mortais reconstrói, partindo do que já existe e vigora; a originalidade que se espera não é aquela da obra de arte, absolutamente irrepetível, mas aquela do toque pessoal, da digestão própria, da elaboração específica; conhecimento não é qualquer coisa, nem é coisa inatingível.

Pedro Demo.

RESUMO

Este é um estudo de ordem quantitativa e qualitativa fundamentado na Teoria das Representações Sociais, envolvendo multimétodos de coleta dos dados, objetivando: apreender as Representações Sociais elaboradas por familiares sobre o cuidado prestado a idosos hipertensos; identificar os cuidados implementados pelos cuidadores; conhecer as dificuldades encontradas para a realização dos cuidados; e verificar que percepção os cuidadores têm acerca dos cuidados implementados. Este estudo foi desenvolvido nos domicílios de familiares cuidadores de idosos hipertensos residentes em um bairro periférico da cidade de Jequié - Bahia, no período de abril a junho de 2004. Participaram desta pesquisa cem familiares cuidadores principais de idosos hipertensos, mediante o Teste de Associação Livre de Palavras. Trinta deles discorreram acerca de seu processo de cuidar. As palavras evocadas foram processadas no software EVOC e as entrevistas submetidas à Análise de Conteúdo. Os dados processados no software possibilitaram extrair o provável núcleo central das representações do cuidado com idosos hipertensos, que, de acordo com o senso comum, assume significados como: remédio, sal, alimentação, evitar contrariedades. Das entrevistas emergiram três categorias e dez subcategorias que responderam aos objetivos propostos. A categoria 1 – Implementando Cuidados, aponta para a pluralidade de atividades desempenhadas pelos cuidadores a partir de sua percepção das necessidades do idoso hipertenso. Os cuidados de controle são aqueles de que os cuidadores mais se ocupam. Nesta subcategoria estão incluídos o remédio, a alimentação, o preparo de chás, o apoio psicoemocional, o acompanhamento às consultas e exames, e o incentivo às atividades físicas. Comprar e oferecer remédios e supervisionar o seu uso é o cuidado mais importante na opinião dos cuidadores. Foi destacada também, pelos familiares, a influência das emoções no controle da Hipertensão Arterial. O nervosismo e a ansiedade foram percebidos como causa e efeito desta enfermidade. Quanto ao apoio à realização de atividades físicas, os relatos foram escassos e não-consensuais. A categoria 2 – Encontrando dificuldades para o Cuidado, revela os obstáculos encontrados na implementação destes, relacionados, em primeiro lugar, às atitudes pouco colaborativas do idoso com o tratamento, em decorrência do enfrentamento ineficaz das perdas na velhice e dos problemas do dia-a-dia. Associam-se a esta condição os problemas financeiros, a falta de orientação e sobrecarga do cuidador e a dificuldade de acesso aos serviços especializados de saúde. A categoria 3 – Percebendo os Cuidados Implementados, indica que a maioria dos cuidadores percebe o cuidado como gratificante, mas também como estressante, quando o idoso não está motivado para o tratamento, tem idade muito avançada, agrega co-morbidades e/ou apresenta complicações. Tais considerações induzem à necessidade do estabelecimento/incremento de parcerias interdisciplinares e intersetoriais, de motivar a convivência social do idoso e de despertá-lo para a construção de sua cidadania e instrumentalizar a família para o cuidado, visualizando-a como cliente e parceira da enfermagem, visando a um atendimento mais adequado à população idosa portadora de uma condição crônica como a Hipertensão Arterial.

Palavras-chave: cuidado; família; idoso hipertenso.

ABSTRACT

This is a study of qualitative and quantitative order based in the Theory of Social Representations involving multimethods in data collection and analysis with the following objectives: to apprehend the Social Representations developed by relatives about the cares provided to the hypertensive old people; to identify which are the cares implemented by the caregivers; to know the difficulties found by them to carry out the cares; to check off what perception have the caregivers about the implemented cares. This study was made at the caregivers home living in the neighborhood of Jequié City, Bahia, from April to June, 2004. One hundred outstanding caregivers of hypertensive old people took part in the study by means of the Free Words Association contest. Thirty of them discoursed about their cares process. The evoked words were processed by the EVOG software and the interviews submitted to the Analysis of Contents. It was possible to extract from the data processed by the software the probable representation core of hypertensive old people care, what according to common sense takes meaning on as: medicament, food and non-annoyance. Three categories arose from the interviews and ten subcategories that responded to the proposed objectives. The Category 1 – Implementing Cares, points out the plurality of activities performed by the caregivers since their perception of the hypertensive old people needs. The control cares take up the most of the caregivers working time. In this category are included: remedies, food, tea preparing, psychoemotional support, attendance in consultations and examinations, and the incentive toward physical activities. To buy and offer medicines, as well as to remind and supervise its use are the most important cares in caregivers' opinion. The family members also pointed out the emotional influence in Arterial Hypertension control. Nervousness and anxiety were noted as cause and effect of this illness. As to the support to physical activities performance, the accounts were insufficient and not consensual. The Category 2 – Difficulties in Attendance, reveals the obstacles found to implement cares regarding, in first place, the old people less collaborative attitude as to the treatment due to the impotent struggle before the old age losses and daily problems. Financial difficulties, lack of orientation, overworked caregivers and difficulties to get into specialized health services come together with this plight. The Category 3 - Perceiving the Implemented Cares, shows that the most of the caregivers perceive the care as gratifying but also stressing when old people are not motivated to the treatment, are advanced in years, aggregate co-morbidity and/or show complications. Such considerations prompt the necessity of establishing/furthering interdisciplinary and intersectorial partnership to motivate the old people social life, as well as to wake them up for the construction of their citizenship, providing the family with the due care, visualizing it as a client and nursing partner, aiming at a more appropriate medical service and attention to the old people population bearer of a chronicle plight: the Arterial Hypertension.

Key-words: Care; Family; Hypertensive Old people.

RESUMEN

Este es un estudio de orden cualitativa e cuantitativa fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales, abarcando multimétodos de recopilación y análisis de datos con objeto de: aprehender las Representaciones Sociales elaboradas por familiares con respecto al cuidado prestado a los ancianos hipertensos; Identificar los cuidados implementados por los cuidadores; Conocer las dificultades encontradas para la ejecución de los cuidados; Y verificar que percepción tienen los cuidadores respecto a los cuidados implementados. Este estudio fue desarrollado en los domicilios de cuidadores de ancianos hipertensos residentes en un barrio periférico de la ciudad de Jequié – Bahia, en el periodo de abril a junio de 2004. Participaron de este estudio cien familiares cuidadores principales de ancianos hipertensos por medio del Teste de Asociación Libre de Palabras. Treinta discursaron acerca del proceso de ellos cuidar. Las palabras evocadas fueron procesadas en el software EVOC y las entrevistas sometidas al Análisis de Contenido. Los datos procesados en el software posibilitaron extraer el probable núcleo de las representaciones del cuidado con ancianos hipertensos que de acuerdo con el sentido común asume significados como: remedios, alimentación, sal, evitar contrariedades. De las entrevistas brotaron tres categorías y diez subcategorías que respondieran a los objetivos propuestos. La categoría 1 - Implementando Cuidados, muestra la pluralidad de actividades ejercidas por los cuidadores a contar de su percepción de las necesidades del anciano hipertenso. Los cuidados de control son aquellos de que los cuidadores más se ocupan. En esta subcategoría están incluso el remedio, la alimentación, el preparo de té, el apoyo psicoemocional, el acompañamiento en las consultas y exámenes y el incentivo a las actividades físicas. Comprar y ofrecer remedios, así como alertar para y/o supervisar el uso de los mismos, es el cuidado más importante en la opinión de los cuidadores. Fue también destacada por los familiares la influencia de las emociones en el control de la Hipertensión Arterial. El nerviosismo y la ansiedad fueron percibidos como causa y efecto de esta enfermedad. En cuanto al apoyo a la ejecución de actividades físicas, los relatos fueron escasos y non-consensuales. La Categoría 2 – Encontrado Dificultades para el Cuidado, revela los obstáculos encontrados en la implementación de los cuidados, respecto primero a las actitudes poco cooperativas del anciano con el tratamiento a raíz del afrontamiento ineficaz de las pérdidas en la vejez y de los problemas del día a día. Se asocian a esta situación las dificultades de acceso en los servicios especializados de salud. La Categoría 3 – Percibiendo los Cuidados Implementados, muestra que la mayoría de los cuidadores percibe el cuidado como gratificante, pero también estresante, cuando el anciano no está motivado para el tratamiento, tiene edad mucho avanzada, agrega co-morbidez y/o presenta complicaciones. Tales consideraciones inducen a la necesidad del establecimiento/incremento de mancomunidades interdisciplinarias y intersectoriales, motivando la convivencia social del anciano, despertándolo para la construcción de su ciudadanía, providenciando los debidos cuidados para la familia, visualizándola como cliente y compañera de la enfermería con objeto de una atención más adecuada a la población anciana portadora de una situación crónica: la Hipertensión Arterial.

Palabras-clave: Cuidado; Familia; Anciano Hipertenso.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fatores Reguladores da Pressão Arterial.....	30
Figura 2 - Conjunto de Programas do software Evoc.....	74
Figura 3 - Plano de Análise para apreensão das Representações Sociais do cuidado com idosos hipertensos.....	75
Figura 4 – Sinopse dos cuidados preconizados para idosos hipertensos, segundo as Diretrizes em Cardiogeriatría (SBC, 2002)	89
Figura 5 - Categoria Principal construída a partir dos cuidados prestados por familiares a idosos hipertensos em ambiente domiciliar, residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004	97
Figura 6 – Categorias Secundárias, construídas a partir das palavras evocadas pelos cuidadores de idosos hipertensos, residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004.....	98
Figura 7 - Cuidados suprimidos pelos cuidadores de idosos hipertensos, residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004.....	188
Figura 8 - Cuidados acentuados pelos cuidadores de idosos hipertensos, residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004.....	189
Figura 9 - Cuidados elaborados pelos cuidadores de idosos hipertensos, residentes em um bairro periférico do município de Jequié- BA, 2004.....	191
Figura 10 - Cuidados reconstruídos pelos cuidadores de idosos hipertensos, residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004.....	192
Figura 11 - Síntese do pensamento do senso comum de familiares cuidadores acerca do cuidado com idosos hipertensos, Jequié-BA, 2004	193

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas investigadas nos sujeitos da pesquisa, residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004.....	79
Quadro 2 – Características dos familiares cuidadores participantes da entrevista semi-estruturada e dos idosos hipertensos sob seus cuidados, residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004.....	87
Quadro 3 - Quadro de Quatro Casas apresentando os núcleos central e periférico do cuidado familiar prestado a idosos hipertensos, Jequié-BA, 2004.....	91
Quadro 4 – Ordem média de palavras que representam o cuidado prestado a idosos hipertensos, segundo os cuidadores familiares de um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004.....	93
Quadro 5 – Distribuição das categorias e subcategorias que revelam a prática familiar de cuidados prestados a idosos hipertensos num bairro periférico de Jequié-BA, 2004.....	100
Quadro 6 – Descrição das unidades de análise temática da subcategoria – Implementando Cuidados de Controle prestados a idosos hipertensos, segundo os cuidadores familiares residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004	105
Quadro 7 - Descrição das unidades de análise temática da subcategoria - Cuidados de Urgência prestados a idosos hipertensos, segundo os cuidadores familiares residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004.....	135
Quadro 8 – Descrição das unidades de análise temática da subcategoria Implementando Cuidados de Internamento prestados a idosos hipertensos, segundo os cuidadores familiares residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004.....	140

Quadro 9 – Descrição das unidades de análise temática da subcategoria Cuidados de Apoio às Atividades da Vida Diária, prestados a idosos hipertensos, segundo os cuidadores familiares residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004.....	144
Quadro 10 – Descrição das unidades de análise temática da subcategoria Encontrando Dificuldades para o Cuidado relacionadas ao cuidador, segundo os cuidadores familiares residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004.....	161
Quadro 11 – Descrição das unidades de análise temática da subcategoria Encontrando Dificuldades para o Cuidado relacionadas à condição econômica, segundo os cuidadores familiares residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004.....	168
Quadro 12 – Descrição das unidades de análise temática da subcategoria Encontrando Dificuldades para o Cuidado dos idosos hipertensos relacionadas aos Serviços de Saúde, segundo os cuidadores familiares residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004.....	174
Quadro 13 – Descrição das unidades de análise temática da subcategoria Percebendo os Cuidados Implementados como Gratificante, segundo os cuidadores familiares de idosos hipertensos, residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004.....	181
Quadro 14 – Descrição das unidades de análise temática da subcategoria Percebendo os Cuidados Implementados como Estressante, segundo os cuidadores familiares de idosos hipertensos, residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004.....	184

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos sujeitos da pesquisa, por idade e sexo, residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004.....	78
Tabela 2 - Distribuição dos cuidadores de idosos hipertensos participantes do TALP, por sexo, estado civil e idade, Jequié-BA, 2004.....	83
Tabela 3 - Distribuição dos cuidadores de idosos hipertensos participantes do TALP, por sexo, grau de escolaridade e idade, Jequié-BA, 2004.....	84
Tabela 4 – Descrição da frequência e percentual de subcategorias relacionadas à categoria Implementando Cuidados, Jequié-BA, 2004.....	103
Tabela 5 – Descrição da frequência e percentual de subcategorias relacionadas a categoria Encontrando Dificuldades para o Cuidado, Jequié-BA, 2004.....	147
Tabela 6 – Descrição da frequência e percentual de subcategorias relacionadas a categoria: Percebendo os Cuidados Implementados, Jequié-BA, 2004.....	179

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

APRESENTAÇÃO..... 18

1 APRESENTANDO E CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO..... 18

1.1 APRESENTANDO O OBJETO DE ESTUDO..... 18

1.2 O UNIVERSO REIFICADO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL..... 28

1.3 CUIDANDO DO IDOSO..... 35

1.3.1 Considerações acerca do cuidar/cuidado..... 35

1.3.2 O cuidado familiar de idosos..... 39

1.3.3 O cuidado de enfermagem com idosos hipertensos..... 42

2 ABORDANDO O ALICERCE TEÓRICO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.. 49

2.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS..... 49

2.2 A TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO
CUIDADO FAMILIAL COM IDOSOS HIPERTENSOS..... 56

3 DEFININDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA..... 59

3.1 TIPO DE ESTUDO..... 59

3.2 CAMPO DE ESTUDO..... 61

3.2.1 Contexto do estudo: o município de Jequié-BA 61

3.2.2 Cenário do estudo: o bairro INOCOOP do município de Jequié-BA 64

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO..... 65

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO..... 67

3.5 A COLETA DE INFORMAÇÕES: ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS.....	69
3.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	73
4 APREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO	
FAMILIAL PRESTADO A IDOSOS HIPERTENSOS	77
4.1 CARACTERIZANDO OS SUJEITOS DO ESTUDO.....	77
4.2 REVELANDO A ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO	
CUIDADO FAMILIAL PRESTADO A IDOSOS HIPERTENSOS.....	88
4.3 COMPREENDENDO O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO CUIDADO COM	
IDOSOS HIPERTENSOS NA FAMÍLIA.....	99
4.3.1 1ª categoria – Implementando Cuidados.....	102
4.3.2 2ª categoria – Encontrando Dificuldades para o Cuidado.....	146
4.3.3 3ª categoria – Percebendo os Cuidados Implementados.....	177
4.4 RECONSTRUINDO O CUIDADO COM IDOSOS HIPERTENSOS – A VISÃO	
DO SENSO COMUM.....	187
5 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA	195
REFERÊNCIAS	204
APÊNDICES	212
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Sujeitos	213
Apêndice B – Instrumento de Coleta	214
Apêndice C – Dicionário de Palavras Evocadas	215
ANEXOS	217
Anexo A – Agentes Anti-Hipertensivos Disponíveis no Brasil	218
Anexo B – Ficha de Acompanhamento de Hipertensos	219
Anexo C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	220
Anexo D – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	221
Anexo E – Autorização da S.M.S. de Jequié para Entrada em Campo	222

APRESENTAÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é a doença crônica mais prevalente na população idosa. Estudos atestam que há um aumento da sua prevalência diretamente proporcional à idade, podendo acometer 54% das pessoas com 65 anos e 65% daquelas com idade superior aos 70 anos (KAISER, 2003).

As alterações fisiológicas e os fatores genéticos, sociais, econômicos, ambientais e culturais, tanto predisõem esta população à doença, como dificultam o seu controle. Desse modo, a HA contribui como principal fator de risco para a morbimortalidade dos anciãos, deflagrando eventos isquêmicos e cardiovasculares fatais, ou que diminuem consideravelmente a sua Capacidade Funcional.

Ante o atual perfil demográfico e epidemiológico, que põe em evidência a clientela idosa e suas especificidades, o Estado e a família têm buscado implementar estratégias que assegurem o bem-estar deste grupo etário.

Como exemplo, temos a promulgação da Política Nacional do Idoso, da Política de Saúde e Estatuto do Idoso, visando garantir aos anciãos o direito de viverem mais com qualidade de vida.

Associada a estas determinações legais, tem tomado grandes proporções o trabalho desempenhado por cuidadores familiares. Embora as atividades deste grupo familiar ganhe maior visibilidade dentro de um contexto de dependência acentuada do idoso, a sua atuação ultrapassa esta dimensão.

Considerando a família como primeiro recurso disponível para atender as necessidades de saúde-doença do indivíduo, buscamos por intermédio desse estudo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS), visualizar a percepção e o comportamento adotado pelos familiares, a fim de auxiliar o idoso no controle da Hipertensão. Foram incluídos na

pesquisa cuidadores de idosos com ou sem complicações da HA, residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA.

Mediante a utilização de multimétodos, foi possível perceber que a família cuida da promoção, proteção e recuperação da saúde de idosos hipertensos, redimensionando as orientações de profissionais ao seu contexto.

Na perspectiva de contribuir para a (re)orientação do cuidado com o idoso hipertenso, considerando sobretudo a parceria essencial da família, organizamos esse estudo em quatro capítulos.

No primeiro capítulo, apresentamos o interesse pela temática, os questionamentos da autora e os objetivos que pretendemos alcançar com a realização da pesquisa. Num segundo momento discorremos sobre os aspectos importantes acerca do universo reificado da HA, aspectos filosóficos do cuidado e o cuidado com idosos no contexto familiar e na enfermagem.

No capítulo seguinte, abordamos conceitos da TRS e descrevemos os processos sociocognitivos da mesma, descritos por Moscovici (1978). Avançamos fazendo breves considerações acerca da estrutura das Representações Sociais (RS), proposta por Abric em 1976 na Teoria do Núcleo Central.

No terceiro capítulo explicitamos informações acerca da trajetória metodológica que percorremos para ter acesso ao objeto de estudo. Foram descritos o tipo de estudo, o campo, os sujeitos, os aspectos éticos, as estratégias e os instrumentos utilizados para a coleta de dados, finalizando com os procedimentos adotados para a análise.

O quarto capítulo revela as RS do cuidado com o idoso hipertenso, na perspectiva dos familiares cuidadores. As discussões foram inicialmente concentradas no perfil da clientela e na identificação do núcleo central e sistema periférico. Posteriormente, foram construídas três categorias que responderam aos objetivos propostos, explicitando os cuidados implementados

pelos familiares, as dificuldades encontradas para cuidar e a percepção dos cuidados implementados.

Após ampla discussão dessas categorias, colocamos em evidência aspectos do cuidado circulantes no universo reificado, que foram suprimidos, acentuados e reconstruídos, tornando nítida a visão do senso comum acerca do cuidado com idosos hipertensos.

Nas considerações finais, apresentamos um resumo dos principais resultados encontrados com o estudo e procuramos destacar a importância destes para as práticas de saúde.

Recomendamos a sua leitura para profissionais que buscam estar preparados para cuidar, em frente dos desafios que o envelhecimento humano, associado às doenças crônicas, trazem ao mundo contemporâneo.

1 APRESENTANDO E CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

1.1 APRESENTANDO O OBJETO DE ESTUDO

Este estudo ocupa-se em investigar as Representações Sociais do cuidado com idosos hipertensos elaborada pelos seus familiares cuidadores.

O interesse por essa temática teve origem na convivência familiar com meus avós hipertensos. Percebia a preocupação da minha família quando eles apresentavam uma crise hipertensiva deflagrada pelo controle inadequado da pressão arterial. Nesta situação havia uma mobilização dos filhos, netos e vizinhos em levá-los imediatamente ao Pronto Socorro antes que algo mais grave acontecesse.

A partir dessa experiência pessoal, foi possível verificar que a presença de um membro doente e/ou fragilizado mobiliza e une a família, uma vez que esta se constitui no primeiro recurso disponível para a promoção da saúde e prevenção de complicações.

A preocupação com a manutenção da vida e bem-estar de seus membros idosos incitou a minha família a ter atitudes de cuidado, como acompanhar, encaminhar, ouvir e estar presente com meus avós em momentos difíceis. Portanto, era compreensível que um membro da família estivesse presente com meus avós nas consultas médicas periódicas realizadas para avaliação dos níveis tensionais.

Mas, a elevação persistente da pressão arterial desencadeou em minha avó um grau acentuado de Insuficiência Cardíaca, deixando-a dispnéica nos pequenos esforços, até culminar num Edema Agudo de Pulmão, seguido de óbito.

O que parecia um problema relativamente simples, ceifou inesperadamente a vida da matriarca da família. Em seus últimos meses de vida se encontrava debilitada, necessitando dos filhos para auxiliá-la em suas Atividades da Vida Diária.

Quando ela faleceu, meu avô, inconformado da perda, dizia não ter mais vontade de viver, abandonando o tratamento da Hipertensão. Tal atitude deflagrou um Acidente Vascular Hemorrágico de tronco cerebral, limitando-o a uma cadeira de rodas.

Por esse motivo, durante a graduação em enfermagem me empenhei em estudar sobre a Hipertensão Arterial (HA), aprofundando-me ainda mais nos cursos de pós-graduação.

Enquanto enfermeira do Programa de Saúde da Família, tive a oportunidade de implantar um Programa de Controle da HA, num município no sul da Bahia, e, enquanto docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), acompanho os alunos nas Unidades Básicas de Saúde em atividades do referido Programa.

Porém, foi na coordenação do Núcleo de Atenção à Saúde no Envelhecimento (NASEN), Programa de Extensão da UESB, que integra alunos de enfermagem e fisioterapia no cuidado e idosos dependentes e/ou fragilizados no domicílio, que eu pude constatar a dinâmica do cuidado familiar com idosos hipertensos. Observei que as orientações realizadas no consultório de enfermagem, nem sempre são concretizadas. Na convivência intergeracional emergem conhecimentos e práticas do senso comum, que podem ou não coincidir com as orientações do profissional.

Nas reuniões do Núcleo discutíamos a necessidade de apreendermos esse conhecimento para que pudéssemos atuar de forma satisfatória em tais situações. Dessa forma, a partir da minha experiência familiar e profissional, fui estimulada a investigar o processo de cuidar de idosos hipertensos, instituído por seus familiares, em um bairro periférico do município de Jequié-BA.

Atualmente, dados das Organizações de Saúde revelam que a Hipertensão Arterial é considerada uma das doenças mais frequentes em idosos. No Brasil, no ano de 1998, 36,7% dos homens e 36% das mulheres na faixa etária de 60 a 80 anos eram hipertensos (CAMARANO, 2002). Observou-se, ainda, que há um aumento da sua prevalência diretamente proporcional à idade, podendo acometer 54% das pessoas com 65 anos e 65% daquelas com idade superior aos 70 anos (KAISER, 2003).

De acordo com último censo IBGE (2000), os idosos já representam 8,6% da população brasileira, enquanto que no município de Jequié-BA, este percentual é ainda superior: 9,6% da população tem idade igual ou superior a 60 anos.

O significativo aumento da expectativa de vida brasileira de 41,5 anos em 1940 para 69 anos em 2001, é reflexo da queda das taxas de natalidade e mortalidade, propiciada pela difusão de métodos contraceptivos e acesso a avanços tecnológicos na área de saúde, tais como: vacinas, antibióticos, exames diagnósticos, entre outros, e também da redução das taxas de fecundidade observada a partir da década de 60. Conseqüentemente, a população de jovens começou a diminuir e a de idosos aumentar, favorecendo o envelhecimento no país (CHAIMOWICZ, 1997).

Das várias implicações resultantes do aumento do número de pessoas idosas, destacamos a necessidade de maior alocação de recursos do setor saúde para o tratamento das doenças crônicas, entre as quais observamos ser mais comumente diagnosticadas: a HA, acompanhada do diabetes, neoplasias e doenças osteoarticulares.

Mas, apesar de a HA ser altamente prevalente nessa população, grande parte dos idosos acometidos por essa doença têm uma vida normal quando conseguem manter a pressão sob controle. Todavia, aproximadamente 85% dos brasileiros acometidos por AVE e 40% das vítimas de Infarto Agudo do Miocárdio apresentam Hipertensão associada. Dessa forma, a doença se constitui em um importante problema de Saúde Pública, pois representa um dos

mais importantes fatores de risco para os eventos cardiovasculares, que desde a década de 60 ocupam a principal causa de morbimortalidade no país (BASTOS e BORENSTEIN, 2004).

Preocupado com este problema, o Ministério da Saúde, desde a década de 80, apoiou a implantação de Programas Multidisciplinares de Educação e Controle da HA no Brasil. Contudo, ainda é elevado o número de idosos em situação de reabilitação devido Acidente Vascular Encefálico.

Em países como os EUA, a redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares foi alcançada, graças ao controle da HA, como descrito na publicação da OPAS/OMS, sobre a saúde nas Américas:

[...] en los Estados Unidos se há demostrado que una reducción de 5mmHg en la mediana de la presión arterial puede reducir la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón entre 15% y 20%, y la mortalidad por accidente cerebrovascular, de 35% a 40%; si se controla la hipertensión, la mortalidad por enfermedad cardiovascular puede quedar reducida en 23% (OPAS/OMS, vol.1, 2002, p. 294).

Consideramos, pois, pertinente empreender esforços para incrementar os cuidados prestados às pessoas idosas hipertensas, pois a redução dos níveis da pressão arterial implica numa melhor qualidade de vida para os idosos, baixo risco para o desenvolvimento de complicações, menor custo em saúde para o Estado e menor desgaste do cuidador familiar.

Sensível a este deficiente gerenciamento das doenças crônicas, a OMS (2003) publicou um relatório, no qual propõe cuidados inovadores em tais situações dentre os quais destacamos a centralização do tratamento no paciente e na família (em vez da doença), apoio aos pacientes em suas comunidades e a ênfase na prevenção.

O acesso às informações e medicamentos tem se mostrado importante, mas não suficiente para permitir o controle da Hipertensão. A elevada morbimortalidade por doenças cardiovasculares, tendo a HA como principal fator de risco, leva-nos a crer que as pessoas

trazem consigo experiências, conhecimentos prévios, que influenciam sua maneira de agir e reagir perante esta doença.

Caputo e Torres (2001) comentam que o conhecimento construído coletivamente transforma a realidade, porém a mudança só ocorre se a necessidade for sentida pelo indivíduo. Portanto, envolve questões culturais, percepções e experiências individuais acerca do fenômeno.

Dessa forma, a família pode ser considerada como um significativo agente influenciador no seguimento das orientações terapêuticas, pois os valores, as crenças e os hábitos de vida são construídos por meio dos processos comunicacionais e solidificado no ambiente familiar.

De acordo com Silva et al. (1996, p. 75, 78):

[...] a família tem sido, através dos tempos, o berço do cuidar humano. [...] como célula mater integrante da sociedade, sobressai-se como importante papel, como instrumento de cuidado na prevenção, manutenção e recuperação da saúde de seus membros e do seu conjunto.

Assim, podemos inferir que, a despeito das transformações significativas ocorridas na família, esta ainda se constitui em um importante locus intergeracional, onde seus membros influenciam e são influenciados pelas concepções que têm acerca de saúde e doença e das formas de tratamento adotadas.

Nesse sentido, é pertinente a afirmativa de Boehs (1994, p. 124): “[...] o cuidado, essência da enfermagem, não é porém exclusivo da mesma, a família também cuida, baseada nas suas próprias experiências, decorrentes de conhecimentos populares oriundos de profissionais de saúde”. E por vezes, segundo Leininger (1978), costuma haver discordância entre o sistema de cuidados popular e profissional.

O enfoque familiar, tem sido uma constante nas Políticas Públicas, especialmente no aspecto gerontogeriátrico, o que fica caracterizado na Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1996), quando afirma ser dever da família, da sociedade e do Estado cuidar de seus idosos doentes e/ou fragilizados. Mas, de acordo com Elsen (2002), é preciso refletir sobre o apoio que os profissionais e Programas de Saúde têm oferecido a essas famílias. A adesão do modelo biomédico impõe ao cliente um tratamento, desconsiderando a influência e potencial do cuidado familiar.

Num estudo realizado em famílias de mulheres hipertensas residentes na cidade de Santa Maria (RS), ficou constatado os benefícios da participação familiar no tratamento da doença crônica:

[...] constatei que, quando algumas clientes conseguiam alcançar níveis tensionais normais, mesmo de forma não permanente, isto ocorreu em decorrência da adoção das seguintes estratégias: aceitação e uso de uma mesma dieta por todos os membros da família; manutenção de medicamentos em casa; preocupação de familiares na diminuição de situações estressoras; acompanhamento em caminhadas e verificação da pressão arterial. [...] pode-se perceber que as ações que apresentaram algum sucesso além do desejo e interesse da cliente, tiveram a participação efetiva de familiares e até de membros da comunidade (CERESER, 2002, p. 307).

Vemos a relação consubstancial da participação familiar e melhores resultados no controle da HA. Porém, tem sido comum encontrarmos familiares e até mesmo profissionais de saúde que consideram a HA como uma das alterações fisiológicas do envelhecimento. Contudo, embora haja esta tendência, estudiosos do assunto afirmam que não podemos considerá-la normal (SBC, 2002).

Brandão et al. (2002) comentam que as próprias alterações fisiológicas provenientes do processo de envelhecimento contribuem para o aumento da pressão arterial. Dentre essas alterações destacam: a deposição de lipídeos e cálcio nos vasos, a redução da quantidade de óxido nítrico liberado pelo endotélio, a perda da elasticidade e o aumento da resistência vascular.

Ainda, fazem ressalva à diminuição da acuidade auditiva, a demência e a depressão, pois estes problemas dificultam a coleta de informações e, conseqüentemente, a construção de um plano assistencial adequado para o idoso. Também, enfatizam que o tratamento medicamentoso deve ser rigorosamente selecionado, já que no idoso o metabolismo de eliminação das drogas é lento devido o desgaste sofrido pelo fígado e rins, podendo haver uma exacerbada manifestação dos efeitos colaterais dos anti-hipertensivos. Associam-se a esses, os problemas sociais e econômicos provenientes do envelhecimento que tendem a agravar e/ou dificultar o controle da HA, quais sejam: a viuvez, a aposentadoria, a perda dos amigos e os escassos recursos financeiros, que diminuem a adesão ao tratamento medicamentoso e à dieta prescrita.

Nesse contexto, temos uma população longeva, hipertensa e fragilizada, que necessita de apoio (cuidado) familiar para a condução de seu tratamento, seja para aquisição de medicamentos, acompanhamento às consultas e exames, preparo das refeições, reforços às orientações, seja para encaminhamento ao hospital em situações de crise hipertensiva.

De acordo com Gonçalves, Alvarez e Santos (2000), esse apoio familiar costuma ser prestado, com maior freqüência, pela filha, pela irmã ou neta do idoso(a), chamadas de cuidadoras. Em se tratando da HA, esta informação é extremamente importante, pois é uma doença com forte tendência familiar. Assim, temos nas cuidadoras familiares uma clientela importante a ser abordada preventivamente, pois, além de possuírem o fator de risco da hereditariedade, agregam ainda hábitos, crenças e atitudes comuns, pois quase sempre convivem no mesmo domicílio do geronte.

O processo de cuidar dessas mulheres parece ser norteadado não por **informações transmitidas** por profissionais, mas por **informações transformadas** de acordo com a sua capacidade cognitiva, a partir de sua convivência e experiência com o problema.

Uma vez que o idoso hipertenso vem do ambiente familiar e retorna para ele, é imprescindível que a equipe interdisciplinar, em especial o enfermeiro, por sua característica marcante de educador em saúde, conheça e considere as maneiras de cuidar/cuidado que realmente são valorizadas e implementadas por essas cuidadoras no cotidiano.

Esse aspecto também é destacado por Silva et al. (1996, p. 78) quando afirmam:

[...] a família possui um enorme potencial de direcionamento das ações das pessoas, de grupos, e da comunidade e, aproveitar este potencial é necessário por parte daqueles que planejam as ações de saúde, como também daqueles que operacionalizam estas ações.

Ao longo dos anos as mulheres têm assumido a responsabilidade de proporcionar um ambiente agradável à convivência familiar e de ocupar-se, envolver-se, responsabilizar-se e inquietar-se com os problemas dos membros fragilizados da família: crianças, idosos, parturientes e enfermos. Tal atitude é justificada por vários fatores tais como a concepção de uma obrigação moral, a convicção religiosa ou a falta de opção por ser a única pessoa que se dispõe a ajudar. Apoiadas em sua intuição, experiências prévias e informações orais transmitidas de geração a geração, as mulheres solucionam problemas cotidianos com muita perspicácia, contribuindo para a manutenção da vida e perpetuação da espécie.

A HA, por ser uma doença crônica, exige um tratamento duradouro e rigoroso, visando prevenir complicações, “[...] colocando em evidência o papel da família e, mais especificamente, o da cuidadora familiar, no que diz respeito às suas responsabilidades na condução do cuidado doméstico” (MARCON et al., 2002, p. 313).

Desse modo, ficam evidenciadas duas formas de cuidar: uma informal, que é inerente à essência humana, e outra formal, desenvolvida por meio de um processo sistematizado pelas enfermeiras. Mas, ambas as formas pretendem alcançar os mesmos objetivos que são: aliviar incômodos, apoiar, confortar, ajudar, favorecer, promover a saúde e evitar complicações.

De acordo com Benjumea (2004) estas formas de cuidar/cuidado são convergentes em aspectos como a baixa remuneração e status e pouco reconhecimento.

Em se tratando do cuidado informal de idosos com HA, a situação é preocupante porque nem sempre os familiares que convivem com eles estão convencidos de que aqueles estão doentes e necessitados de apoio para seu tratamento. Isso ocorre em virtude de as manifestações clínicas da doença serem, quase que invariavelmente, pouco percebidas ou inexistentes, permitindo ao idoso exercer suas atividades sem maiores prejuízos por um determinado período.

Uma vez que a doença é concebida como preocupante a partir da incapacidade que ela provoca para o trabalho e/ou exercício de atividades rotineiras, os idosos hipertensos podem ter os seus familiares cuidadores pouco sensibilizados, já que quase sempre são sedentários e assintomáticos.

Nesse sentido, o presente estudo, embasado na Teoria das Representações Sociais, se preocupa em desvelar a compreensão e prática cotidiana do cuidado com o idoso hipertenso prestado por seus familiares.

As formas manifestas de cuidado identificadas emergem de um conhecimento socialmente elaborado e partilhado, denominado senso comum.

Para Moscovici (1978), a construção desse conhecimento (o senso comum) se dá a partir das teorias científicas, da cultura, das experiências prévias e dos discursos sociais. A comunicação é, pois, elemento chave para a construção de uma representação social.

Relativo à representação do cuidado com os idosos hipertensos, acreditamos que a mídia exerce grande influência ao exibir descobertas de recentes pesquisas da área e ao divulgar as campanhas do Ministério da Saúde. Mas, não podemos esquecer que cada cuidador processa a informação recebida, transformando-a e utilizando-a conforme as suas necessidades e o seu contexto sociocultural.

No ambiente familiar, as reuniões de domingo, ou o momento das refeições como o almoço e o jantar, constituem-se oportunas para que seus membros por meio do diálogo opinem, comentem e expressem o que pensam e sabem acerca da condição de saúde-doença de seus integrantes.

A partir destas considerações e reflexões provenientes da minha prática profissional e convivência familiar com idosos hipertensos, emergiram alguns *questionamentos, os quais nortearão esse estudo:*

Quais as Representações Sociais elaboradas por familiares sobre o cuidado prestado a idosos hipertensos?

Quais as dificuldades encontradas pelos familiares para o cuidado de idosos hipertensos?

Qual a percepção que os familiares têm acerca do cuidado de idosos hipertensos?

Na tentativa de responder-lhes, adotamos como *objetivo geral:* apreender as Representações Sociais elaboradas por familiares sobre o cuidado prestado a idosos hipertensos e, como *objetivos específicos:* identificar os cuidados implementados pelos familiares de idosos hipertensos, conhecer as dificuldades encontradas pelos familiares para o cuidado de idosos hipertensos e verificar a percepção que os familiares têm acerca dos cuidados implementados.

Considerando a experiência vivenciada, pressupomos que:

- um dos cuidados mais priorizados pelos familiares cuidadores de idosos hipertensos está na administração da medicação;

- os familiares identificam os cuidados implementados com o idoso hipertenso como gratificante;

- os recursos financeiros escassos se constituem numa importante dificuldade encontrada pelos familiares para a implementação do cuidado ao idoso hipertenso.

Dessa maneira, acreditamos que esse estudo torna-se relevante, à medida que aumenta a população de idosos e, também a prevalência da HA e suas complicações, exigindo práticas de saúde mais eficazes. Aprender o conhecimento circulante no universo consensual dos familiares de idosos hipertensos poderá possibilitar a (re)orientação do planejamento da assistência a essa clientela, considerando o familiar cuidador como cooperador no controle da doença.

1.2 O UNIVERSO REIFICADO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Moscovici, considerado o pai da Teoria das Representações Sociais (TRS), identificou duas formas distintas de conhecimento circulantes numa sociedade, aos quais denominou universo reificado e universo consensual.

Relacionou o universo reificado ao conteúdo peculiar às ciências, caracterizando-o como rígido, metodológico, objetivo, teórico e especializado.

Devido a questões sociais, políticas e econômicas, em países pouco desenvolvidos, ou em desenvolvimento, como o Brasil, um pequeno percentual da população tem participação no conhecimento circulante neste universo. Para o psicólogo francês:

[...] o grau de participação (no universo reificado) é determinado exclusivamente pelo nível de qualificação. [...] há um comportamento próprio para cada circunstância, um estilo adequado para fazer afirmações em cada ocasião e, claro, informações adequadas para determinados contextos (MOSCOVICI, 1981, p.186).

Porém, apesar de ser o conteúdo circulante no universo reificado restrito a pessoas especializadas, Sá (1995) visualiza-o, freqüentemente, como a matéria-prima para a construção das realidades consensuais que são as Representações Sociais (RS).

Nos meios de comunicação de massa as informações científicas tornam-se acessíveis à população por meio de processos como a propagação, difusão e propaganda.

Quanto ao universo consensual, as teorias produzidas neste nível não são abstratas para a população, uma vez que sua elaboração ocorre a partir da interação social cotidiana. Os indivíduos encontram-se como amadores, com igual valor no grupo, sentindo-se livres para teorizarem e emitirem opiniões sobre questões relevantes para eles (SÁ, 1995).

A fim de alcançarmos o objetivo de apreender as RS do cuidado com idosos hipertensos, consideramos pertinente conhecer aspectos relevantes do conteúdo circulante no universo reificado da Hipertensão Arterial.

Compreendemos que ocorrem sucessivas transformações das informações científicas até que os familiares cuidadores construam uma idéia da doença e suas formas de tratamento. Esse conhecimento elaborado pode influenciar na sua maneira de cuidar de idosos hipertensos, desse modo justificando nossos esforços em tecer tais considerações.

Para o adequado funcionamento orgânico, as células necessitam do suprimento de oxigênio e nutrientes, bem como da eliminação do gás carbônico e escórias resultantes do seu metabolismo. O sangue é o veículo de transporte utilizado para essas substâncias, sendo necessária, para a sua distribuição por todo o corpo, uma pressão que supere a resistência existente nos vasos e uma bomba propulsora, o coração.

O sangue que sai do ventrículo esquerdo, através da artéria aorta, encontra uma resistência nas paredes dos vasos, determinando uma pressão, definida como o produto entre o Débito Cardíaco (DC)¹ e a Resistência Vascular Periférica (RVP)². Portanto, alterações que elevem qualquer um, ou ambos esses fatores, implicará num aumento da pressão arterial.

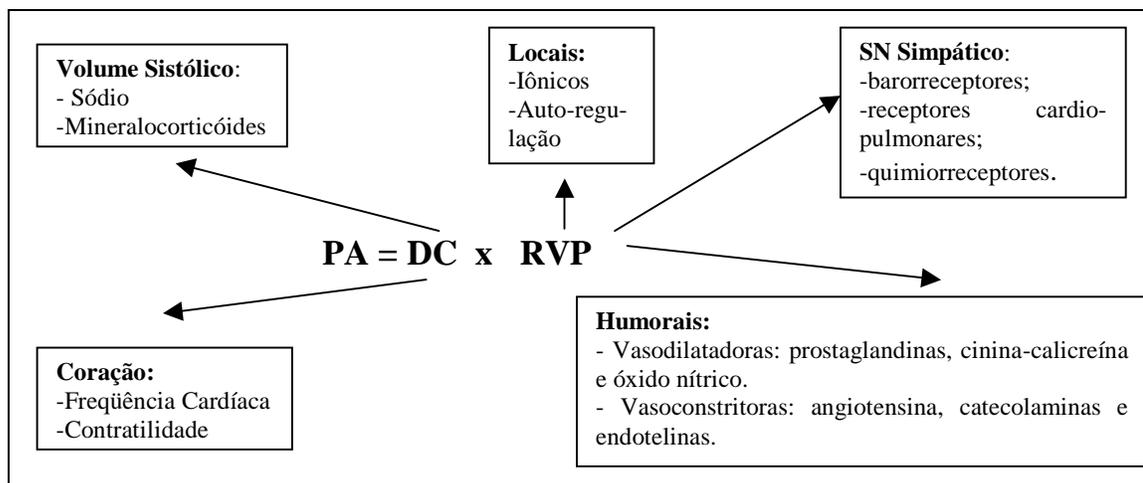
Mas, manter o DC e a RVP sob controle não é tarefa fácil, tendo em vista seus múltiplos e complexos fatores envolvidos, os quais estão explicitados na figura 1.

¹ Débito Cardíaco (DC) é definido como o volume de sangue ejetado pelo ventrículo esquerdo a cada minuto (aproximadamente 5,6 litros/minuto).

² Resistência Vascular Periférica (RVP) é definida como a força de impedimento encontrada pelo sangue para fluir através dos vasos.

De acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBH, SBC, SBN, 2002), a pressão sistólica, em maiores de 18 anos, deve ser considerada normal, quando estiver inferior a 130 mmHg, e a diastólica, inferior a 85 mmHg, pois acima desses níveis o indivíduo inicia o risco de apresentar eventos cardiovasculares, com maior probabilidade de desenvolver complicações em órgãos alvo, tais como o cérebro, rins e coração.

Amplas discussões e pesquisas parecem ter conduzido os estudiosos a um consenso acerca da Hipertensão. Definiram-na como complexa, desencadeada por desequilíbrio entre os mecanismos reguladores da pressão arterial, com potencial para causar alterações em importantes estruturas do sistema cardiovascular.



Fonte: Adaptado de Couto (2003).

FIGURA 1 - FATORES REGULADORES DA PRESSÃO ARTERIAL

Em literatura especializada, o conceito mais reconhecido atualmente é o que caracteriza a HA como “[...] uma condição sistêmica que envolve a presença de alterações estruturais das artérias e do miocárdio, associadas a disfunção endotelial e constrição de remodelamento da musculatura lisa vascular” (BRANDÃO et al., 2003, p.08).

De acordo com a média dos valores encontrados na mensuração da pressão arterial, foram estabelecidos estágios para classificar o grau de hipertensão em leve, moderada e grave.

O estágio 1 (hipertensão leve) inclui os indivíduos com Pressão Sistólica (PS)³ entre 140-159 mmHg e Pressão Diastólica(PD)⁴ entre 90-99 mmHg. No estágio 2 (hipertensão moderada), estão incluídas as pessoas com PS entre 160-179 mmHg e PD entre 100-109 mmHg e no estágio 3 (hipertensão grave), as que apresentam PS \geq 180 mmHg e PD \geq 110 mmHg (SBH, SBC, SBN, 2002).

Em 2003, o VII Joint National Comitee, após grande estudo prospectivo, concluiu que indivíduos com PS entre 130-139 mmHg e PD entre 80-89 mmHg, preenchem a categoria de pré-hipertensos. Essa comissão constatou a presença de risco para doenças isquêmicas do coração e do cérebro a partir de uma PS \geq 115 mmHg e PD \geq 75 mmHg, consolidando novas tendências na abordagem da HA (FUCHS, 2003).

Apesar da facilidade encontrada para definir em que estágio o cliente se encontra, a medida da PA não pode ser o único parâmetro para orientar a terapêutica da Hipertensão. É preciso considerar também os fatores de risco, lesão em órgãos-alvo e a existência de comorbidades.

Além da classificação atribuída por valores mensurados da PA, a Hipertensão pode ainda ser classificada de acordo com a etiologia.

Em 90 a 95% dos casos é denominada Essencial ou Primária, pois não são identificadas causas orgânicas para seu surgimento. Os 5 a 10% restantes, são classificados como Hipertensos Secundários, pois têm uma causa orgânica que determina a enfermidade. Destas, as mais comuns são as doenças que envolvem o parênquima renal e as de origem endócrina.

Apesar de na maioria dos casos não haver uma causa específica, os múltiplos fatores que participam da sua gênese são conhecidos e difundidos: a hereditariedade, a idade, a raça, o sexo, o estilo de vida comum em centros industrializados, a obesidade andróide e as doenças

³Pressão Sistólica (PS) é a pressão exercida na parede dos vasos no momento da contração cardíaca.

⁴ Pressão Diastólica (PD) é a pressão exercida na parede dos vasos no momento do relaxamento cardíaco.

associadas. Existem ainda fatores que interferem no controle e prognóstico da doença tais como o tabagismo, o alcoolismo e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Para Lessa (1998), enfermidades crônicas, como a HA, têm uma história natural prolongada, fatores de risco múltiplos e complexos, longo curso assintomático e uma evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte.

A assintomatologia é evidente numa grande proporção de hipertensos. Quando estes referem queixas, comumente já apresentam uma situação ameaçadora. Os sintomas mais freqüentemente mencionados são: escotomas, rigidez de nuca, epistaxe, cefaléia, rubor facial e taquicardia.

Devido a assintomatologia predominante, a doença é abordada metaforicamente como assassina silenciosa, que mata progressivamente, de modo imperceptível.

Na produção do conhecimento consensual, as metáforas são elementos importantes, pois expressam o próprio processo do pensamento, transformando um conceito abstrato em algo concreto, imagético, familiar (VALA, 2000).

Dada a magnitude do problema, os profissionais de saúde têm se preocupado em controlar a doença, utilizando-se dos métodos de tratamento disponíveis para tentar manter a pressão arterial menor ou igual a 140 x 90mmHg.

As diretrizes para o tratamento da HA (SBH, SBC, SBN, 2002) apontam dois métodos terapêuticos: orientações, objetivando a mudança do estilo de vida (MEV) e a utilização de fármacos.

Preconiza-se para o alcance do objetivo proposto, uma abordagem multiprofissional ao hipertenso, constituída por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde.

A terapia não farmacológica envolve as MEV. Esse método de tratamento estende-se a todos os hipertensos, como também às pessoas que desejam prevenir problemas cardiovasculares. As medidas a serem adotadas incluem: a adoção de uma dieta com baixo teor de sódio e gorduras saturadas, rica em potássio, cálcio e magnésio, a restrição de alimentos industrializados, a eliminação ou limitação do uso de bebida alcoólica, o abandono do tabagismo, a realização de atividade física regular e a manutenção do peso ideal.

Essa abordagem de tratamento tem sido pouco valorizada entre os profissionais da medicina, talvez pela difícil tarefa que é educar, ou pela sedução da prescrição.

Quanto aos profissionais da enfermagem, tem havido entre eles uma maior preocupação para manter os hipertensos motivados, porém a metodologia utilizada para as práticas de educação em saúde parece não ser adequada. Maciel e Araújo (2003) constataram que entre as enfermeiras dos Programas de Hipertensão do município de Fortaleza, ainda predomina a prática de atendimento individual, sem considerar a família e as atividades grupais. Talvez, seja este um dos fatores da baixa adesão ao tratamento, pois o hipertenso vem e retorna à comunidade. Suas atitudes, crenças, percepções e práticas são aprendidas neste ambiente. Daí a importância das reuniões de grupo e da participação da família nas práticas educativas.

Quanto ao tratamento medicamentoso, várias são as drogas disponíveis no Brasil (Anexo A), que podem ser utilizadas como monoterapia ou associadas. Essas drogas anti-hipertensivas podem ser divididas em seis grupos: Diuréticos, Inibidores Adrenérgicos, Vasodilatadores Diretos, Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina, Bloqueadores dos Canais de Cálcio e Antagonistas do receptor AT¹ da Angiotensina II (AII). Mas, por razões de custo-eficácia, o Ministério da Saúde padronizou a distribuição gratuita dos seguintes medicamentos: Hidroclorotiazida, Propranolol, Captopril, e Alfa-Metildopa (MION e PIERIN, 2001).

Entre as dificuldades encontradas para o controle da HA se encontra o abandono do tratamento medicamentoso e o uso inadequado das medicações prescritas. Essas condutas parecem estar relacionadas à utilização de drogas múltiplas, ao custo elevado da medicação, aos efeitos colaterais produzidos, ou por crenças negativas acerca de comprimidos, como a de que eles se acumulam no estômago e provocam doenças. Dessa forma, observamos que tanto na MEV, quanto no uso de medicamentos, estão inseridas questões culturais e de percepção do próprio cliente.

Por ser a HA uma doença crônica, esse tratamento perdurará por toda a vida. Isso implica em dizer que é necessário não apenas a orientação, mas uma contínua motivação, em que estarão envolvidos a equipe de saúde, o cliente e sua família.

Para Rodrigues (2003), o apoio social é importante, pois a Hipertensão, no adulto, pode levar a perda do emprego, aposentadoria precoce e, no idoso, pode determinar a perda da independência e autonomia, quando há complicações tais como o Acidente Vascular Encefálico, Insuficiência Cardíaca grave, entre outras. Por isso, segundo essa autora: “[...] os relacionamentos interpessoais positivos são básicos no processo de adesão ao tratamento, tanto dentro das relações familiares, quanto no sentido de pertencer a algum grupo e receber deste o apoio emocional necessário” (ibidem, p.88).

No âmbito das Políticas de Saúde para o controle de Hipertensão Arterial, as Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão e Nefrologia elaboraram no ano 2000 um Plano de Reorganização da Atenção à HA e ao Diabetes Melitus (DM). Essa estratégia visou aumentar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle das doenças crônicas em serviços da Rede Básica de Saúde/SUS.

O Plano constou de quatro etapas: capacitação dos profissionais de saúde que atuam na área, campanhas de detecção de hipertensos e diabéticos, confirmação diagnóstica e início

do tratamento e vinculação desses clientes diagnosticados às Unidades de Saúde, pelo Sistema Nacional de Informação em Hipertensão e Diabetes - HIPERDIA.

Foram realizadas 21 milhões de glicemias capilares e verificadas a PA de quase 12 milhões de brasileiros, sendo detectadas 3 milhões de pessoas suspeitas de ter diabetes e 4,2 milhões de prováveis hipertensos (MACHADO e FRAIGE, 2002).

Assim, verificamos que existe um significativo número de brasileiros com HA, dentre os quais encontramos uma grande proporção de pessoas idosas, haja vista a transição demográfica e epidemiológica evidenciada nas últimas décadas.

Essa clientela exhibe alterações biopsicossociais que, associadas à complexidade dos fatores reguladores da PA, dificultam o tratamento da HA. O cuidado prestado ao idoso hipertenso no contexto familiar reafirma o papel da família enquanto disponível para atender às necessidades de saúde e doença de seus membros.

A representação do cuidado ao idoso hipertenso, neste nível, está fundamentada em conceitos, idéias e práticas aprendidas e difundidas nos processos comunicacionais.

O universo reificado da HA torna-se acessível aos familiares cuidadores por meio de panfletos, cartilhas, programas de TV, reportagens em jornais e revistas, que adaptam o conteúdo científico a uma linguagem compatível com a capacidade compreensiva desses atores sociais.

Os cuidadores apropriam-se do conhecimento científico, transformando-o e agregando a estas experiências prévias e sua própria concepção acerca do cuidado com idosos hipertensos. Como resultado temos a construção de um conhecimento socialmente elaborado e compartilhado – o senso comum.

1.3 CUIDANDO DO IDOSO

1.3.1 Considerações acerca do cuidar/cuidado

Desde o princípio da vida, para que houvesse manutenção e perpetuação da espécie humana, foi preciso cuidar.

Esse cuidado humano esteve evidente na forma de proteger-se das intempéries da natureza, na provisão de alimentos e água, na defesa do território contra inimigos e animais ferozes, no apoio à pessoas fragilizadas: crianças, parturientes e enfermos. E, não obstante o cuidado ser tão antigo, continua sendo necessário em dias atuais e o será enquanto houver vida no planeta.

Cuidar faz parte da essência humana. É uma atitude tão complexa que transcende o corpo, pois é necessário cuidar da mente, do espírito e do ambiente. Ultrapassa as fases do desenvolvimento humano, pois cuidamos antes do nascimento e após a morte. Perpassa as questões de gênero, raça, cultura e escolaridade. Cuidar transcende o plano patológico, pois se estende também ao homem sadio. Poderíamos dizer ainda que o cuidado é necessário a tudo aquilo que valorizamos: seres animados e inanimados.

A esse respeito o filósofo Boff (1999) comenta que o cuidado existe quando alguém ou algo é importante para quem cuida, fazendo com que se dedique ao objeto ou pessoa apreciada.

Numa abordagem etimológica Rossi (1991) afirma ser o cuidar originado do latim *cogitare*, que significa cogitar, imaginar, pensar, meditar, julgar, aplicar a atenção, o pensamento.

Cuidar é relacionar-se e relacionar-se implica em respeitar o semelhante com suas limitações, preocupar-se com ele, ocupar-se, envolver-se, responsabilizar-se, inquietar-se com o problema do outro.

Erdmann (1998) corrobora com esta visão ao afirmar que o cuidado humano é polifuncional, polivalente e que tem por essência a relação pessoa-pessoa.

A maneira de cuidar sofre influência do contexto sócio-político-econômico-cultural em que se desenvolve. Assim, a substituição da energia humana por máquinas, a partir da Revolução Industrial; a violência gerada pelo crescimento desordenado das cidades; a desigualdade social e a competitividade causada pela globalização tornaram tênue o modo-de-ser-cuidado humano.

Mas, o cuidado resiste de forma diversificada e universal mesmo diante da atual conjuntura social, política e econômica que propicia o egoísmo, a exploração e o domínio das elites.

O cuidado pode ser definido como o ato, a ação, a materialização ou a objetivação do cuidar. É tornar real algo que foi refletido, construído no imaginário – o cuidar.

O cuidar/cuidado é representado pelo senso comum como proporcionar conforto, tocar, proteger, ser paciente, ficar perto, tomar conta, respeitar, fazer para/com o outro (WALDOW, 2001).

A evolução do homem e do cuidado foi simultânea, resultando no surgimento de profissões especializadas em cuidar, como a enfermagem, responsável pela vigilância à saúde nas diversas etapas do desenvolvimento humano.

O cuidado favorece a solidariedade, o exercício da cidadania, aproxima as pessoas, valoriza o ser e o viver. Mesmo quando não há mais possibilidade de prolongar a vida, como no caso de doentes em fase terminal, o cuidar ainda é necessário com a mesma intensidade.

Nesse sentido, Waldow, Lopes e Meyer (1995, p.16) descrevem o cuidar/cuidado como “[...] um esforço em proteger, promover e preservar a humanidade ajudando pessoas a encontrar significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência”.

O cuidado não é pré-determinado, tampouco padronizado. O cuidado é personalizado, de acordo com as necessidades da pessoa num dado momento e com os recursos, material, físico e pessoal disponíveis.

De acordo com Collière (1989, p. 235-236):

Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

O autocuidado é algo aprendido desde a infância, desenvolvido (re)criado e transformado em situação de enfermidade, ou na velhice, quando o potencial para autocuidado tende a decrescer, sendo necessário o apoio de outrem para realizar as atividades básicas da vida diária.

A pessoa que presta cuidados a idosos fragilizados é denominada de cuidador. Observamos que as mulheres têm assumido com maior frequência o papel de cuidadora.

Em face do novo perfil demográfico e epidemiológico configurado no Brasil, como o crescente número de pessoas idosas e alta prevalência das doenças crônicas, as mulheres têm revelado sua pluralidade enquanto cuidadora. Cuidam da casa, dos filhos, do esposo e dos idosos fragilizados.

Ser cuidador é uma condição aprendida, estimulada em maior ou menor grau por questões de gênero e cultura. Pode estar ainda vinculada a aspectos afetivos, à necessidade atrelada à falta de opção, à imposição, à religiosidade ou à vontade própria.

Para a efetivação do cuidado, o cuidador evoca valores culturais, conhecimentos das ciências humanas e naturais e experiências prévias de cuidado.

A pessoa que presta cuidados deve ser motivada e instrumentalizada para tal. Além desse aspecto, devem ser oferecidas também condições ambientais para o cuidado.

Algumas situações exigem do cuidador uma maior demanda de tempo e esforço físico. É o que acontece, por exemplo, nas atividades desenvolvidas por cuidadores de idosos

seqüelados de AVE ou em fase avançada de demência. Frequentemente, esses cuidadores recebem pouca ajuda formal e informal, vivendo em prol do idoso seqüelado ou dementado.

Outros cuidam de idosos parcialmente dependentes, auxiliando-os nas Atividades Instrumentais da Vida Diária, conduzindo-os à consulta para avaliar a evolução de doenças crônicas, oferecendo a medicação no horário, preparando as refeições e ajudando-os nos cuidados higiênicos.

Tanto numa condição de dependência total quanto parcial, o cuidador e o idoso crescem mutuamente, pois cuidar implica em troca (SILVA, 1998). Há um *feedback* de afeto, de desenvolvimento, por amar e ser amado.

Por isso, não podemos classificar o cuidado como mais ou menos importante. Seria mais coerente classificá-lo como mais ou menos desgastante ou estressante, pois todo cuidado tem seu mérito, uma vez que envolve a multidimensionalidade humana.

Por fim, compreendemos que o cuidar/cuidado não pode ser visto separado. O último é resultado do primeiro. Enquanto aquele é uma atitude, este é um ato terapêutico de concretização da ajuda necessária à manutenção da vida, resultante de um interesse e preocupação com o bem-estar do outro.

1.3.2 O cuidado familiar de idosos

Embora a velhice não seja sinônimo de dependência, as pessoas idosas vivenciam perdas significativas tornando-as mais suscetíveis a problemas de saúde. A família é o primeiro recurso que seus membros dispõem em situação de fragilidade, que pode advir por fatores biológicos, econômicos, sociais e/ou psicológicos.

A sobreposição de dois ou mais destes fatores é diretamente proporcional às necessidades de cuidados familiar. Provavelmente, com a tendência de crescimento da população idosa brasileira, as famílias terão aumentada a sua demanda de cuidados.

Elsen (2002, p. 12) compreende o cuidado familiar como um processo no qual:

[...] a família supervisiona o estado de saúde de seus membros, toma decisões quanto aos caminhos que deve seguir nos casos de queixas e ou sinais de mal-estar, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença de seus integrantes, pedindo auxílio a seus significantes e/ou profissionais.

A família brasileira está vivenciando de forma dinâmica inúmeras transformações que refletem e comprometem a qualidade dos cuidados implementados com os idosos.

Dentre essas mudanças está a participação progressiva da mulher no mercado de trabalho e a redução das taxas de natalidade e fecundidade. A crise econômica, consequência dos sucessivos planos econômicos frustrados, contribuiu para que as mulheres saíssem dos lares para trabalhar e adquirir recursos, objetivando auxiliar na sobrevivência dos membros da família.

Dessa maneira, optaram pela nuliparidade ou pela redução da prole, o que no futuro refletirá, dentre outras coisas, na carência de cuidadores informais de idosos.

Outro aspecto está na escassez de emprego e na exigência de qualificação, pressionando os mais jovens a migrarem para os grandes centros, em busca de mais oportunidade.

Observamos, então, uma carga excessiva sobre as mulheres. Estas, além da jornada de trabalho fora do lar, acumulam serviços domésticos e, por questões culturais, o cuidado de idosos, sendo por vezes a única cuidadora.

Os idosos, numa maior frequência que a população de jovens, exibem doenças crônicas únicas ou múltiplas. O caráter crônico da doença remete-os à impossibilidade de cura e viabilidade de controle com qualidade de vida.

Em nossa experiência profissional, temos observado a participação da família, em especial das mulheres, no cuidado de idosos com Hipertensão Arterial, despertando nosso

interesse em desenvolver esse estudo com o objetivo de identificar e compreender esses cuidados implementados à luz da Teoria das Representações Sociais.

A família, na busca pelo bem-estar de seus membros, cuida de modo processual, multidimensional, inter e intrageracional, num ambiente sociocultural próprio e com o apoio da rede de suporte social constituída por vizinhos, parentes e amigos (ELSEN, 2002).

Nos resultados obtidos em pesquisas do Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área de Saúde da Família - GAPEFAM/UFSC (ALTHOFF; ELSÉN; LAURINDO, 1998) identificamos aspectos aproximativos do cuidado familiar com as Representações Sociais. Segundo as autoras, o cuidado prestado por familiares parece estar ancorado no universo de significados, valores e crenças aprendidos, compartilhados e transmitidos entre as gerações, ao longo dos anos. Este cuidado objetiva-se sob a forma de presença, proteção, envolvimento, entre outros.

Apesar de o cuidado fazer parte da essência humana e a família ser o primeiro suporte disponível para o cuidado, em alguns casos podemos observar atitudes de não-cuidado.

A diminuição ou ausência de cuidados com pessoa(s) idosa(s) da família resulta, quase sempre, do estresse do cuidador, do desconhecimento acerca do tratamento, de relações conflituosas, da sobrecarga de atividades, da falta de recursos. Tais condições predisõem também a violência intrafamiliar dos idosos.

Desse modo, concordamos com Patrício (1994) ao afirmar que a família pode contribuir para o desenvolvimento ou limitação de seus membros. Cabe então, ao profissional de saúde, fortalecer e ajudar o grupo familiar, para que este possa ter, sempre que possível, atitudes de cuidado.

Como dissemos anteriormente, o cuidado familiar ocorre como um processo dinâmico. Os pais cuidam de seus filhos, e estes cuidam de seus pais quando idosos. Os filhos “tomam conta” de seus pais idosos e estes ajudam-lhes financeiramente com a aposentadoria. Esta

relação de co-dependência preenche as lacunas de fragilidade de ambos, garantindo-lhes a sobrevivência.

Por ser o cuidado influenciado pela cultura (LEININGER, 1991), a responsabilidade familiar pelo cuidado é exigida diferentemente entre as sociedades dos diversos países.

Na Itália, por exemplo, espera-se do filho mais velho o cuidado de seus pais. Na Espanha, é comum os idosos viverem em casas de repouso, sem que seja visto ou criticado pela sociedade como uma atitude de abandono familiar. No entanto, no Brasil, há culturalmente construída a idéia de que os idosos devem ser cuidados por suas filhas, no domicílio.

Essa característica permite a convivência intergeracional, numa dimensão física e social, o que nem sempre é desejável, mas necessário. Por vezes, diante da sobrecarga de atividades da mulher cuidadora, há dúvida se o cuidado deve ser priorizado às crianças ou aos idosos.

O cuidado familiar assume a característica marcante de inter-relação entre os Subsistemas de Saúde Familiar, Profissional e Popular (SILVA, SOUZA e MEIRELLES, 2004). Isso implica em dizer que para a família cuidar são utilizados os conhecimentos de seus membros, com base no senso comum, conhecimento formal e em curandeiros ou líderes religiosos.

Nesse processo, o idoso hipertenso não se encontra passivo. Ele exerce o autocuidado influenciado pelos subsistemas.

Enfim, cabe-nos afirmar que o cuidado familiar ao idoso é uma prática antiga, culturalmente aprendida e difundida, exercida especialmente pelas mulheres, que encontram facilidades ou dificuldades para o cuidar de acordo com o seu contexto socioeconômico.

1.3.3 O cuidado de enfermagem com idosos hipertensos

Embora a origem do cuidado coincida com a existência humana, a profissionalização deste ocorreu em meados do século XIX, na Inglaterra, com Florence Nightingale.

A enfermagem transformou o fenômeno intuitivo e empírico do cuidado em uma atividade profissional. Para tanto, manteve o caráter de ocupação e responsabilização com o outro, acrescentando-lhe a competência técnica exigida para firmar-se como ciência.

O desenvolvimento da enfermagem têm sido notório na área assistencial, na pesquisa e no ensino. Observamos que nas últimas décadas, as enfermeiras têm investido grandes esforços no estudo e desenvolvimento de novas abordagens tecnológicas para atender as necessidades de um grupo etário cada vez mais crescente no Brasil e no mundo: o das pessoas com 60 anos e mais.

Sobre esse aspecto, Gonçalves e Alvarez (2002) comentam que, apesar de haver publicações em enfermagem, na área do envelhecimento, desde a década de 80, a I Jornada de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, ocorrida em 1996, na cidade de Florianópolis, contribuiu significativamente para a divulgação e expansão da especialidade.

Nas ações de Vigilância à Saúde do Idoso, a enfermeira intenta manter a autonomia e independência do geronte pelo maior tempo possível, permitindo-lhe viver mais e com qualidade.

Para alcançar tal objetivo, a enfermagem gerontogeriátrica busca aproximar-se dos conceitos de cuidado antropobiológico definido por Collière (1989, p.296) como “[...] uma abordagem global das pessoas no seu contexto de vida, tentando compreendê-las em relação aos costumes, hábitos de vida, crenças, valores que veicula, bem como situar o impacto da doença e das limitações que lhe são inerentes em relação a esse contexto”.

Dentre as doenças que causam impacto, tanto na demanda dos serviços de saúde quanto na mudança dos hábitos de vida dos idosos, estão as enfermidades cardiovasculares,

tendo a Hipertensão Arterial como principal fator de risco. Por isso, entre os grandes desafios a serem conquistados pelos profissionais envolvidos no cuidar está o controle da HA.

Ainda existem muitos idosos que desconhecem ser hipertensos, ou conhecem, mas não estão controlados, estando suscetíveis a complicações cerebrovasculares. Numa pesquisa desenvolvida por Ramos (1995), em São Paulo, foi verificado que, de aproximadamente 1 milhão de idosos existentes no município, 600 mil eram hipertensos, 400 mil cientes e apenas 100 mil efetivamente controlados.

A baixa adesão também foi confirmada num segundo estudo desenvolvido na cidade de Bambuí, Minas Gerais, onde constatou-se que, dos 1.494 idosos participantes, 919 eram hipertensos, 704 eram cientes, 578 estavam em tratamento e apenas 224 estavam controlados (FIRMO, BARRETO e COSTA, 2003).

Sobre esta temática Mion e Pierin (2001) afirmam que, não obstante os eficazes esquemas terapêuticos disponíveis para o controle da pressão arterial, de modo geral, apenas 30% dos hipertensos estão controlados.

Os motivos para a não adesão são múltiplos e de acordo com Lessa (1998) incluem: a atitude pessoal, problemas relacionados ao serviço de saúde, questões sociais e econômicas, reações adversas ao tratamento e ao estágio da própria doença/complicações.

O idoso hipertenso freqüentemente tem sido assistido, em vez de ser cuidado nos Programas de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. A assistência prestada é na maioria das vezes despersonalizada, rotineira e protocolada, fazendo deste usuário um mero objeto receptor de cuidados.

No entanto, Waldow (2001, p.55) afirma que o cuidado humano “[...] não pode ser prescrito, não segue receitas, é sentido, vivido, exercitado”. Ainda, descreve que “[...] o cuidado implica numa relação interpessoal irrepitível, constituída de atitudes humanas, nem sempre previsíveis e que não devem ser preestabelecidas, tendo em vista as peculiaridades do

ser humano de ser único e potencialmente criativo” (ibidem, p.111). Prosseguindo, a referida autora considera que o cuidado deve envolver respeito, compreensão, planejamento com o outro.

A alta prevalência da HA em idosos deve-se ao desequilíbrio provocado entre os componentes vasoconstritores e vasodilatadores e das modificações dos componentes da função cardíaca.

Existe uma variedade de alterações fisiológicas que ocorrem com o processo de envelhecimento cardiovascular. Lakatta (1994) destaca, entre outras: o endurecimento das paredes arteriais devido alterações na quantidade e natureza da elastina e colágeno, bem como da deposição de cálcio; a disfunção endotelial com redução da produção de óxido nítrico, a esclerose das válvulas cardíaca e o aumento da parede ventricular esquerda.

Publicações científicas que abordam o assunto, alertam os profissionais de saúde para a condução adequada do tratamento da hipertensão no idoso. Os aspectos do tratamento não-medicamentoso devem ser explorados e o tratamento medicamentoso apropriado, evitando situações de sub ou sobre doses.

A HA se manifesta em idosos de forma silenciosa, ou exibindo escotomas, cefaléia, epistaxe, zumbido e taquicardia. Porém, a percepção dos profissionais de saúde acerca da velhice parece influenciar na qualidade dos cuidados oferecidos às pessoas incluídas nesta faixa etária.

A relação do idoso com a morte pode ser um dos fatores que contribui para o menor esforço empreendido no controle das doenças crônicas nessa população específica. Entretanto, é fato comprovado, em dados estatísticos, que aos 65 anos espera-se viver ainda de 15 a 19 anos (CARVALHO, 2003). Então, é pertinente que os profissionais envolvidos no cuidado com idoso hipertenso busquem conduzir o tratamento, na perspectiva de garantir essa

longevidade alcançada com autonomia e independência. Nesse sentido, as orientações para MEV devem se estender também a esses clientes.

O apoio à realização de atividade física é importante porque, além de ajudar no controle da PA, determina uma sensação de bem-estar, melhora a autoconfiança, diminui a ansiedade e evita a depressão.

Deve haver também motivação para o abandono do alcoolismo que atinge 5% dos idosos, podendo haver um incremento devido a aposentadoria, a perda de pessoas significativas (cônjuge, amigos) e ao sedentarismo.

Em relação ao tabagismo, a sua cessação é benéfica em qualquer idade, pois além de reduzir o risco para as doenças cardiovasculares, melhora o quadro pulmonar.

No seguimento dietético, é necessário manter o peso ideal, evitando situações de sobrepeso ou desnutrição. Nesse aspecto, as orientações do enfermeiro devem corroborar as realizadas pela nutricionista.

Quanto ao uso dos anti-hipertensivos, o enfermeiro deverá estar atento aos efeitos indesejáveis e ao uso correto destes, pois é comum a polifarmácia nesta faixa etária, e a redução da acuidade visual e do controle motor podem dificultar a ingestão diária dos comprimidos.

Para implementar esses cuidados, deve ser utilizado como instrumento básico o Processo de Enfermagem, obedecendo para a sua operacionalização as fases de avaliação, diagnóstico, prescrição, implementação e evolução.

A primeira etapa envolvida nesse processo de sistematização é a avaliação: momento em que o enfermeiro inicia o relacionamento interpessoal com o cliente e coleta informações úteis para o planejamento dos cuidados. As informações colhidas são provenientes da anamnese (uma investigação dos diversos sistemas) e do exame físico, definido como um

método de coleta de dados objetivos, detectados pela enfermeira na inspeção, palpação, percussão e ausculta.

O enfermeiro nesta fase deverá estar atento às alterações biológicas normais do envelhecimento (envelhecimento primário) e às patológicas (envelhecimento secundário), que serão mais ou menos exuberantes, de acordo com as características genéticas e estilo de vida adotado pelo idoso ao longo dos anos vividos. Antes da anamnese, é pertinente verificar as condições de orientação do idoso e sua acuidade auditiva, pois estas modificações podem comprometer a qualidade das informações.

Para ampliar a sua avaliação, o enfermeiro, ainda dispõe de protocolos específicos para a terceira idade, tais como: a escala de Atividades de Vida Diária (AVD) e de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), o Miniexame do Estado Mental (MEEM), a Escala de Depressão Geriátrica, entre outros.

Na segunda fase, após ter coletado e analisado os dados, a enfermeira identifica os problemas reais e potenciais do idoso, determina seu grau de dependência e faz um julgamento clínico – o diagnóstico de enfermagem.

Esse julgamento clínico é acompanhado da elaboração de um conjunto de medidas compatíveis com a realidade observada e possível de serem viabilizadas. Deve ser participativo, incluindo o idoso e seu cuidador principal.

Outro aspecto relevante a ser considerado pelo enfermeiro é o preocupar-se com a saúde do cuidador, pois esta costuma ser filha ou neta do idoso, possuindo o componente genético da HA, agregado a hábitos de vida comuns com a do geronte.

A quarta fase, a de implementação, consiste em operacionalizar o que foi planejado. Um plano de cuidados bem elaborado, em que foram observadas as necessidades do idoso e seu contexto, contribui para o sucesso desta etapa.

O processo de enfermagem encerra com o registro das informações, constando da evolução dos problemas do idoso e os resultados obtidos com as ações executadas.

Com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os enfermeiros têm encontrado maior facilidade em compreender os fatores determinantes do controle da HA no idoso, porque estão mais próximos do contexto do idoso e de sua família.

Ao aproximar-se do universo familiar nas visitas domiciliares, o enfermeiro identifica os fatores socioeconômicos e culturais que influenciam a atitude dos idosos e de sua família no processo saúde-doença.

Santos e Sebastini apud Silva et al. (2002) fazem uma alusão à família como uma estrutura fundamental para a adaptação do cliente à sua condição de doente crônico.

Desse modo, justifica-se a inclusão do cuidador no planejamento das ações, pois ele é componente importante e integrante do/no cuidado ao idoso hipertenso. Contudo, é preciso considerar que “[...] esta é uma aproximação progressiva, não linear, onde todos compartilham saberes, decisões e poder” e são estabelecidas as responsabilidades de cada uma das partes (ALTHOFF, ELSSEN e LAURINDO, 1998, p.323).

Enfim, para que a enfermagem possa cuidar de idosos hipertensos com eficácia e eficiência é preciso considerar os seguintes aspectos:

- cuidar de idosos não é uma atividade específica da enfermagem. A família também cuida, baseada em suas experiências, orientação de profissionais e de outros recursos disponíveis;

- o envelhecimento traz consigo uma série de alterações que devem ser conhecidas pelas pessoas diretamente envolvidas com o cuidado de idosos;

- a família deve ser orientada para ajudar o idoso no sentido de controlar doenças crônicas para evitar complicações e situações que gerem dependência.

2 ABORDANDO O ALICERCE TEÓRICO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

2.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A escolha das Representações Sociais como referencial para esse estudo se deve ao fato de essa teoria ser apropriada à compreensão e explicação de uma realidade que tenha significância, neste caso particular, o cuidado com idosos hipertensos.

No Brasil, as últimas décadas foram caracterizadas demograficamente por um crescimento do número de idosos e, epidemiologicamente, por um aumento da prevalência da Hipertensão Arterial nesta população. Desse modo, inúmeras famílias convivem com idosos hipertensos e adotam maneiras de cuidar/cuidado no ambiente domiciliar.

Nesse lócus, identificamos, nos cuidadores familiares, pessoas sensíveis às necessidades de saúde-doença que emergem do processo de viver/envelhecer. Por isso, eles exibem idéias e atitudes de cuidado ante a Hipertensão evidenciada pelos membros idosos.

O conhecimento e a compreensão de comportamentos e práticas do grupo social de familiares cuidadores de idosos hipertensos é fundamental para os profissionais de saúde. As práticas de cuidado implementados no domicílio parecem ser resultantes de uma forma de pensar e interpretar a HA e suas formas de tratamento.

A relevância da apreensão desse conhecimento elaborado mediante processos sociocognitivos, está na sua capacidade de orientar práticas que direta ou indiretamente influenciam na aderência do idoso hipertenso ao tratamento estabelecido pelos profissionais de saúde.

Dessa forma, a Teoria das Representações Sociais (TRS) se adapta como subsídio eficaz para a compreensão do objeto a ser estudado, pois se enquadra na nova visão de mundo com a qual nos deparamos: uma concepção sistêmica da vida, em que o homem se encontra num estado de inter-relação com a família e a comunidade.

A origem da TRS está ancorada no meado do século XX, quando o psicólogo francês Moscovici observou que as informações sobre a psicanálise chegavam às diversas classes sociais, sendo apreendidas, transformadas e utilizadas no cotidiano. Decidiu, então, desenvolver uma pesquisa (sua tese de doutorado) sobre como a comunidade parisiense compreendia e utilizava esses conhecimentos, tendo sido publicada em 1961, sob o título: “La Psychanalyse, son image et son public”. A partir deste trabalho a TRS foi divulgada e aprimorada, como temos evidenciado nos dias atuais.

Sá (1998) descreve as áreas de pesquisa que têm utilizado a TRS como referencial, destacando como principais: a ciência, a saúde, a exclusão social, a educação, a comunidade, o trabalho e o desenvolvimento.

No campo da saúde, já foram desenvolvidos estudos sobre as Representações Sociais da doença mental, da aids, da velhice, da epilepsia, das práticas profissionais dos trabalhadores em Central de Material Estéril, do cuidado no Diabetes Mellitus, do cuidado com idosos seqüelados de AVE, entre outros. Observamos, pois, a extensa lista de trabalhos produzidos, não pretendendo aqui esgotá-los, mas apresentar a gama de fenômenos que a RS tem auxiliado desvendar.

O estudo que ora apresentamos propõe identificar as Representações Sociais do cuidado com idosos hipertensos em uma comunidade periférica do município de Jequié-Ba.

Moscovici (1981, p.181) conceitua as Representações Sociais (RS) como “[...] um conjunto de conceitos, proposições, originadas na vida cotidiana, no curso das comunicações interpessoais [...] podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum”.

Ainda, segundo esse autor, as RS emergem dos processos comunicacionais diários entre os indivíduos. Jodelet (1989, p.36) corrobora tal afirmação quando concebe a representação como “[...] uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

A Representação Social também pode ser entendida “[...] como um conteúdo mental estruturado – isto é, cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico – sobre um fenômeno social relevante, que toma a forma de imagens ou metáforas, e que é conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social” (WAGNER, 1998, p.03 e 04).

Para a elaboração dessa doutrina, Moscovici fundamentou-se, basicamente, em três estudos: o de Gramsci sobre o senso comum, o do Processo Cognitivo de Piaget e as Representações Coletivas (RC) de Durkheim.

Até então, o senso comum não conseguia destaque na comunidade científica, porque era considerado um conhecimento anti-ciência, confuso, ingênuo, inconsistente, desarticulado, pré-lógico e construído por amadores. Moscovici apresenta por meio das RS a possibilidade de se analisar cientificamente o senso comum de uma forma lógica e organizada psicologicamente, com potencial transformador, pois corresponde às reais condições de vida da população.

Ainda, com base nos estudos de Piaget sobre o processo de conhecimento e aprendizado, visualizou que o homem não era mero reprodutor de informações, mas um teórico da realidade social. Piaget concebia o senso comum como um modo de conhecimento sociocêntrico, orientado para o atendimento das necessidades neste nível.

Todavia, foi com a reflexão e transformação das RC de Durkheim que Moscovici completou a fundamentação epistemológica da sua teoria.

Émile Durkheim, sociólogo francês, foi quem primeiro analisou um fato social – o suicídio. Suas idéias acerca das representações não foram valorizadas, porque ele acreditava numa dissociação entre o psíquico e o emocional e que as RC eram coercitivas, conduzindo os homens a pensar e agir de forma homogênea. Para ele, os indivíduos reproduzem as informações, enquanto que Moscovici contrapõe-se a esse pensamento, afirmando que não pode haver dissociação entre o indivíduo e a sociedade e que o homem constrói significados e teoriza a sua realidade social. Dessa forma, as RS emergem da intersecção das ciências psicológicas e sociológicas, surgindo a psicossociologia, visando a compreensão da elaboração da formação do pensamento social e a previsão das condutas humanas (BOMFIM e ALMEIDA, 1992).

Em outras palavras poderíamos dizer que as representações emergem da intersecção entre os níveis intrapessoal (cognitivo) e o interpessoal (social).

No plano simbólico, para que as representações sejam elaboradas, é preciso haver um conteúdo informativo que não seja apenas significativo, mas tenha significância. Por isso, afirma-se que a representação é social. O fenômeno representado é importante, consistente para o grupo investigado, determinando atitudes deste em relação àquele.

De acordo com Moscovici (1978), as atitudes podem ser vistas, ainda, como uma orientação em relação ao objeto representado, que após constituir conhecimento organizado ganha um aspecto imagético.

No plano social, o autor aponta a pressão à inferência como um dos determinantes para a produção das RS. Compreendemos que ante a existência de um fenômeno representacional, os sujeitos são levados a emitirem um parecer, ou determinar qual posição irão tomar. Geralmente, essa conduta é orientada visando atender objetivos individuais (engajamento) e grupais.

Para Nóbrega (2001, p.85) a pressão à inferência é produto “[...] da permanente necessidade que os indivíduos têm de reação à dinâmica social e da busca do consenso nos processos comunicacionais”.

As RS revelam a construção do conhecimento pelo senso comum, feita pela comunicação para a ação, o que nem sempre é lógico, conduzido por um ensinamento científico. Mas, também não poderíamos dizer que o conhecimento do senso comum é construído de forma ilógica. Melhor seria dizer que a sua construção é antropológica, pois resgata suas crenças, atitudes e concepções, o que nem sempre coincide com o que foi ensinado por um profissional.

Sawaia (1995) adverte que as representações são denominadas sociais, não por uma determinação ideológica, uma obediência inconsciente a uma idéia dominante, mas pela forma como emergem, da comunicação entre indivíduos. Na verdade cada indivíduo, dentro de uma sociedade, tem um certo grau de liberdade, e suas idéias e concepções acerca de um objeto dependem do seu grau de socialização e educação.

Para explicar a utilidade das RS, Moscovici, em 1961, descreveu duas funções: a **de saber**, que dá oportunidade aos atores sociais de compreender o objeto dentro de sua capacidade cognitiva, de acordo com os seus valores, e a de **orientação**, em que a compreensão do objeto determina como os indivíduos vão agir e reagir perante ele.

Em 1994, Jean Claude Abric, após vários estudos, incluiu mais duas funções: a **identitária** e a **justificadora**. Aquela, afirma que indivíduos compartilhando a mesma forma de compreensão do objeto são identificados e protegidos entre os membros do grupo, enquanto que esta permite justificar determinada posição ou comportamento a partir da compreensão do objeto.

Para a formação do processo representacional, Moscovici identificou que é necessária a intervenção do sistema cognitivo e neste nível.

[...] vemos em atividade dois sistemas cognitivos um que procede a associações, inclusões, discriminações, deduções, quer dizer, o sistema operatório, e outro que controla, verifica, seleciona, com apoio de regras, lógicas ou não; trata-se de uma espécie de metassistema que retrabalha a matéria produzida pelo primeiro (MOSCOVICI, 1978, p.255-256).

O autor supracitado explicitou que para a elaboração da RS são necessários dois processos: o de ancoragem e o da objetivação. Identificou no primeiro a formação de um sentido a partir de uma figura e no segundo a formação de uma figura a partir de um sentido.

Desse modo, quer-se dizer que, para pensar um novo objeto, o indivíduo necessita referendar suas experiências, idéias e conceitos previamente estabelecidos. Assim, partimos de um ponto de referência para originar e dar significado a um novo conhecimento. Baseado neste pressuposto, Sá (1995, p.37) declara que a **ancoragem** “[...] consiste na integração cognitiva do objeto representado – sejam idéias, acontecimentos, pessoas, relações, entre outros – a um sistema de pensamento social preexistente e nas transformações implicadas”.

Corroborando com Sá (1995), Escudeiro e Silva (1998, p.51) afirmam que “[...] a representação não vem do nada, ela encontra sempre um já pensado presente ou manifesto, ou seja, um terreno já cultivado de idéias, crenças, conceitos e pré-conceitos”.

Para a estruturação da ancoragem são necessárias três condições: a *atribuição de sentido*, na qual o pensamento constituinte se apóia sobre o pensamento constituído; a *instrumentalização do saber*, quando o novo objeto é transformado em saber útil e o *enraizamento no sistema de pensamento*, familiarizando e incorporando o estranho.

Quanto à **objetivação**, Nóbrega (2001, p.73) afirma que esse processo “[...] consiste em materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, enfim, transformar em objeto o que é representado”. É a elaboração de uma imagem sobre a realidade pensada, como ocorre na personificação, quando materializamos num nome ou num rosto uma idéia, ou na metaforização, evocando algo conhecido para descrever um fenômeno ainda desconhecido.

A objetivação é constituída de três fases: a *construção seletiva*, caracterizada pela retirada dos elementos de acordo com critérios e valores do grupo; a *esquematisação estruturante*, ou seja, a formação de um esquema organizado num núcleo central e periférico; e a *naturalização*, quando o abstrato torna-se plenamente real.

Consolidando as idéias supracitadas sobre estes processos essenciais à construção das representações, concordamos com Cruz (2003) quando afirma:

[...] a objetivação, portanto, dirige a memória para o exterior e a ancoragem para o interior, da seguinte forma: na objetivação, ocorre o processo de derivação de conceitos e imagens na memória, com a ajuda do que foi visto, para serem combinados e reproduzidos no mundo externo, como algo novo; na ancoragem, a memória voltada para o interior busca situações, eventos e pessoas que possam ser identificadas como modelos a serem reconhecidos, através de um novo nome. Assim, enquanto processo da objetivação, a ancoragem é constituída de elementos que são utilizados como referência nas experiências e esquemas do pensamento já existentes sobre o novo objeto (CRUZ, 2003, p. 53).

Dada a importância da comunicação para as RS, Moscovici classifica e analisa três sistemas indutores das representações: a propagação, a difusão e a propaganda. Na **propagação** as informações são produzidas pelo e para o grupo, enquanto que na **difusão** as informações alcançam um público variado. Na **propaganda**, observa-se que a imagem construída do outro é oposta a representação do grupo, gerando relações sociais conflituosas.

A comunicação, pois, é componente indispensável à construção das representações. Essa elaboração sobre uma questão atual ou relevante ocorre em ambientes que fazem parte do cotidiano dos indivíduos: a recepção do centro de saúde, o supermercado, a escola, a igreja, a praça, quando as pessoas interagindo (comunicando-se) são impulsionadas a emitirem opiniões sobre determinado assunto (SÁ, 1995).

Portanto, as RS podem ser consideradas não apenas como pensamentos, idéias, mas também como teorias que são construídas pelo senso comum. São selecionados elementos, alguns descartados, outros incluídos, até haver consolidado um conhecimento que direcionará a sua ação. Esta seleção dependerá da capacidade cognitiva da cada ator social. O elemento a

ser descartado poderá ser o proveniente de abordagem científica; e o incluído, o visível na convivência e experiência em tais situações.

Nesses mais de quarenta anos de estudo, discussão e difusão das RS, novas abordagens foram oferecidas à teoria. Willem Doise enveredou pelo aprofundamento sociocultural, explorando as diferenças culturais das representações. Abric elaborou a Teoria do Núcleo Central, e somente Jodelet continuou fiel às proposições iniciais de Moscovici.

A seguir abordaremos os aspectos estruturais das Representações Sociais proposto por Abric, ao complementar a teoria inicial de Moscovici.

2.2 A TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO FAMILIAL COM IDOSOS HIPERTENSOS

Jean Cloud Abric organizou no ano de 1976 a **Teoria do Núcleo Central** com o objetivo de detalhar a estrutura das Representações Sociais propostas por Moscovici em 1961, assumindo desse modo um caráter complementar e refinado à “grande teoria”.

Para este autor, o conteúdo da representação está organizado em um sistema central (estável, rígido, consensual) e em sistemas periféricos (mutável, individualizado), dispostos em torno daquele.

Os elementos que compõem o núcleo central podem ser compreendidos como estruturantes e responsáveis por dar um sentido aos elementos periféricos. Se os elementos centrais forem modificados, a representação do objeto também o será, pois ele é quem dá significado, organiza e estabiliza a representação.

A centralidade de um elemento pode ser atribuída à sua frequência de exposição pelos atores sociais, mas não somente por esse critério, pois, “[...] o núcleo central possui, antes de tudo, uma dimensão qualitativa. Não é a presença maciça de um elemento que define sua centralidade, mas sim o fato que ele dá significado à representação” (WAGNER, 1998, p.31).

Não obstante determinados elementos constituintes da representação serem denominados periféricos, eles se constituem essenciais, pois são mais acessíveis ao grupo.

Equivalente a dizer que os elementos emergentes nesse estudo como núcleo central do cuidado com o idoso hipertenso são tidos como uma construção socialmente elaborada pelos familiares cuidadores. Mas, no contexto sócio, político, econômico e cultural em que estão inseridos, o cuidado com o idoso hipertenso se concretiza, com maior frequência, mediante os elementos constituintes do núcleo periférico, pois são imediatamente acessíveis aos cuidadores.

Desse modo, concordamos com Moliner apud Wagner (1998, p.33) ao afirmar que: “[...] os esquemas centrais são normativos no sentido que eles expressam a normalidade, mas não a certitude, enquanto que os elementos periféricos condicionais, expressam o freqüente, às vezes o excepcional, mas nunca o anormal”.

O sistema periférico diz respeito ao que foi adaptado, acrescentado, complementado ao núcleo central, de acordo com o contexto e experiências vividas pelo cuidador. Relacionamos, portanto, de forma harmoniosa, os aspectos inerentes ao cuidado antropológico proposto por Collière (1989) ao caráter personalizado e individualizado desse sistema.

Em nossa experiência, observamos que, no ambiente domiciliário, o cuidado familiar com o idoso hipertenso tem-se mostrado individualizado e influenciado por situações internas e externas, apesar de este objeto ser representado de modo consensual. Temos, dessa forma, encontrado paradoxos nas características estruturais das representações.

Apesar de parecerem contraditórias, essas características estruturais da representação e o seu conceito, elaborado por Moscovici, são compatíveis. Ele identificou que as RS emergem das ciências psicológicas e sociológicas, logo de aspectos individuais e coletivos.

Sá (1996) descreveu que as representações são ao mesmo tempo estáveis e móveis, rígidas e flexíveis, consensuais e marcadas por diferenças individuais.

Conhecer a estrutura representacional do cuidado familiar prestado a idosos hipertensos pode contribuir para que os profissionais de saúde incluam os cuidadores como membros integrantes da rede de suporte informal, a fim de que apoiem o idoso na difícil e complexa tarefa de controlar a pressão arterial.

3 DEFININDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, compreensivo, em que foram utilizados multimétodos, envolvendo aspectos quantitativos e qualitativos, fundamentado na Teoria das Representações Sociais.

Segundo Marconi e Lakatos (1988), nos estudos descritivos há uma preocupação em descrever um fenômeno ocorrido num determinado período e local. Nessa situação particular, investigamos o fenômeno do cuidado prestado a idosos hipertensos por seus familiares cuidadores, residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, procurando descrevê-lo, mais não limitando-nos somente a esse aspecto.

Assim, neste estudo, esforçamo-nos também em compreender o fenômeno, revelando como o cuidado com o idoso hipertenso é representado e percebido por seus familiares cuidadores e as dificuldades encontradas por eles para o cuidar/cuidado.

A escolha das Representações Sociais como base teórica está vinculada a sua adequação para desvendar o pensamento da sociedade presente acerca de um objeto compartilhado na vida cotidiana, que nesse caso será o conhecimento socialmente construído e apropriado acerca do cuidado familiar com idosos hipertensos.

Os múltiplos fatores envolvidos na gênese da HA, os aspectos biológicos, sociais e econômicos do envelhecimento e a dinâmica familiar tornam complexo o cuidado com o idoso hipertenso. Desse modo, com a finalidade de alcançar os objetivos propostos e seguir as

recomendações para estudos fundamentados na TRS (ABRIC, 1994; JODELET, 1984; SÁ, 1996) é que optamos por multimétodos, que aqui foram vistos como complementares.

Os aspectos quantitativos da pesquisa puderam ser observados no processamento estatístico das informações coletadas por meio do Teste de Associação Livre de Palavras. Por meio do programa de computador EVOC, foi possível revelar a frequência das palavras mais evocadas pelo cuidador em resposta ao estímulo concedido.

Já os aspectos qualitativos da pesquisa referiram-se ao caminho percorrido para desvendar o universo de significações, atitudes e crenças, que permeiam o cotidiano desse grupo de familiares cuidadores.

Embora com a determinação do núcleo central e periférico fosse possível visualizar a estrutura da representação do objeto em estudo, não conseguimos, somente por seu intermédio, contemplar a dinâmica com que é implementado o cuidado com o idoso hipertenso na vida cotidiana. Por isso, nos apropriamos dos discursos dos cuidadores para ampliar a nossa discussão e fazer, com mais segurança, inferências que poderão auxiliar a prática dos cuidadores.

Desse modo, a trajetória metodológica, combinando técnicas variadas de coleta e análise das informações, permitiu uma idéia mais ampla do complexo fenômeno estudado, não somente descrevendo-o, mas também explicando-o e compreendendo-o.

Temos a percepção de que buscamos uma maior aproximação da verdade, mas esta não é absoluta. Constitui o retrato da realidade de um determinado grupo, num dado momento e local, uma vez que o objeto de estudo em RS é histórico e culturalmente condicionado.

Portanto, os resultados obtidos não são passíveis de replicação ou generalização para outros contextos. Isto implica considerar que: “[...] as sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo, que os grupos sociais que as constituem são

mutáveis e tudo, instituições, leis, visões de mundo, são provisórios, estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado” (MINAYO, 1993, p.20).

3.2 CAMPO DE ESTUDO

3.2.1 Contexto do estudo: o município de Jequié-BA

A pesquisa foi desenvolvida em um bairro periférico do município de Jequié-BA, em domicílios de familiares cuidadores de idosos com diagnóstico de Hipertensão Arterial.

A cidade de Jequié está localizada no sudoeste da Bahia, a 360km da capital, Salvador. Seu território de 3.113km² está incluído nos limites entre a Caatinga e a Zona da Mata.

De acordo com o último censo (IBGE, 2000) haviam no município 147.202 habitantes, sendo 71.899 homens e 75.305 mulheres, desses, 14.085 (9,6%) são idosos.

A cidade originou-se da antiga fazenda Borda da Mata, fundada pelo inconfidente José de Sá Bittencourt, em 1789. Nessa época a região era coberta de matas inexploradas, algodoads nativos e maniçoba, às margens do rio de Contas. As terras do latifúndio compreendia os territórios dos atuais municípios de Ipiaú, Jequié, Jaguaquara, Maracás e Boa Nova.

Com o falecimento do inconfidente, as terras foram repartidas entre os herdeiros provocando sua decadência. Todavia, formou-se, aos poucos, um pequeno povoado de indígenas e negros escravos que foi crescendo e tornando-se importante centro de comércio, utilizando o rio de Contas como via de transporte (FERREIRA, 1958).

Aos 107 anos, Jequié ocupa atualmente, a posição de sexta maior cidade em população no Estado e sua economia está baseada na agropecuária e indústrias, estas dedicadas principalmente às áreas de confecções e alimentos. Todavia, essas atividades ainda são pouco satisfatórias e inadequadas para o contingente de habitantes. Dessa forma, o município atualmente passa por uma grave crise econômica, refletida na inércia do seu comércio,

elevada taxa de desemprego e empobrecimento dos jequieenses. Os comerciantes esperam um aquecimento das vendas com a chegada de novos cursos na UESB (como o de odontologia), bem como com a circulação de capital gerada pelos novos alunos matriculados nos cursos de instituições privadas de ensino superior, recém-implantadas na cidade.

Em matéria de saúde, o município dispõe de um hospital público regional, seis clínicas privadas, dezoito postos e quatro centros de saúde, sete na zona urbana e onze na zona rural, um centro de endemias, um laboratório regional e onze equipes de saúde da família⁵ (ESF).

As ações de Vigilância à Saúde do Idoso, mantidas pela Secretaria Municipal de Saúde, ainda são incipientes. Os indivíduos na faixa etária de 60 anos e mais são atendidos principalmente nos ambulatórios dos programas de Hipertensão e Diabetes, nas visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde⁶ (ACS) e profissionais da ESF. Ainda há disponível para idosos desamparados pela família e comunidade a Fundação Leur Brito, instituição asilar filantrópica, com capacidade para 70 pessoas.

Diante desse contexto, a UESB, ciente do seu papel social, vem desenvolvendo ações voltadas especificamente à clientela idosa.

A primeira dessas iniciativas foi a criação do projeto Universidade Aberta com a Terceira Idade (UATI) em 1996, gerando um leque abrangente de atividades intra e extramuros. Dentre as atividades extra muros destacamos os Grupos de Convivência, que hoje já são em número de 15, estabelecidos nas comunidades eclesiais de base da cidade. Fruto desse trabalho, foi fundada em novembro de 2001 a AAGRUTI – Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade, cujos objetivos são: a

⁵ O Programa de Saúde da Família foi criado em 1994 pelo MS com o propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. O atendimento é prestado na Unidade Básica ou no domicílio. A equipe é formada por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem e 04 a 06 Agentes Comunitários (MS, 2003).

⁶ O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi criado em 1991 pelo MS. Os ACS ficam responsáveis por 575 pessoas e fazem ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês. Também é sua função: realizar mapeamento da área, cadastrar as famílias e estimular a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de vida (MS, 2003).

formação contínua de seus membros e manutenção de seu interesse em melhorar os conhecimentos e conquistar novas experiências; as atividades que proporcionem às pessoas um processo de envelhecimento bem sucedido e a possibilidade de convivência permanente de pessoas, visando a integração concreta de jovens e idosos (AAGRUTI, 2001).

Em 2000, numa construção intersetorial com a Secretaria Municipal de Saúde, foi implementado o Projeto de Extensão NASEN – Núcleo de Atenção à Saúde no Envelhecimento, para o desenvolvimento de ações de vigilância à saúde do idoso num bairro periférico do município. Esse Projeto integra atividades entre docentes e discentes (bolsistas e voluntários) dos cursos de enfermagem e fisioterapia, mediante o cuidado de idosos no ambiente domiciliar, estimulando a participação do familiar no cuidado, valorizando e instrumentalizando a pessoa do cuidador (SOUZA, MEIRA e ASSUNÇÃO, 2002).

Quanto às atividades intramuros, destacamos o Grupo de Estudos e Pesquisas do Envelhecimento (GREPE) e os Cursos Livres para a Terceira Idade, oferecidos, pela primeira vez, no ano de criação da UATI (1996) e posteriormente no ano de 2003, com ampla opção para os idosos: Corpo/Mente em Sintonia, A arte de Viver Mais e Melhor, Informática, Atividade Física, Psicodinâmica do Envelhecimento, Cantoterapia, Terapia Corporal, Atividades Ocupacionais e Dança de Salão.

Com o objetivo de identificar os resultados obtidos em face das atividades desenvolvidas pela UATI/UESB, sobre os modos de vida dos seus participantes, Sena e Carvalho (2002) desenvolveram um estudo com uma abordagem qualitativa, fundamentada no método da História Oral, cujos resultados revelaram um aumento da auto-estima e autoconfiança, reconhecimento da necessidade de “ser velho”, inserido na sociedade, mudança de atitudes intra e inter-relacional junto à família e comunidade e interação com a comunidade universitária, dentre outros.

A UESB dispõe, ainda, de um curso de Especialização em Gerontologia aberto aos profissionais de saúde, que tem contribuindo significativamente para a qualificação desses profissionais no cuidado aos idosos da comunidade.

3.2.2 Cenário do estudo: o bairro INOCOOP, do município de Jequié-BA

A escolha do bairro INOCOOP⁷ como cenário esteve vinculado a aspectos como: ter organizado e em pleno funcionamento o Programa de Saúde da Família, possuir um número considerável de idosos hipertensos e atuar como campo de ensino, pesquisa e extensão para estudantes de graduação e pós-graduação.

Localizado na zona periférica do município de Jequié, o bairro INOCOOP limita-se com os bairros Jequezinho e São José. Seu relevo é acidentado e o solo pobre em vegetação.

De acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde (SIAB, 2001), residiam nesse local 2.522 famílias, perfazendo um total de 10.817 habitantes. Desses, 710 são idosos (6,6%), sendo 308 do sexo masculino e 402 do sexo feminino.

Grande parte das ruas ainda não são pavimentadas, mas 93,1% dos domicílios têm sistema de esgoto e 97% têm água tratada. As residências são, predominantemente, de tijolo/adobe (99%), prevalecendo uma média de 4,2 habitantes por domicílio (SIAB, 2001).

O bairro dispõe de pequenos comércios, como mercados, mercearias, cabeleireiros, padarias, farmácias, agências de mototáxi e bares. Na educação é beneficiado com escolas públicas de ensino fundamental e médio e escolas particulares de jardim de infância, porém apenas 77,7% da população com 15 anos e mais é alfabetizada.

O atendimento à saúde é assegurado por duas equipes de Saúde da Família, envolvendo duas enfermeiras, dois médicos, dois auxiliares de enfermagem e quinze ACS. As

⁷ Nesse estudo o bairro INOCOOP foi considerado como a grande área de abrangência das duas ESF ali atuantes, compreendendo: o Brasil Novo, o Loteamento Bom Sossego e Água Branca, a rua Vovó Camila e os Conjuntos Habitacionais INOCOOP I e II.

ações das equipes I e II abrangem o Conjunto Habitacional Inocoop I e II, Loteamento Bom Sossego, o Conjunto Habitacional Água Branca, Brasil Novo e a Rua Vovó Camila.

As ações desempenhadas pelas equipes consistem principalmente em visitar os domicílios e atender crianças, mulheres, adultos e idosos hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde da Família Padre Hilário Terrosi.

A estrutura física da unidade compreende os seguintes compartimentos: uma sala de recepção, uma sala administrativa, um almoxarifado, uma sala para vacinação, um consultório pediátrico, um consultório ginecológico, dois consultórios de enfermagem, dois consultórios médicos, uma sala de administração de medicamentos, uma sala de procedimentos, um consultório odontológico, uma sala de esterilização e uma copa.

O lazer dos jequeenses residentes nesse bairro restringe-se à conversa com os vizinhos, assistir a TV, ouvir o rádio, reunir-se no final de semana, freqüentar os cultos nas igrejas de diversas denominações ali existentes e jogar futebol em terrenos baldios ou na quadra de esportes.

Um dos maiores problemas enfrentados é o desemprego. Grande parte das famílias conta com o apoio financeiro da aposentadoria do idoso, sendo que em alguns domicílios se constitui na única fonte de renda.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Foram sujeitos do estudo os familiares cuidadores de idosos hipertensos⁸ do bairro INOCOOP, que preencheram os seguintes critérios: aceitar participar voluntariamente da pesquisa, encontrar-se em condições psicológicas de responder as questões e ser responsável pelo cuidado ao idoso hipertenso por um período mínimo de um ano.

⁸ Consideramos idoso hipertenso a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos que estava em tratamento da Hipertensão Arterial, com ou sem complicações provenientes da doença.

Após o exame de qualificação, realizamos no mês de março de 2004 uma visita à Unidade de Saúde Padre Hilário, a fim de me apresentar como aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Naquela ocasião nos reunimos com as enfermeiras do PSF para comunicá-las sobre a pesquisa que intentava desenvolver naquela área, como exigência do referido Programa para obtenção do título de mestre.

Esclarecemos que, posteriormente, seguindo as recomendações da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), apresentaríamos os documentos exigidos para iniciar a coleta de dados, mas que naquela visita, acatando as sugestões da banca examinadora, gostaríamos de contar com a colaboração de ambas, no sentido de verificar a viabilidade do uso do Teste de Associação Livre de Palavras como um dos métodos de coleta das informações.

Solicitamos das enfermeiras o livro de registro dos idosos hipertensos cadastrados no Programa de Educação e Controle da Hipertensão Arterial e seus respectivos endereços, nos quais localizaríamos os seus cuidadores.

Elas responderam que esses dados estavam contidos na ficha de acompanhamento de pacientes hipertensos (Anexo B) assistidos pelos ACS, orientando-nos a procurá-los, ou estar presente na reunião semanal da equipe que ocorre às sextas-feiras, para solicitá-los.

Impossibilitada de comparecer às reuniões por estar em plena atividade do Curso de Mestrado em Salvador, as enfermeiras nos propuseram a elaboração de um ofício destinado aos quinze ACS pertencentes às duas equipes.

Nesse ofício constava dados de identificação e explicava o desejo de desenvolver naquele bairro uma pesquisa com cuidadores de idosos, mas esclarecia que para tanto, necessitava da colaboração deles para verificar a sua viabilidade. Ao término, solicitávamos

que preenchessem os espaços determinados com o nome e endereço dos idosos hipertensos assistidos por eles, pedindo-lhes que o devolvessem às enfermeiras do Programa.

Após a elaboração do ofício, apresentamo-lo às enfermeiras. Essas, gentilmente colaboraram, entregando-o e explicando-o aos ACS na reunião semanal da equipe, já que pelo motivo explicitado anteriormente não podíamos comparecer.

Completado quinze dias, nos dirigimos à unidade para recolhermos as listas com os nomes dos idosos. Então, verificamos que apenas 10 ACS haviam devolvido o material, totalizando o registro de 96 idosos hipertensos. Destes, alguns tinham o nome incompleto e/ou não constavam o endereço. Mas, informalmente, pela demanda do serviço, as enfermeiras reconheceram existir mais de 100 idosos hipertensos na área de abrangência das equipes.

Observamos, portanto, ser viável a técnica de Associação Livre de Palavras com processamento no software EVOC, que exige a participação mínima de 100 sujeitos.

Desse modo, a amostra constituiu-se de 100 sujeitos que participaram do estudo no Teste de Evocação, e 30 com os discursos provenientes da entrevista semi-estruturada.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

A produção de conhecimento é, sem dúvida, um componente essencial para o desenvolvimento de uma sociedade. Nas últimas décadas, esta tem sido uma realidade, em especial na área de saúde, conseqüência do crescimento dos cursos *stricto sensu* e das pesquisas deles provenientes.

Investigar é uma ação que exige do pesquisador determinadas qualidades, como a dedicação à descoberta e defesa da verdade e a capacidade de ouvir atentamente e respeitar a voz do outro. Esses atributos são imprescindíveis, principalmente para estudos de problemas que envolvem seres humanos.

O desenvolvimento de pesquisas com esse caráter foram abundantemente exploradas na Segunda Guerra Mundial, pois esperava-se, com a evolução da ciência, benefícios que aliviassem a dor e prolongasse a vida dos enfermos. Esta esperança fazia com que as pessoas participassem de estudos, sem sequer saber seus objetivos, se poderia trazer-lhes algum prejuízo ou optar por desistir, se assim o desejasse. Viveu-se uma época negra em que os indivíduos estavam a serviço da ciência.

Muitas discussões ocorreram a partir desse momento histórico, no sentido de regulamentar as pesquisas em que os sujeitos fossem seres humanos. Assim, importantes documentos foram construídos nestes fóruns de debates, tais como a Declaração de Helsinque em 1964 e a dos Direitos Humanos em 1948, Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas em 1982 e 1993, além de vários outros que serviram de fundamento para a elaboração da Resolução 196/96 pelo Conselho Nacional de Saúde, sobre a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Esta resolução aplica-se a estudos que se estendem a seres humanos “[...] individual ou coletivamente, direta ou indiretamente, na sua totalidade, ou em partes, incluindo o manejo de informações ou materiais” (BRASIL, 1996). Além de estar embasada nos documentos supracitados, a resolução pauta-se, ainda, nos princípios da bioética: a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça.

Dessa forma, visando obedecer os aspectos legais exigidos pela ética e ciência, o projeto foi analisado e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB (Anexo C e D) e autorizada a coleta de informações pela Secretaria Municipal de Saúde de Jequié (Anexo E), instituição a que está vinculada a ESF do bairro INOCOOP.

Além desse procedimento, esclarecemos aos sujeitos os objetivos do estudo, explicando-lhes a necessidade de anuência, não apenas verbal, mas escrita, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Com essas condutas acreditamos ter colocado a ciência a serviço do homem, desenvolvendo uma pesquisa com competência técnica e responsabilidade ética.

3.5 A COLETA DE INFORMAÇÕES: ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS

Dentre as várias possibilidades metodológicas pertinentes à apreensão das Representações Sociais do cuidado com o idoso hipertenso, optamos pelo Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e pela entrevista semi-estruturada.

Após contemplarmos os aspectos exigidos pela Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), realizamos o teste do instrumento, ajustando-o para a coleta propriamente dita, ocorrida de forma intensiva nos meses de abril a junho do referido ano.

A entrada no campo não foi complicada, pois há alguns anos desenvolvemos Atividades de Extensão no bairro. Porém, o desafio esteve centrado em visitar um grande número de domicílios para coletar as informações, com o pouco tempo disponível para um curso de mestrado.

Para facilitar o trabalho, organizamos uma lista com o nome dos idosos, separados por rua, e rabiscamos, com a ajuda de um ACS, um mapa identificando os logradouros e pontos de referência.

Ao iniciarmos a coleta nos deparamos com a falta de identificação das ruas, especialmente do Loteamento Água Branca, onde recebem o nome de letras do alfabeto e no Loteamento Bom Sossego, onde recebem o nome de Estados da Federação. Nessa situação solicitamos a ajuda de moradores e dos ACS da área, que gentilmente colaboraram conosco. Outra dificuldade foi a inexistência de numeração em algumas casas. Além destas, incluímos o calor, a chuva, as subidas e descidas íngremes e a presença ameaçadora de animais “domésticos”, tais como cães e porcos.

A partir da lista com o nome e endereço dos 96 idosos hipertensos identificados pelos ACS, localizamos os cuidadores. Dezesete deles foram excluídos do estudo pelos seguintes motivos: cinco por participarem do teste do instrumento; um por não apresentar interesse; dois por não aceitarem assinar o termo de consentimento; três por terem assumido o cuidado do idoso hipertenso há menos de um ano. Dois idosos moravam sozinhos e admitiram não ter amigos ou vizinhos responsáveis e quatro mudaram para outro bairro. Com a exclusão destes, que tinham os dados incompletos, os demais foram indicados por pessoas da comunidade, localizadas no banco de dados do Projeto de Extensão NASEN/UESB ou pelas fichas de idosos acompanhados pelos alunos da disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde do Idoso, do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB.

Ao localizarmos o domicílio, nos dirigimos ao idoso, apresentando-nos. Prosseguimos perguntando-o quem era a pessoa que cuidava dele ou quem era seu responsável. Eles respondiam e então solicitávamos a presença do cuidador, que geralmente estava ocupado com afazeres domésticos ou desenvolvendo trabalhos manuais. Algumas vezes o cuidador não se encontrava no momento, pois estava realizando pagamento de contas no banco, estava no trabalho, procurando emprego ou morava na casa ao lado. Neste caso, marcava uma nova visita, excetuando a última condição quando imediatamente me deslocava para sua residência.

À totalidade dos cuidadores encontrados em seus domicílios e que preenchiam os critérios pré-estabelecidos, apresentamos os objetivos da pesquisa e questionamos o desejo deles em voluntariamente participar do estudo. Ao responderem positivamente, receberam o Termo de Consentimento para proceder à assinatura.

Determinados cuidadores, apesar de serem analfabetos, sabiam “desenhar” o seu nome, o que faziam com muito orgulho. Outros, necessitavam colocar a impressão digital do dedo polegar direito. Também, vivenciamos a experiência de passar vários minutos tentando esclarecer a necessidade de assinar o termo, pois para alguns cuidadores, mesmo após a

leitura e explicação do documento, julgavam que este nos dava plenos poderes sobre a aposentadoria do idoso. Tivemos uma situação em que o cuidador chamou a vizinha para aconselhá-la quanto ao seu procedimento em assinar ou não o termo.

Finalizada essa etapa, procurávamos um lugar tranquilo, indicado pelo cuidador, para iniciarmos a coleta de informações propriamente dita. Geralmente, a sala, o quintal ou a cozinha da casa.

O instrumento utilizado (Apêndice B) constou de uma parte inicial onde foram registradas características sociodemográficas e clínicas dos cuidadores, tipo: sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil, ocupação, religião, grau de parentesco com o idoso, tempo que cuida do idoso, número de filhos, renda familiar média e problemas de saúde referidos, informações estas que contribuíram na análise e discussão dos dados.

A segunda parte se constituiu na aplicação do TALP. Esse instrumento fundamenta-se em aspectos teóricos da psicanálise e foi adaptado a fim de responder questões da pesquisa social. Desde a década de 80, até a atualidade, inúmeros trabalhos em RS têm aplicado o instrumento, comprovando a sua validade (OLIVEIRA et al., 2003).

O método consiste em solicitar aos atores sociais que evoquem palavras que venham imediatamente à sua mente após receberem um estímulo indutor do pesquisador. Esse estímulo pode ser verbal, não verbal, icônico ou sonoro.

Sá (1998) esclarece que esta estratégia é privilegiada pelo grupo coordenado por Abric, autor da Teoria do Núcleo Central e explica a sua utilidade e preceitos:

[...] a associação livre permite a atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas. Pousa no princípio de pedir ao sujeito para efetuar ele mesmo sobre sua própria produção um trabalho cognitivo de análise, de comparação de hierarquização (SÁ, 1998, p.91).

Seguindo as orientações de Nóbrega (2003), familiarizamos cada sujeito com o procedimento, no intuito de facilitar a coleta das informações. De acordo com as atividades cotidianas do cuidador, desenvolvemos a ilustração.

Assim, para as mulheres solicitamos que falassem rapidamente o que vinha à sua mente quando falava em preparar um almoço e aos homens em construir uma casa, jogar bola, entre outros.

Desde o teste do instrumento percebemos que os cuidadores evocavam no máximo cinco palavras com agilidade, depois iniciavam um processo mental em busca de novas palavras. Para não comprometer a validade dos dados coletados, optamos por limitarmos a cinco palavras por sujeito.

Após a familiarização, apresentamos a *consigne* (questão padronizada): que palavras vêm a sua mente quando eu digo: cuidar de um idoso com pressão alta? Eles responderam rápido e as respostas foram registradas por nós, em folha própria. Ao terminar, pedimos que hierarquizassem as respostas, ou seja, que enumerassem por ordem de importância.

Uma pequena proporção dos sujeitos enumerou todas as palavras evocadas. A maior parte ordenou até três palavras e apenas dois não souberam hierarquizar. Nesse último caso foi considerada a ordem de evocação.

Consideramos a aplicação do teste fácil e rápida. O registro das características, o processo de familiarização, o registro das palavras evocadas e a hierarquização, não ultrapassou 10 minutos. Todos os testes foram guardados e posteriormente processados no software EVOC.

Terminada essa etapa questionamos se os sujeitos estavam dispostos a ceder uma entrevista naquele momento. Aos que responderam positivamente fizemos a seguinte pergunta: fale sobre a sua experiência de cuidar do senhor (a) nome do idoso(a) com pressão alta. As entrevistas foram gravadas em fita K7 e posteriormente transcritas e submetidas à

análise de conteúdo. Os que não podiam colaborar no momento, marcavam novo dia e horário.

De acordo com Richardson (1989, p.160), a entrevista constitui “[...] a melhor situação para participar da mente de outro ser humano. É a interação face a face, pois tem o caráter inquestionável, de proximidade entre as pessoas, que proporciona as melhores possibilidades de penetrar na mente, vida e definição dos indivíduos”.

Durante as entrevistas, muitas vezes os idosos permaneciam próximos emitindo opiniões e justificando suas condutas. De igual forma, não foi possível abster-nos da situação. Fizemos algumas orientações e anotações que ao longo da discussão, quando necessária, foram utilizadas.

Desse modo, realizamos, paralelamente, a TALP e a entrevista, até que ao completarmos 30 entrevistas as informações tornaram-se saturadas. A partir daí, realizamos somente o teste de evocação até completar os 100 sujeitos.

De acordo com Sá (1998) o critério de saturação é empregado com o intuito de determinar o momento de parar de realizar as entrevistas. Para este autor, não há um número pré-estabelecido, mas “[...] quando os temas e/ou argumentos começam a se repetir, isto significa que entrevistar uma maior quantidade de outros sujeitos pouco acrescentaria de significativo ao conteúdo da representação” (ibidem, p.92).

Ao final transcrevemos 240 minutos de entrevista, sendo que a mais curta durou 02 minutos, a mais longa 45 minutos, com média de oito minutos de duração.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

As informações provenientes do questionário construído a partir da técnica de associação livre de palavras foram submetidas a uma análise estrutural, pelo processamento no software EVOC. Esse recurso informático permitiu identificar o conteúdo da

Representação Social do cuidado com o idoso hipertenso, apontando elementos do núcleo central e periféricos, com base na frequência de ocorrência das palavras evocadas e da média de ocorrência de cada palavra em função da ordem de evocação.

Para o tratamento dos dados percorremos várias etapas. A primeira foi a organização do dicionário de palavras, em formato Word (Apêndice C), inserindo todo o repertório de palavras evocadas pelos sujeitos, como apresentado no exemplo: 001_1_remédio_2_horário_3_cuidado_4_medicamento_5_banho. Os três primeiros números correspondem ao número de ordem dos sujeitos e os seguintes à hierarquia das palavras evocadas. As palavras sinônimas ou similares foram convertidas a uma mesma designação.

Antes das informações serem processadas no EVOC elas foram transformadas em formato Somente Texto. A partir daí seguiu-se a ordem de comando de um conjunto de programas articulados (Figura 2) que ao final permitiu analisar estatisticamente as evocações, organizar e interpretar o quadro de quatro casas. O ponto de corte estabelecido como frequência mínima de palavras a serem incluídas no estudo foi quatro.

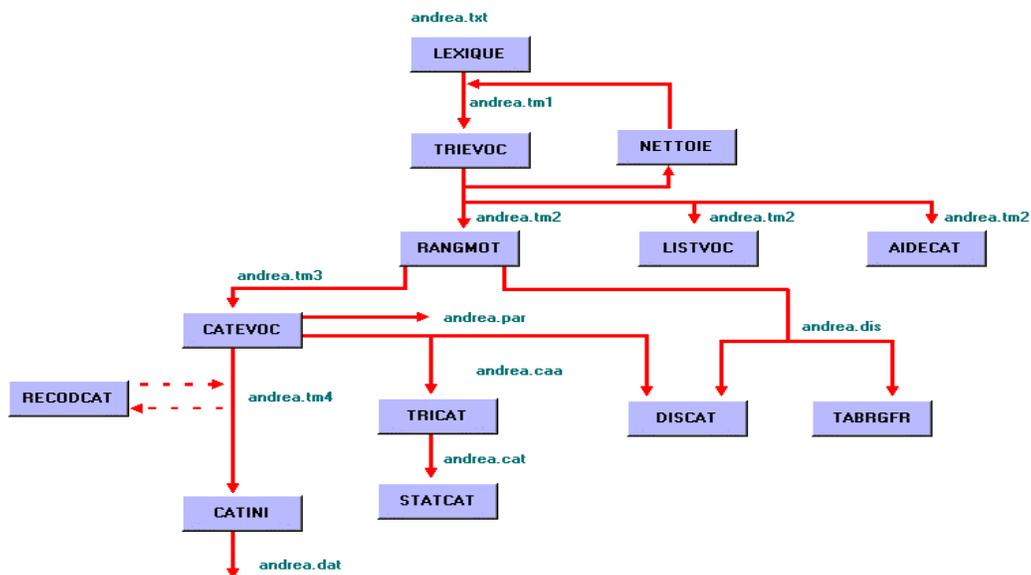


FIGURA 2 - CONJUNTO DE PROGRAMAS DO SOFTWARE EVOC

Quanto às entrevistas, estas forneceram informações brutas que foram tratadas de modo quantitativo (análise freqüencial) e qualitativo (análise categorial e temática) de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1977) e Vala (1986).

A Análise de Conteúdo pode ser vista como “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 1977, p.38), com a finalidade de efetuar inferências, desmontar o discurso e produzir um novo discurso mediante um processo de atribuição de significação (VALA, 1986).

O conteúdo das entrevistas foi transcrito na íntegra para o formato Word e seguindo orientações dos autores supracitados, e foi organizado de acordo com o seguinte plano de análise, explicitado na Figura 3.



FIGURA 3 - PLANO DE ANÁLISE PARA APREENSÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO COM IDOSOS HIPERTENSOS

O corpus foi constituído de 100 TALP e 30 entrevistas. Nesse conjunto de informações realizamos várias leituras flutuantes, a partir das quais construímos seis categorias e vinte subcategorias, atribuindo-lhes um código.

Proseguimos recortando o material transcrito em unidades de registro (frases) que foram codificadas e agrupadas de acordo com a relação entre o seu conteúdo e as características definidoras das categorias e subcategorias. Ao final fizemos uma análise freqüencial, estabelecendo a quantificação simples e a porcentagem das unidades de registro agrupadas em cada uma delas, permitindo-nos verificar os temas mais destacados e os ignorados, obtendo os resultados que a seguir apresentaremos e discutiremos.

4 APREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO FAMILIAL PRESTADO A IDOSOS HIPERTENSOS

Nos capítulos anteriores apresentamos o objeto de estudo, fundamentando-o por meio de reflexões acerca da HA e do cuidar/cuidado familiar e profissional com idosos portadores desta doença crônica. Descrevemos, ainda, o percurso metodológico que trilhamos para apreendê-lo.

Conforme relatamos, a nossa amostra constituiu-se de 100 familiares cuidadores, os quais forneceram informações que nos permitiram identificar as RS do cuidado prestado a idosos hipertensos.

Os resultados obtidos foram organizados e serão discutidos com base na TRS, em três momentos: no primeiro descreveremos o perfil dos sujeitos do estudo, no segundo revelaremos aspectos estruturais do objeto investigado e, por fim, apreenderemos os conteúdos das RS do cuidado familiar oferecido ao idoso hipertenso.

4.1 CARACTERIZANDO OS SUJEITOS DO ESTUDO

Como descrevemos na trajetória metodológica, o instrumento utilizado para a coleta de dados constou de três etapas: aspectos sociodemográficos e clínicos do cuidador, teste de associação livre de palavras e questão norteadora da entrevista semi-estruturada.

Supomos que para melhor compreendermos a representação de um objeto é necessário conhecermos quem o representa. A tabela e o quadro 1 apontam as características sociodemográficas e clínicas que foram investigadas nos atores sociais envolvidos nesse

estudo. A seguir, faremos uma discussão destes, pois acreditamos que estas informações fornecem subsídios para uma melhor análise do objeto investigado.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA, POR IDADE E SEXO, RESIDENTES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

Idade/Sexo	Masculino	Feminino	Total
16-25 anos	00	16	16
26-35 anos	05	15	20
36-45 anos	02	15	17
46-55 anos	00	09	09
56-65 anos	04	16	20
66-75 anos	06	07	13
76-85 anos	01	03	04
86 anos e +	00	01	01
Total	18	82	100

Fonte: Instrumento de coleta aplicado aos sujeitos do estudo, participantes do TALP, Jequié-BA, 2004.

As informações contidas na Tabela 1 revelam que a grande maioria das pessoas que cuidam do idoso hipertenso é do sexo feminino (82), em idade adulta, ou meia-idade. Porém, é grande o número de jovens cuidadoras (16), o que quer dizer que esta responsabilidade tem sido atribuída à mulher ainda na mocidade. Também é notório que as mulheres cuidam ao longo de seu desenvolvimento humano, reduzindo seu papel de cuidadora apenas quando muito idosa, pois já se apresenta frágil e também necessitada de cuidados.

Entre os sujeitos do estudo, a mais jovem e a mais idosa foram do sexo feminino, com 16 e 90 anos, respectivamente.

Os homens, nesse estudo (18), mostraram exercer mais tardiamente o seu papel de cuidador, iniciando-o a partir dos 26 anos e, mais freqüentemente, na velhice, “tomando conta” do cônjuge.

VARIÁVEIS	Nº	VARIÁVEIS	Nº	VARIÁVEIS	Nº
Nº DE FILHOS		OCUPAÇÃO		RENDA FAMILIAR	
Nenhum	25	Do lar	60	s/renda	01
1-3	36	Aposentado (a)	10	<salário	08
4-6	19	Estudante	10	1 salário	56
7-9	10	Desempregado	10	1 ½ salários	05
10 ou +	10	Doméstica	04	2 Salários	24
		Outros	04	2 ½ salários	02
			12	3 salários	03
				Não referiu	01
GRAU DE PARENTESCO		PROBLEMAS DE SAÚDE		TEMPO QUE CUIDA DO IDOSO	
Filho(a)	44	Hipertensão Arterial	24	1-3 anos	
Cônjuge	31	Artropatias/ Articulares	20	4-6 anos	22
Neto(a)	12	Cefaléia	07	7-9 anos	26
Irmão(ã)	03	Oftalmológicos	06	10 ou +	08
Vizinho(a)	03	Gástricos	06	Não soube referir	42
Nora	03	Diabetes Mellitus	05		02
Sobrinha	02	Outros	13		
Mãe	01	Nenhum	44		
Cunhada	01				
ESCOLARIDADE		RELIGIÃO		ESTADO CIVIL	
Não alfabetizado	30	Católico	55	Solteiro	34
Primário Comp/Inc	33	Evangélico	33	Casado	59
Ens. Fund. Comp/Inc	19	Sem Religião	12	Viúvo	03
Ens. Médio Comp/Inc.	18			Separado/Divorciado	04

Fonte: Instrumento aplicado aos familiares cuidadores de idosos hipertensos, participantes do TALP.

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS INVESTIGADAS NOS SUJEITOS DA PESQUISA, RESIDENTES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

Comparando os dados apresentados nesse estudo com os da literatura que abordam o cuidado de idosos (CALDAS, 2001; SANTOS, 2003; ALVAREZ, 2001; KARSCH, 1998), observamos que este segue a forte característica cultural, qual seja o predomínio das mulheres como gerenciadoras do cuidado.

A inserção precoce nesta atividade parece ser motivada desde a infância, quando a garota, mesmo brincando, cuida das bonecas, realizando ou fingindo realizar ações promotoras de conforto e bem-estar. Mesmo sendo a boneca um ser inanimado, a garota cuida dela alimentando-a, penteando os cabelos, banhando-a, levando-a a passear, conduzindo-a ao

médico, entre outras atividades. Certamente, a criança reproduz em suas ações o cotidiano da família e da comunidade.

As adolescentes cuidadoras de idosos hipertensos, geralmente, são suas netas que não optaram por assumir tal papel, mas foram inseridas nele pelo contexto social, político, cultural e econômico em que vivem. Suas mães, devido às dificuldades financeiras saem para o trabalho e elas ficam para cuidar da casa, dos irmãos menores e dos avós. Não possuem orientação para tal, mas têm disponibilidade de tempo.

O que parece ser uma mostra de relacionamento interpessoal, pode ser uma imensa fonte geradora de conflitos provenientes das diferenças geracionais. Nestes casos, o comportamento hostil da neta adolescente pode ser o fator desencadeador de uma crise hipertensiva em seus avós. Todavia, lidar com o preparo de alimentos, horário de medicações, mal-estar súbito, encaminhamento à consultas, aprazamento de exames e atitudes não colaborativas do idoso, também estressa a adolescente, revelando haver uma troca contínua de papéis entre ambos.

Em relação ao grau de parentesco com o idoso, o Quadro 1 demonstra que 44 dos cuidadores são filhos(as), 31 cônjuges, 12 netos(as) e 13 familiares consangüíneos ou sociais diversos: sobrinha, cunhada, vizinho, irmão, nora e mãe. Entre os filhos cuidadores, 06 são homens e, 38 mulheres. Dos cônjuges, 08 são esposos e 23 esposas e, entre os netos, 01 é do sexo masculino e 11 são do sexo feminino.

Constatamos que filhas e cônjuges contribuem em maior número com o cuidado de idosos, qualquer que seja o grau de dependência destes. Néri e Carvalho (2002) comentando acerca do inquérito domiciliar realizado por Ramos na cidade de São Paulo, no ano de 1991, apresentam resultados semelhantes aos encontrados nesse estudo. As autoras observaram que os idosos têm expectativa de serem cuidados pelo cônjuge (60%), pela filha (56%) e pelo filho (13%).

As normas sociais e culturais vigentes determinam quem é, ou quem deverá ser o cuidador. Os motivos que levam os filhos a se responsabilizarem por seus pais são múltiplos e incluem o dever moral, a responsabilidade filial, a gratidão, a reciprocidade, o amor, o cumprimento de um mandamento bíblico, entre outros.

O livro de Êxodo 20:12 descreve o quinto mandamento dado por Deus: “[...] honra teu pai e a tua mãe para que te prolonguem os teus dias na terra que o Senhor teu Deus te dá” (ALMEIDA, 1969, p.59). Desse modo, o ensinamento bíblico diz que há uma recompensa de longevidade para os filhos que honram, respeitam e cuidam de seus pais. A Bíblia apresenta a obrigação dos filhos para com os pais como uma relação duradoura e independente das diferenças culturais.

O não proteger e cuidar dos pais na velhice é visto desde a antiguidade como uma atitude detestável e negligente, conforme encontrado no versículo 26 de Provérbios 11: “[...] o que aflige a seu pai, ou afugenta a sua mãe, filho é que envergonha e desonra” (ALMEIDA, 1969, p.477).

A preocupação com a fragilização na velhice e a necessidade de cuidadores, foi também relatada no Código de Hammurabi, escrito há cerca de 1780 a.C. Neste período, por meio de um contrato, era permitido aos pais que não possuíam filhos ou que todos os filhos se casaram, adotar crianças para que cuidassem deles na velhice (KING, 2004).

Na atualidade, a proteção e o cuidado com os pais idosos ultrapassam o princípio bíblico, ou um Código de Leis de governadores específicos, configurando-se em leis válidas em todo território nacional, tais como a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso que regem os direitos das pessoas idosas, conforme os artigos abaixo mencionados:

Art. 3º, inciso I – [...] a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida (BRASIL, 1996).

Art 3º - [...] é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde,

à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Observamos que os cuidadores homens, geralmente, são filhos únicos, solteiros, desempregados ou separados recentemente. Neste caso, a realização do cuidado com o idoso hipertenso está atrelada a co-dependência e/ou a falta de uma mulher que possa desempenhar tal papel. Parecem ser “menos exigentes” com o cumprimento das orientações dadas pelos profissionais de saúde e, em geral, são “menos estressados”, talvez por não acumular tarefas como as mulheres.

Quanto ao cônjuge cuidador, a motivação provém da solidariedade, do afeto e da longa convivência. Nesses casos, o cônjuge cuidador também é idoso.

Em nosso estudo constatamos que é grande a proporção de idosos que cuidam de idosos. Os cuidadores com mais de 60 anos representam 50% dos homens (09 cuidadores) e 26,8% das mulheres (22 cuidadoras), quase que em sua totalidade em condição de conjugalidade, excetuando o cuidado entre irmãos e mãe-filho.

Encontramos famílias em que havia o cuidado mútuo entre irmãos viúvos ou solteiros e um caso único de uma mãe viúva de 80 anos que cuidava de um filho de 61, solteiro, hipertenso, seqüelado de AVE.

Alencar (1997), comentando acerca da figura do idoso cuidador, reconhece ser este, freqüentemente, o cônjuge do sexo feminino e que também precisa de cuidados. O fato de assumir essa tarefa perpassa por questões morais, a ausência de descendentes, ou por indisponibilidade dos filhos devido à ocupação com as atividades laborais e com a prole.

Outra variável que se destaca entre os cuidadores em estudo foi o estado civil. Das mulheres cuidadoras 46 eram casadas, 30 solteiras, enquanto que 13 dos homens cuidadores eram casados e apenas 04 solteiros (Tabela 2).

Ser casado implica em acumular responsabilidade com a família e com a prole, além da responsabilidade com o idoso. Já as mulheres solteiras, quase sempre, permanecem na casa dos pais cuidando deles, ao mesmo tempo em que recebem abrigo e alimentação.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS CUIDADORES DE IDOSOS HIPERTENSOS PARTICIPANTES DO TALP, POR SEXO, ESTADO CIVIL E IDADE, JEQUIÉ-BA, 2004

Sexo	Estado Civil	Idade			Total
		≤ 35 anos	36-59 anos	≥ 60 anos	
		n	n	n	
M A S C U L I N O	SOLTEIRO	02	02	—	04
	CASADO	03	02	08	13
	VIÚVO	—	—	—	—
	SEPARADO/DIVORCIADO	—	—	01	01
F E M I N I N O	SOLTEIRA	19	09	02	30
	CASADA	12	17	17	46
	VIÚVA	—	01	02	03
	SEPARADA/DIVORCIADA	—	02	01	03
TOTAL		36	33	31	100

Fonte: Dados da caracterização dos sujeitos participantes do TALP.

Em relação à prole, 25 dos cuidadores relataram não ter filhos, 36 de 1 a 3 filhos, 19 de 4 a 6 filhos e 20, 7 ou mais filhos. Nesses dados confirmamos a queda da taxa de natalidade, bem como a de fecundidade no país. O maior número de filhos foi observado entre os cuidadores mais idosos.

Quanto à religião, 55 dos cuidadores referiram ser católicos, 33 evangélicos e 12 informaram não possuir uma religião definida. Embora o número de católicos tenha decrescido nas últimas décadas, os adeptos desta religião ainda é maioria. A religião não parece ser determinante da qualidade dos cuidados prestados, mas pode influenciar positivamente o cuidador e o idoso pela crença da existência de um Deus supremo que pode todas as coisas e que auxilia na cura ou controle de enfermidades.

Ao observarmos o grau de escolaridade foi possível constatar que do total de cuidadores 30 são analfabetos, 33 possuem o primário completo ou incompleto, 19 o ensino fundamental, completo ou incompleto e 18 o ensino médio concluído ou em curso.

Ao relacionarmos a variável grau de escolaridade com o sexo, verificamos que 07 homens cuidadores e 23 mulheres cuidadoras são analfabetos. Enquanto que, ao relacionarmos o grau de escolaridade e a idade, constatamos que um maior nível de instrução é inversamente proporcional à idade dos cuidadores investigados (Tabela 3).

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS CUIDADORES DE IDOSOS HIPERTENSOS PARTICIPANTES DO TALP, POR SEXO, GRAU DE ESCOLARIDADE E IDADE, JEQUIÉ-BA, 2004

Sexo	Grau de escolaridade	Idade			Total
		≤ 35 anos	36-59 anos	≥ 60 anos	
		n	n	n	
M A S C U L I N O	ANALFABETO	—	02	05	07
	PRIMÁRIO COMP/INCOMPLETO	02	01	04	07
	FUNDAMENTAL COMP/INCOMPLETO	02	01	—	03
	MÉDIO COMP/INCOMPLETO	01	—	—	01
	ANALFABETA	01	03	19	23
F E M I N I N O	PRIMÁRIO COMP/INCOMPLETO	05	18	03	26
	FUNDAMENTAL COMP/INCOMPLETO	10	06	—	16
	MÉDIO COMP/INCOMPLETO	15	02	—	17
	TOTAL	36	33	31	100

Fonte: Dados da caracterização dos sujeitos participantes do TALP.

De acordo com Moscovici, as RS são elaboradas a partir de aspectos sociocognitivos. Para Ferreira (1993), cognitivo é relativo ao conhecimento que pode ser adquirido pelo estudo ou por experiências prévias. Apesar de o conteúdo acerca do controle da HA não pertencer ao ensino fundamental e médio, a compreensão deste é facilitada para os que completaram os estudos, visto que estudaram a fisiologia do corpo humano.

Sales (2003), em sua tese de doutorado, investigou, em usuários de um serviço público do município de Jequié-BA, o senso comum do cuidado no diabetes. Dos 100 sujeitos participantes do estudo, mais da metade (54%) eram analfabetos. Porém, a autora ressalta que esta característica não inviabilizou a apreensão das RS, porque o senso comum circula por diversos grupos sociais, independentemente do grau de escolaridade.

Quanto à ocupação, grande parte das cuidadoras eram donas de casa (60%), ou seja, apesar de desenvolverem seu trabalho por mais de 12 horas diárias, sem folga, não possuem remuneração. Em segundo lugar, estão os aposentados (10%) e estudantes (10%). Somente 04% dos cuidadores se encontravam desempregados e 16% estavam inseridos no mercado informal, como vigilante, carregador, pedreiro, comerciante, motorista, balconista, doméstica, encarregado de serviços gerais, costureira, pintor, entre outros.

Por se tratar de moradores de um bairro periférico, com baixa escolaridade e sem profissão estabelecida, a renda familiar média não ultrapassou 03 salários mínimos⁹. A maioria (56) sobrevive com apenas 01 salário mínimo, 29 com recursos equivalentes a dois e até três salários mínimos e 08 têm renda familiar menor que 01 salário.

A relação de co-dependência é bem nítida. O recurso financeiro proveniente da aposentadoria do idoso ajuda na sobrevivência dos filhos e até mesmo dos netos. Em contrapartida, o cuidador auxilia os idosos nas atividades instrumentais, preparando as refeições, encaminhando-os aos serviços de saúde, encarregando-se dos serviços bancários, fazendo companhia, dentre outros.

Dos sujeitos participantes do estudo, 42 referiram cuidar do idoso hipertenso por 10 anos ou mais, deixando claro que em alguns casos a Hipertensão surgiu antes da sexta década de vida. Vinte e seis afirmaram cuidar do idoso por um período de 04 a 06 anos; 22, de 01 a 03 anos; 08, de 07 a 09 anos e apenas 02 não souberam informar. Tais informações nos dão

⁹ No período da coleta de dados o salário mínimo era de R\$ 240,00.

indícios de que os cuidadores já possuem uma considerável experiência em auxiliar no controle dessa doença crônica, porque ela faz parte do seu cotidiano há vários anos.

Quanto à situação de saúde/doença, 44 familiares cuidadores referiram não ter problemas de saúde; 24 afirmaram também ser hipertensos; 05, diabéticos; 20, portadores de artropatias; 06 referiram problemas gástricos; 06, oftalmológicos; 07 relataram história de cefaléia intensa e freqüente; e 13 mencionaram problemas diversos, como cardiopatia, hipotensão, alterações tireoidianas, epilepsia, problemas respiratório, depressão e problemas genito-urinários.

Os problemas referidos foram mais freqüentes entre os cuidadores idosos, revelando a necessidade de um olhar especial para o cuidar de quem cuida.

Com as informações abstraídas das falas dos sujeitos durante as entrevistas, construímos o Quadro 2, que confirma as características verificadas nos aspectos sociodemográficos.

Observamos que, dos trinta familiares cuidadores entrevistados, 14 (46,7%) também eram hipertensos e 25 (83,3%) eram mulheres (esposas, filhas e netas dos idosos). De acordo com as informações provenientes dos discursos, apenas 07 idosos (23,3%) possuem complicações da HA, porém 22 (73,3%) já foram atendidos, pelo menos uma vez, em um serviço de emergência, com crise hipertensiva.

É notória a participação do cônjuge como cuidador. A duradoura união matrimonial observada segue à risca os princípios vitalícios do casamento, outrora valorizados com intensidade. Todavia, as crises conjugais, seguidas de desajuste familiar, divórcio e construção de uma nova união, pode implicar numa relação tênue com pouca disposição para o cuidado com o outro em condição de doença e/ou fragilidade. Esta situação pode se tornar ainda mais complicada para a filha, uma vez que os aspectos socioculturais determinam a eleição desta como cuidadora. Na ausência do cônjuge e com a redução das taxas de

fecundidade, as filhas e netas, possivelmente, sofrerão com mais evidência as implicações de ser cuidadora única.

Cuidador (C)	Características do cuidador			Características do idoso hipertenso		
	Sexo	Grau de parentesco	Hipertensão	Sexo	Complicações	Emergência
01	M	Esposo	Sim	F	Sim	Sim
02	M	Esposo	Sim	F	Não	Não
03	F	Neta	Não	M	Não	Não
04	F	Filha	Não	M	Sim	Sim
05	F	Esposa	Sim	M	Não	Não
06	F	Filha	Não	M	Não	Sim
07	M	Esposo	Sim	F	Não	Sim
08	F	Filha	Sim	F	Não	Não
09	F	Filha	Sim	F	Não	Sim
10	F	Esposa	Não	M	Não	Não
11	F	Filha	Não	F	Não	Sim
12	F	Esposa	Não	M	Não	Sim
13	F	Esposa	Sim	M	Não	Sim
14	F	Esposa	Sim	M	Sim	Sim
15	F	Mãe	Sim	M	Sim	Sim
16	F	Esposa	Sim	M	Não	Não
17	F	Neta	Não	F	Não	Não
18	F	Esposa	Não	M	Não	Não
19	F	Filha	Não	F	Não	Sim
20	M	Esposo	Sim	F	Não	Sim
21	F	Esposa	Sim	M	Não	Sim
22	F	Neta	Não	F	Não	Sim
23	F	Filha	Não	F	Não	Sim
24	M	Esposo	Sim	F	Não	Sim
25	F	Neta	Não	F	Não	Sim
26	F	Sobrinha	Não	F	Sim	Sim
27	F	Esposa	Não	M	Sim	Sim
28	F	Esposa	Sim	M	Sim	Sim
29	F	Esposa do Neto	Não	F	Não	Sim
30	F	Esposa	Não	M	Não	Sim

QUADRO 2 – CARACTERÍSTICAS DOS FAMILIARES CUIDADORES PARTICIPANTES DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA E DOS IDOSOS HIPERTENSOS SOB SEUS CUIDADOS, RESIDENTES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

Outro fato também preocupante é o elevado número de idosos que necessitam de atendimento emergencial. O descontrole da PA ou sua elevação súbita constituem momentos críticos que podem dividir a passagem de uma condição de independência funcional para uma condição de dependência para o idoso. Interagir com o idoso hipertenso/família na identificação e controle dos fatores desencadeantes da crise hipertensiva pode contribuir para prolongar a autonomia e independência dos idosos e minimizar o desgaste do cuidador.

Com essas informações traçamos o perfil dos sujeitos do nosso estudo que elaboraram as Representações Sociais do cuidado familiar prestado a idosos hipertensos.

Concluimos que a responsabilidade de apoiar o idoso no controle da Hipertensão recai sobre a filha adulta ou de meia-idade, com baixa escolaridade, casada, com no máximo 03 filhos, dona de casa, também hipertensa ou sem problemas de saúde, que convive no mesmo domicílio do idoso e sobrevive com o auxílio da aposentadoria deste.

Na seqüência, apresentaremos e discutiremos os núcleos central e periféricos abstraídos das palavras evocadas pelos familiares cuidadores participantes do TALP, revelando os aspectos estruturais da representação do cuidado prestado a idosos hipertensos.

4.2 REVELANDO A ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO FAMILIAL PRESTADO A IDOSOS HIPERTENSOS

Para ter acesso ao conteúdo representacional do cuidado familiar prestado a idosos hipertensos, utilizamos a técnica de associação livre de palavras. Neste método, os sujeitos exprimiram verbalmente o que estava contido na memória acerca do objeto em estudo.

O fato de as respostas terem sido imediatamente evocadas, quando apresentado o estímulo, reduziu a possibilidade de as cuidadoras elaborarem um discurso não condizente

com a realidade, pois a técnica do TALP permite o acesso a conteúdos latentes da memória, de forma rápida.

O cuidado nesse estudo foi compreendido como a prática cotidiana dos familiares cuidadores em atenção aos membros idosos hipertensos.

Conforme abordamos no universo reificado da Hipertensão Arterial, apresentado na figura 4, o tratamento dessa doença crônica é constituído de terapia medicamentosa e mudanças no estilo de vida, portanto, encontramos evocações envolvendo estes aspectos. Contudo, foi de grande importância descobrir novos elementos pertencentes à prática familiar, implementados a partir de um contexto social que foi além dos cuidados preconizados e orientados pelos profissionais de saúde.

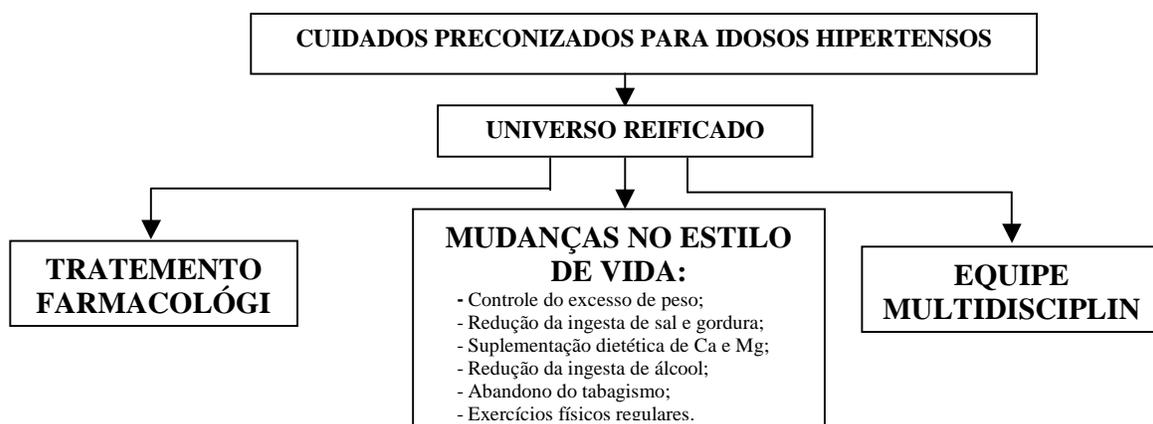


FIGURA 4 – SINOPSE DOS CUIDADOS PRECONIZADOS PARA IDOSOS HIPERTENSOS, SEGUNDO AS DIRETRIZES EM CARDIOGERIATRIA (SBC, 2002)

É certo que em todo e qualquer tratamento, especialmente o das doenças crônicas, pelo seu caráter permanente, a adesão do cliente é um dos principais elementos para o sucesso terapêutico, por isso o autocuidado deve ser estimulado. Porém, ao considerarmos as peculiaridades das pessoas idosas e compreendendo a família como primeiro recurso de atenção à saúde, o cuidador familiar é, sem dúvida, uma pessoa que auxilia o idoso e a equipe de saúde no controle da HA.

Apesar de o familiar cuidador estar sendo pouco valorizado pelos profissionais de saúde como fonte de apoio para o tratamento de idosos hipertensos, eles se manifestam, implementando cuidados com base em suas experiências prévias, opiniões e no que é socialmente partilhado, como descreve Cruz (2003, p.83):

[...] é através das trocas de experiências nas relações sociais que o indivíduo constrói suas representações de mundo, pois elas não significam somente a representação de objetos, mas a combinação desses, após serem repensados, experimentados e executados de forma pessoal no contexto.

Desse modo, buscando ter acesso ao conteúdo e a organização da prática de cuidado familiar prestado a idosos hipertensos, processamos as palavras evocadas pelos sujeitos, no programa de computador EVOC. Ao aplicar esse recurso informático identificamos o núcleo central e periférico, que a seguir serão apresentados e analisados.

Dos 100 sujeitos pesquisados, obtivemos 369 palavras evocadas. Seguindo o percurso de trabalhos que, de modo semelhante, utilizaram esta técnica de coleta de dados (TURA, 1998; CRUZ, 2003; SALES, 2003), desprezamos as palavras evocadas uma única vez, obtendo uma análise mais “limpa”. Assim, foram excluídas 13 palavras (3,5%) e utilizadas 356 palavras (96,5%), dentre as quais foram identificadas 30 distintas.

Os dados obtidos com o processamento foram organizados por ordem alfabética em um Quadro de Quatro Casas (Quadro 3), proposto por Vergès (1994).

O ponto de corte considerado foi de 04, ou seja, na distribuição do Quadro de Quatro Casas não estão incluídas as palavras com frequência inferior a esta.

A evocação de uma ou mais palavras está relacionada a presença desta(s) no conteúdo psíquico (quer estejam latentes quer não), enquanto que o processo de hierarquização reflete um trabalho cognitivo de análise das informações já evocadas.

Para determinação dos núcleos central e periférico foram consideradas a frequência e a média ponderada de ocorrência dos termos produzidos. A frequência diz respeito ao número

de vezes que a palavra foi evocada, a média ponderada, à ordem de evocação estabelecida pelos sujeitos no processo cognitivo de hierarquização. A frequência e a ordem média de evocação calculadas e informadas pelo software foram respectivamente 11,9 e 2,42.

ELEMENTOS CENTRAIS			ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS		
Frequência ≥ 10	/	Rang < 2,5	Frequência ≥ 10	/	Rang ≥ 2,5
Remédio	72	2,014	Médico	25	3,040
Alimentação	44	2,091	Chá	22	2,500
Sal	40	2,225	Gordura	20	2,950
Não deixar passar raiva	16	2,250	Paciência	12	2,583
			Posto	10	2,600
ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS			ELEMENTOS PERIFÉRICOS		
Frequência < 10	/	Rang < 2,5	Frequência < 10	/	Rang ≥ 2,5
Amor	08	2,375	Horário	09	2,778
Cuidado	08	1,625	Complicações	07	2,571
Ficar perto	07	2,286	Atenção	06	3,000
Exame	05	2,400	Repouso	05	3,600
			Ajudar	05	2,800
			Emoção	04	3,000
			Exercício	04	2,500
			Banho	04	3,500
			Cuidado doméstico	04	3,500

QUADRO 3 - QUADRO DE QUATRO CASAS APRESENTANDO OS NÚCLEOS CENTRAL E PERIFÉRICO DO CUIDADO FAMILIAR PRESTADO A IDOSOS HIPERTENSOS, JEQUIÉ-BA, 2004

As palavras incluídas no quadrante superior esquerdo são as mais frequentes ($F \geq 10$) e as prioritariamente evocadas ($Rang < 2,5$), por isso, muito provavelmente são os elementos constituintes do núcleo central da representação social do objeto em estudo.

Como podemos observar no quadro 03, as palavras remédio, alimentação, sal e a expressão não passar raiva são as mais frequentes e prioritariamente evocadas, constituindo-se deste modo, os elementos que dão significação à representação do cuidado com o idoso com HA, na ótica de seus familiares cuidadores. Esses elementos são considerados pelo grupo de sujeitos como os mais importantes para a tarefa de cuidar. São consensuais e, portanto, compartilhados com a coletividade.

O termo remédio foi trazido à memória de 72 sujeitos, de um total de 100 participantes do estudo, sendo que para 28 foi considerado o cuidado mais importante. Reflete a idéia dos familiares cuidadores em atribuir como cuidado prioritário lembrar o uso de anti-hipertensivos ou oferecer o medicamento de acordo com o grau de comprometimento da Capacidade Funcional do idoso. Remédio revelou-se como o elemento mais estável da representação do objeto, determinando o comportamento dos sujeitos.

O uso de drogas anti-hipertensivas tem sido preconizado e orientado pelos profissionais de saúde, em face da comprovação dos seus efeitos na redução da morbimortalidade cardiovascular. Ressaltamos que alguns desses medicamentos são distribuídos gratuitamente em unidades básicas de saúde e/ou vendidos por um valor acessível em farmácias populares.

Outro cuidado representado pelo grupo esteve relacionado à alimentação e à restrição do uso de sal. Essas práticas são relativas ao padrão alimentar a ser adotado pelo idoso hipertenso. Como vimos na caracterização dos sujeitos, as mulheres destacam-se como cuidadoras principais de idosos hipertensos, cabendo-lhes quase sempre a compra e preparo dos alimentos, não só para o idoso, mas para toda a família.

A idéia de alimentação aqui representada pelas mulheres cuidadoras parece estar em consonância com as orientações das IV Diretrizes Brasileiras (SBH, SBC, SBN, 2002). Elas nos dão indícios de que há uma preocupação com a ingesta de alimentos que possam suprir as necessidades nutricionais dos idosos e reduzir o risco para complicações cardiovasculares. Porém, esbarram nas questões econômicas, já que a renda média familiar é de R\$ 240,00 e nos aspectos culturais que valorizam os alimentos ricos em sódio. Todavia, as mulheres enfrentam essas dificuldades com criatividade, conforme veremos posteriormente na análise de conteúdo dos discursos.

Em menor frequência (16), mas com considerável média de ordem de evocação (2,250) esteve representado o cuidado psicoemocional de não deixar o idoso passar raiva. Esta expressão foi escolhida para representar atitudes reveladas pelos cuidadores como: *não deixar nervosa, não aborrecer, não avexar, não perturbar, não preocupar, não falar de supetão, evitar contrariedade e irritação.*

Apesar de os familiares cuidadores não possuírem o conhecimento científico sobre os mecanismos fisiológicos das emoções, como por exemplo a liberação de catecolaminas e seu efeito vasoconstritor em situações de apreensão, a experiência cotidiana demonstra que a ocorrência do sentimento de raiva eleva a pressão arterial no idoso. Por isso, os cuidadores empenham-se por evitar que o idoso se preocupe, adotando medidas identificadas durante a entrevista e que serão explicitadas adiante.

De acordo com a I Diretrizes em Cardiogeriatría (SBC, 2002) parece haver uma relação entre estresse psicossocial e aumento da PA, porém as medidas adotadas no tratamento antiestresse ainda não têm avaliação definitiva, por isso foi classificada no grau de recomendação B¹⁰ e nível de evidência 4¹¹. Na prática os familiares percebem que condições como a pobreza, a baixa auto-estima, a inatividade, a viuvez e os conflitos familiares contribuem para o aumento da PA do idoso de forma súbita ou permanente.

¹⁰ A SBC classifica as recomendações preconizadas aos hipertensos em A, B e C. **O grau de recomendação A** é definitivamente recomendado por ser aceitável, seguro, útil, eficaz e efetivamente comprovado. As recomendações classificadas no **grau B** são aceitáveis, clinicamente úteis, porém não confirmadas por estudo randomizado amplo ou por metanálise. Ainda existe uma subclassificação denominada **B¹**, considerada como tratamento de escolha e **B²** para tratamento opcional ou alternativo. As opções de tratamento classificadas no **grau C** são clinicamente sem utilidade, chegando a ser prejudicial, portanto proscritas.

¹¹ A SBC classifica as opções de tratamento da HA em quatro níveis de evidência, de acordo com resultados obtidos em estudos. São eles: **Nível 1**: estudos randomizados amplos e revisões; **Nível 2**: pelo menos um estudo randomizado ou metanálises; **Nível 3**: estudos de pequenas séries e **Nível 4**: recomendações de grupos de especialistas em diretrizes ou outras reuniões.

Aspecto Estrutural	Elementos	Frequência da Ordem de evocação					Frequência de evocação
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	
NÚCLEO CENTRAL	Remédio	28	23	13	08	--	72
	Alimentação	14	16	11	02	01	44
	Sal	12	13	09	06	--	40
	Não passar raiva	05	05	03	03	--	16
SISTEMA PERIFÉRICO	Horário	01	05	--	01	02	09
	Complicações	02	02	01	01	01	07
	Atenção	01	02	--	02	01	06
	Repouso	--	--	03	01	01	05
	Ajudar	--	03	01	--	01	05
	Emoção	01	--	01	02	--	04
	Exercício	01	01	01	01	--	04
	Banho	--	01	01	01	01	04
	Cuidados domésticos	--	--	02	02	--	04

Fonte: Dados processados no EVOC.

QUADRO 4 – ORDEM MÉDIA DE PALAVRAS QUE REPRESENTAM O CUIDADO PRESTADO A IDOSOS HIPERTENSOS, SEGUNDO OS CUIDADORES FAMILIARES DE UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

Dentre os elementos pertencentes ao núcleo central, chamou-nos à atenção a sensibilidade dos sujeitos ao relacionar as dimensões biológica, psicológica e social do idoso. Mesmo havendo entre os profissionais de saúde a pouca valorização de mudanças comportamentais do idoso e da família, esta última tem buscado contribuir no controle da HA, minimizando as condições estressantes para o idoso.

Este exemplo retrata que as RS não são coercitivas, tampouco retratam exclusivamente a ideologia de um grupo especializado (profissionais de saúde). O elemento “não deixar passar raiva” revela que os atores sociais dispõem de certa autonomia e criatividade que emanam das suas experiências, idéias, valores e relações sociais.

De acordo com Sá (1996) uma das características dos elementos constituintes do núcleo central é que ele é histórico, social e ideologicamente determinado.

A HA é uma doença característica de países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Durante muitos anos essa enfermidade preocupou o Sistema de Saúde porque era causa direta ou indireta de absenteísmo, aposentadoria ou óbito em adultos jovens. A transição demográfica ocasionada pelos avanços da medicina e pela queda das taxas de natalidade,

mortalidade e fecundidade, proporcionou o crescimento da população idosa. Atualmente, o elevado percentual de idosos acometidos pela HA preocupa o Sistema de Saúde pelo custo do tratamento permanente e pelos gastos com internamento e reabilitação provenientes de suas complicações.

Quanto aos familiares, a construção da representação do cuidado com o idoso hipertenso está ligada a uma convivência cotidiana com essa situação, já que aumentou o número de pessoas idosas e, conseqüentemente, a presença destas no núcleo familiar. Desse modo, confirmamos o que Sá (1996) descreveu acerca dos fatores determinantes do núcleo central da representação de um objeto: remédio, alimentação, sal e não deixar passar raiva, são elementos consensuais presentes na memória de um grupo social, construído a partir de um contexto histórico e cultural.

As palavras incluídas no quadrante inferior direito são representativas do sistema periférico, ou seja, tiveram uma frequência maior ou igual a 04 e menor que 10 e foram apontadas secundariamente no processo de hierarquização ($Rang \geq 2,5$). De acordo com Wagner (1998) elas traduzem o que realmente é concretizado como cuidado com o idoso hipertenso, portanto estabelecem a interface com o núcleo central que sempre é consensual, mas nem sempre funcional.

Foram apontadas como elementos do sistema periférico palavras abstratas, como ajudar, que podem estar relacionadas à percepção do familiar acerca do seu papel na vigência da HA no idoso. Parece haver entre os cuidadores a idéia de que o idoso é o responsável pelo seu autocuidado, cabendo à família ajudar, propiciar e facilitar o tratamento.

A palavra atenção pode estar relacionada à necessidade do cuidador estar atento, alerta para quaisquer sinais de elevação súbita da PA, complicações, ou ainda ao horário da medicação.

Quanto aos elementos banho e cuidados domésticos parecem estar associados ao apoio oferecido pelo cuidador nas Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária, quando o idoso apresenta Capacidade Funcional comprometida pelas complicações da HA, sendo a mais freqüente, no bairro estudado, o AVE.

A palavra emoção revela a relação com a expressão “não deixar passar raiva”, pertencente ao núcleo central. Os cuidadores parecem evitar a ocorrência de emoções negativas para os idosos, na tentativa de ajudar no controle da HA, embora nem sempre seja possível.

Encontramos atitudes distintas concernentes à prática de atividades evidenciadas nas palavras exercício e repouso. Esses elementos representam atitudes de incentivo, ou não, dos cuidadores, em relação às atividades físicas. Elas parecem ter uma opinião importante para o idoso quanto a decisão de iniciar e manter um programa regular de exercícios físicos. Há indícios de que, para os cuidadores, o repouso pode estar restrito a idosos fragilizados, com complicações, que não tenham sido previamente submetidos a uma avaliação ou que apresentem queixa no dia e/ou horário da atividade, sendo, portanto, a atividade desmotivada pelos familiares.

Nas observações empíricas percebemos que o repouso está vinculado a atividades com grande gasto energético ou exposição prolongada ao sol, já que a temperatura elevada é característica peculiar de Jequié, conhecida como a “Cidade Sol”. Os cuidadores aconselham ou não permitem, a depender da condição do idoso, atividades como: lavar roupas, limpar o quintal e deslocar-se em horários de maior intensidade solar porque acreditam que atividades extenuantes associadas ao calor excessivo aumentam a PA.

Confirmamos a característica do sistema periférico quanto a sua funcionalidade, ou seja, seus elementos representam a tomada de posição ou condutas, referentes ao objeto de

estudo. Sua função é concretizar o sistema central, cujo elementos são predominantemente normativos.

Desse modo, afirmamos que na ótica dos cuidadores familiares investigados, o cuidado com o idoso hipertenso se configura na forma de ajuda e atenção. Os elementos sal e alimentação, pertencentes ao núcleo central, na prática se concretizam sob a forma de cuidados domésticos como a compra e preparo de alimentos recomendados para o idoso hipertenso. E, o não deixar passar raiva, como a tentativa de evitar emoções negativas.

Observamos na periferia do sistema representacional que a palavra horário concretiza o elemento do núcleo central, remédio. Pressupomos que os cuidadores consideram importante oferecer o medicamento prescrito, diariamente, e na hora certa.

Percebemos que alguns elementos associados ao termo remédio estiveram presentes também no quadrante superior direito. São eles: posto e médico. O posto refere-se à Unidade Básica de Saúde, local onde a medicação é adquirida, enquanto que o médico é o profissional com competência legal para prescrever a medicação. Segundo Sá (1996), palavras pertencentes a este quadrante estão incluídas entre os elementos do sistema intermediário. Tais elementos podem evoluir para o núcleo central e são analisáveis não à luz da teoria complementar de Abric, mas à luz da grande teoria de Moscovici. O mesmo acontece com os termos apresentados no quadrante inferior esquerdo: amor, cuidado, exame e ficar perto.

Também verificamos a presença de dois elementos do sistema periférico que não têm associação direta com os apontados no núcleo central, tais como repouso e exercício. Acreditamos que eles dizem respeito à flexibilidade e individualidade dos elementos pertencentes a esse grupo.

Os significados, as idéias e as interpretações elaboradas pelo grupo de cuidadores acerca do cuidado com o idoso hipertenso foram identificadas mediante palavras por eles evocadas. Os termos trazidos à memória revelaram a reconstrução de um conhecimento

científico em algo prático e consensual. De acordo com a relação entre si e com o objeto, as palavras foram agrupadas em quatro categorias, uma principal e três secundárias.

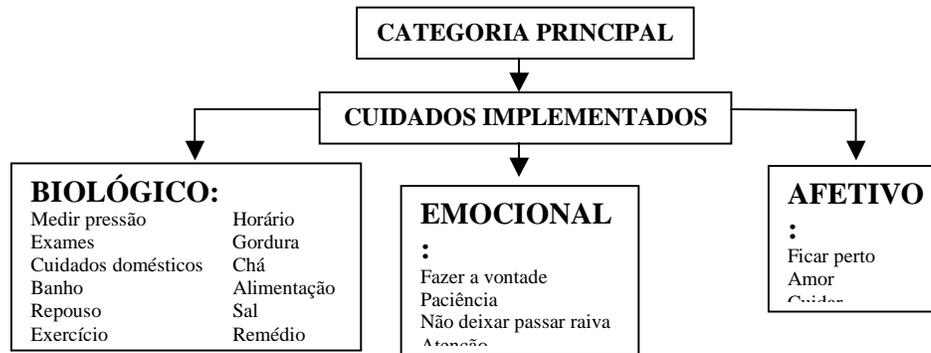


FIGURA 5 – CATEGORIA PRINCIPAL CONSTRUÍDA A PARTIR DOS CUIDADOS PRESTADOS POR FAMILIARES A IDOSOS HIPERTENSOS EM AMBIENTE DOMICILIAR, RESIDENTES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

A Categoria Principal foi denominada de Cuidados Implementados. Do total de palavras evocadas, 83,1% (20) pertencem a esta categoria, conforme apresentamos na figura 5. Esta classe reflete a prática cotidiana dos cuidadores, que mostraram estar voltados não apenas para os aspectos biológicos do idoso hipertenso, mas também para os emocionais e afetivos, acreditando que estes estejam relacionados ao controle da doença.

As categorias secundárias agregam fatores relacionados à Percepção do Cuidado Prestado, ao Suporte Formal utilizado para o cuidar/cuidado e a aspectos inerentes ao Universo Consensual da HA (Figura 6).

Apesar de uma grande proporção dos idosos hipertensos ser independente, o cuidado, nesta condição crônica, é percebido pelos cuidadores como uma prática que exige responsabilidade que, quase sempre, é solitária, ou seja, exercida unicamente por eles. De acordo com as informações apresentadas na caracterização, a mulher casada e de meia-idade agrega inúmeras funções, encontrando-se sobrecarregada.

Não obstante as recomendações da SBC (2002) serem de um atendimento ao idoso hipertenso, preferencialmente multidisciplinar, o suporte buscado, segundo as palavras

evocadas pelo grupo, concentra-se no posto e na pessoa do médico. Dentre outros fatores, a ocorrência de tal situação se dá pelo poder do médico, que consiste na prescrição do medicamento, a “chave” que abre as portas para o controle da doença.

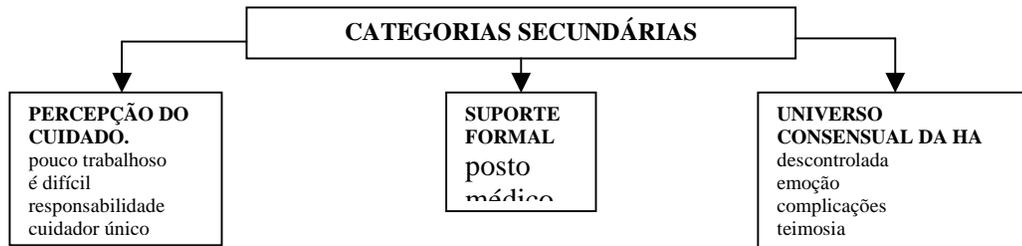


FIGURA 6 – CATEGORIAS SECUNDÁRIAS, CONSTRUÍDAS A PARTIR DAS PALAVRAS EVOCADAS PELOS CUIDADORES DE IDOSOS HIPERTENSOS, RESIDENTES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

Na seqüência apresentaremos o terceiro momento da análise do objeto de estudo procedendo à discussão, à luz a TRS, de categorias e subcategorias abstraídas de leituras flutuantes dos discursos dos sujeitos. Pretendemos, conforme objetivos propostos, conhecer e compreender a prática do cuidado com o idoso hipertenso representado pelos seus familiares cuidadores.

4.3 COMPREENDENDO O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO CUIDADO COM IDOSOS HIPERTENSOS NA FAMÍLIA

Tomando como ponto de partida as 30 entrevistas transcritas, realizamos várias leituras flutuantes, agrupamos informações afins e, a partir destas, construímos seis categorias e vinte subcategorias, totalizando 1.650 unidades de análise. Porém, considerando os objetivos propostos, optamos por aprofundar a análise nas categorias que visam respondê-los,

quais sejam: Implementando Cuidados, Encontrando Dificuldades para o Cuidado e Percebendo os Cuidados Implementados

Desse modo, foram analisadas três categorias, e dez subcategorias, perfazendo um total de 972 unidades de significado. Os dados relacionados as demais categorias darão origem, posteriormente, a artigos que permitirão dar continuidade a estudos envolvendo tão relevante temática.

De acordo com o descrito na metodologia, os dados foram submetidos à análise quantitativa e qualitativa. A análise quantitativa foi realizada com a determinação da frequência absoluta e relativa das unidades de análise, estando assegurado que cada uma destas unidades foi registrada somente em uma das categorias e subcategorias simbólicas construídas.

Já a análise qualitativa esteve relacionada ao universo de significados e idéias identificadas acerca do objeto, que emanaram do conhecimento do senso comum de um grupo de familiares cuidadores de idosos hipertensos do município de Jequié-BA.

O princípio utilizado para a categorização foi o de ordenar idéias com características semelhantes, a fim de que os elementos pertencentes ao grupo expressasse o que continha no título de suas respectivas categorias e subcategorias.

A fim de facilitarmos a apresentação destas informações, elaboramos um quadro em que constam todas as categorias e subcategorias (Quadro 5). Na seqüência comentamos acerca do percentual das categorias e subcategorias em relação ao quantitativo das unidades de análise. Por fim, descrevemos as categorias e subcategorias que responderam aos objetivos propostos, triangulando as informações com as obtidas no TALP e analisando-as à luz da TRS. Dessa forma, a partir da atividade reflexiva e analítica do que foi explicitado pelos sujeitos, apreendemos as representações sociais de familiares acerca do cuidado prestado a idosos com Hipertensão Arterial.

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise		Subtotal	
		F	%	F	%
Encontrando Dificuldades para o Cuidado (ED)	Relacionadas ao idoso (EDRI)	300	57,5	522	31,6
	Relacionadas ao cuidador (EDRC)	125	24,0		
	Relacionadas à condição econômica (EDCE)	63	12,0		
	Relacionadas ao serviço de saúde (EDRSS)	34	6,5		
Descrevendo o Universo Consensual a HA (DUCH)	Percebendo as complicações (DUCHPC)	225	62,2	362	22
	Percebendo a doença (DUCHPD)	75	20,7		
	Atribuindo uma etiologia (DUCHAE)	62	17,1		
Implementando Cuidados (IC)	Implementando cuidados de controle (ICC)	287	80,0	359	21,7
	Implementando cuidados de urgência (ICU)	35	9,8		
	Implementando cuidados de internamento (ICI)	22	6,0		
	Implementando cuidados de apoio às Atv. Vida Diária (ICAAVD)	15	4,2		
Buscando Suporte (BS)	Formal (BSF)	91	53,2	171	10,4
	Espiritual (BSE)	42	24,6		
	Informal (BSI)	38	22,2		
Ancorando os Cuidados Implementados (AC)	Nas orientações dos profissionais (ACOP)	52	35,9	145	8,8
	Nas experiências prévias (ACEP)	38	26,2		
	Nas relações afetivas (ACRA)	34	23,4		
	Na sabedoria popular (ACSP)	21	14,5		
Percebendo os Cuidados Implementados (PC)	Gratificante (PCG)	63	69,2	91	5,5
	Estressante (PCE)	28	30,8		
Total	06 categorias	20 subcategorias		1650 unidades	
				100%	

QUADRO 5 – DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS QUE REVELAM A PRÁTICA FAMILIAR DE CUIDADOS PRESTADOS A IDOSOS HIPERTENSOS NUM BAIRRO PERIFÉRICO DE JEQUIÉ-BA, 2004

Por se tratar de uma prática cotidiana envolvendo idéias, valores, experiências prévias e aspectos culturais, os cuidadores, quando solicitados a falar sobre a sua experiência em cuidar do idoso hipertenso, abordaram múltiplos aspectos desta prática, organizados em seis categorias, assim denominadas: Encontrando Dificuldades para o Cuidado (ED); Descrevendo o Universo Consensual da HA (DUCH); Implementando Cuidados (IC); Buscando Suporte (BS); Ancorando os Cuidados Implementados (AC); e Percebendo os Cuidados Implementados (PC).

Os resultados revelam que as dificuldades encontradas para o cuidado foram os aspectos mais enfatizados pelos cuidadores, representando 31,6% do total de unidades de análise. Na percepção deles, existem múltiplos fatores dificultando sua prática, descritos em

quatro subcategorias: dificuldades relacionadas à condição econômica, ao idoso, ao cuidador e ao serviço de saúde.

Apesar de parecer relativamente simples, o cuidado familiar com pessoas idosas hipertensas é permeado de vários obstáculos, dentre os quais os cuidadores evidenciaram as atitudes do idoso em relação à doença e a influência dos aspectos emocionais na etiologia e controle da HA, como os mais frequentes.

A segunda categoria em evidência (22%) foi a que revelou descrições acerca do universo consensual da HA, na ótica dos familiares cuidadores. Foram destacados aspectos relacionados à percepção da doença (20,7%), das complicações (62,2%) e da etiologia (17,1%). A elevada frequência de unidades de análise apresentadas na subcategoria Percebendo as Complicações, parece revelar que a preocupação com a HA é mínima, entretanto o que é marcante e temida são as suas complicações.

A terceira categoria com maior frequência de unidades de análise foi a dos cuidados implementados (21,7%). Foram identificadas nas informações dos cuidadores quatro características dos cuidados prestados, organizados em 04 subcategorias: cuidados de urgência, de apoio às Atividades de Vida Diária, de controle e de internamento. Destes, os cuidados de controle predominaram, representando 71% das unidades de análise, constituintes desta categoria. O menor índice esteve relacionado ao apoio às AVDs (4,2%), uma vez que, quase sempre, está veiculada a idosos com complicações da HA.

Seguindo o parâmetro de maior frequência de unidades de análise, a categoria Buscando Suporte, enquadrou-se em quarto lugar (10,4%). Ficou explícito que o apoio formal, ou seja, o suporte oferecido pelos profissionais de saúde é o mais requisitado pelas cuidadoras (53,2%). Em menor frequência, mas também evidente, são requeridos o apoio espiritual (24,6%) e o informal (22,2%).

A penúltima categoria ressaltada foi a que apresentou aspectos relacionados à ancoragem dos cuidados implementados, com 8,8% das unidades de análise. Segundo os cuidadores familiares, os cuidados prestados por eles estão pautados por ordem de frequência: nas orientações de profissionais (35,9%), nas experiências prévias (26,2%), nas relações afetivas (23,4%) e por fim na sabedoria popular (14,5).

Em menor índice de frequência, ocupando o último lugar, portanto exibindo o menor percentual de unidades de análise (5,5%), observamos a categoria correspondente à percepção dos cuidadores acerca dos cuidados implementados por eles. Nos discursos destacamos aspectos positivos ao identificar o cuidado como gratificante e fácil (69,2%), mas também constatamos aspectos negativos ao referendá-lo com estressante, duradouro, permanente e limitante (30,8%). A seguir, abordaremos as categorias que respondem aos objetivos propostos, iniciando pelos cuidados implementados.

4.3.1 1ª Categoria - Implementando Cuidados

Conviver com a HA exige do idoso mudança nos hábitos de vida, visitas periódicas ao serviço de saúde e o uso diário de pelo menos um medicamento anti-hipertensivo. Se estas medidas não forem implementadas adequadamente, poderá ocorrer, em curto prazo, episódios de crise hipertensiva e em longo prazo, complicações como a Insuficiência Cardíaca Congestiva, Insuficiência Renal Crônica, Acidente Vascular Encefálico, alterações visuais, entre outras.

Nesta convivência com a doença crônica, os idosos encontram nos cuidadores fundamental apoio para o controle da Hipertensão. A categoria Implementando Cuidados compreende as unidades de análise que descrevem a pluralidade de atividades desempenhadas pelos cuidadores a partir da sua percepção das necessidades do idoso hipertenso, tendo como guia as suas experiências prévias, a orientação recebida de profissionais e de membros da

comunidade. Essa categoria engloba quatro subcategorias, perfazendo um total de 359 unidades de análise, conforme apresentamos na tabela 04 abaixo.

TABELA 4 – DESCRIÇÃO DA FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DE SUBCATEGORIAS RELACIONADAS À CATEGORIA IMPLEMENTANDO CUIDADOS, JEQUIÉ-BA, 2004

IMPLEMENTANDO CUIDADOS		
SUBCATEGORIAS	F	%
Implementando cuidados de controle (ICC)	287	80,0
Implementando cuidados de urgência (ICU)	35	9,8
Implementando cuidados de internamento (ICI)	22	6,0
Imp. cuidados de apoio às Atv. Vida Diária (ICAAVD)	15	4,2
Total	359	100,0

Os cuidados de controle são os mais prevalentes e correspondem às ações cotidianas dos cuidadores para auxiliar o idoso no controle da HA. Esta subcategoria é responsável por 80% das unidades de análise. Na seqüência, foram mais freqüentemente abordados os cuidados esporádicos de urgência (9,8%) e de internamento (6,0).

De acordo com os sujeitos participantes da entrevista, 73,3% dos idosos sob seus cuidados já foram conduzidos ao serviço de emergência pelo menos uma vez. O uso de medicamentos seguido de um período de observação, é resolutivo na maioria das situações em que se observa o aumento súbito da PA. Porém, há situações em que se faz necessário o internamento, pois há risco de comprometimento do fluxo cerebral e/ou ruptura vascular. Deste modo, é compreensível o maior número de unidades de análise referentes aos cuidados de urgência do que aos relacionados ao internamento.

Em menor evidência estão os cuidados de apoio às Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária (AVD e AIVD), pois são dispensados aos idosos com complicações da HA (nesse estudo 23,3%) e que apresentam comprometimento da Capacidade Funcional.

Apresentamos a seguir as práticas cotidianas relacionadas ao cuidado com os idosos hipertensos, segundo os cuidadores familiares.

I) Implementando Cuidados de Controle.

Nesta categoria encontramos os cuidados cotidianos exercidos pelos cuidadores. Demonstram a forma mais evidente de como a família tem participado no controle da Hipertensão Arterial de seus membros idosos.

A identificação, a interpretação e a compreensão destas práticas permitem repensar e redimensionar o campo e as ações cuidativas prestadas pelos profissionais de saúde aos idosos hipertensos.

Os cuidados dispensados no ambiente familiar são práticos e resolutivos à medida que atendem a necessidades percebidas. São criativos, diversificados, mas ao mesmo tempo demonstram unidade. As diretrizes dadas pelos profissionais de saúde são apropriadas, transformadas e utilizadas pelos cuidadores, inserindo novas práticas, complementares àquelas.

Os cuidados de controle prestado a idosos hipertensos são apresentados no Quadro 6.

IMPLEMENTANDO CUIDADOS (IC)	
SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
Implementando Cuidados de Controle. (ICC)	<p>[...]tomei conta [...]já eu trouxe pra dentro de casa e até hoje [...]graças a Deus até hoje não levemos mais pra internar [...]o remédio graças a Deus eu compro na diária lá na farmácia 24 horas(2)¹² [...]graças a Deus eu tenho meu crédito lá que eu compro, fiado(4) [...]pego minha aposentadoriazinha minha, mais dela, vou lá pago [...]ajeito tudo né? [...]de primeiro a gente tinha um aparelho [...]e ele andou medindo a pressão dela muitas vezes[...] media(2) [...]mas depois eu fui pra tirar só a pressão [...]Eu também tenho levado ela pra exame(20) [...]a gordura, óleo não pode(10) [...]a carne de sol ela come, é pouco sal porque ela bota de moio(5) [...]tem um bando de remédio aí que eu venho dando a ela também [...]sempre eu faço chá(54) [...]tudo aí é remédio pra pressão e diabete [...]tem que fazer a comida sem sal(2) [...]com pouco sal(26) [...]aquilo num deve tomar café [...]aquilo a pessoa num deve tomar sol [...]aquilo a pessoa deve ter esse tipo de controle [...]mas ela não sai daqui de dentro de casa(3) [...]são coisas que exatamente puxa pela pressão [...]isso eu oriento ela que sempre faça assim(3) [...]ele cuida do remédio dele(13) [...]mas quando ele não lembra, eu fico no pé dele pra tomar(6) [...]eu faço uma garapinha de açúcar e dou pra ele(2) [...]a gente cuidar é assim: ter paciência(8) [...]se ele disser essa comida está salgada, aí a gente não come [...]separa e aí a gente come outra comida [...]sempre vou no médico com ele acompanhando(7) [...]e estou sempre controlando(3) [...]eu tenho que está sempre alerta [...]e por isso, eu sempre procuro evitar aborrecimento dentro de casa(5) [...]eu faço tudo pra ela estar bem(2) [...]nós como fraco ela se alimenta bem [...]a medicação o posto dá(2) [...]mas eu digo a ela em primeiro lugar o da pressão [...]quando ela fala eu dou umas gotinhas de Novalgina que também é bom para baixar a pressão(2) [...]ela tava tomando e estava se sentindo mal, mas trocou(2) [...]eu falo pra ela não colocar sal na comida, diminuir o óleo(3) [...] porque se ela seguir a dieta, com certeza a pressão dela vai ser controlada [...]é uma coisa que eu esqueci de dizer pra ele pra falar pro médico [...]eu disse vai no médico [...]já eu disse: e o remédio que tá terminando? [...] eu digo mainha pega uma vassoura, varre a casa, lava um prato [...]quando eu vou sair eu ensino [...]o remédio quando não tem no posto, eu compro(2) [...]e ela passa o perfume alfazema na frente, aí passa [...]mede a pressão (2) [...]eu falo que pressão é coisa séria [...] eu falo pra tomar o remédio todo dia(2) [...]mas eu digo que não pode [...]eu lembro a ela o dia, aí ela vai [...]pego o remédio [...]num se preocupa não(2) [...]baixou bem a televisão [...]a gente tem que controlar o remédio [...]não pode deixar sozinha(3) [...]eu não deixo ela ir no quintal porque eu tenho medo dela cair [...]eu digo, A. não come, tu vai morrer [...]brigo com os meninos pra não fazer zoada [...]digo pra ele: a saúde é que interessa, o resto não tem pressa [...]mas vai sozinha e pega no posto [...]não fica em problema [...]tratar bem é não xingar [...]é não conversar alto [...]e também ele não pode parar de vender as coisas dele [...]porque se parar, pra ele, ele morre [...]Ele está acostumado de ver toda hora uma moedinha caindo [...]já eu digo: não vê, você num pode se agitar não(2) [...]espero ele chegar pra poder almoçar com a gente [...]eu faço de tudo pra ele não saber, porque senão... [...]eu sempre procuro fazer a vontade dela(2) [...]eu não deixo faltar leite que o que ela mais gosta(3) [...]eu digo a ela, não a senhora vai ver essa casa bonitinha [...] e a senhora no seu quartinho bonitinho [...]a casa já vai estar pronta [...]já eu digo ô meu vê, num vai cortar lenha hoje não [...]não deixar passar raiva(3) [...]ela fala as coisas e agente nem liga, sabe?</p>

QUADRO 6 – DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA – IMPLEMENTANDO CUIDADOS DE CONTROLE PRESTADO A IDOSOS HIPERTENSOS, SEGUNDO OS CUIDADORES FAMILIARES RESIDENTES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

Em seus discursos, as práticas de cuidado destacadas pelos familiares mostraram-se diversificadas e foram agrupadas em áreas relacionadas a alimentação, medicação, chás, consultas e exames, proteção psicoemocional e atividades.

¹² Número de vezes que foi citada a unidade de análise.

a) Cuidados de Controle relacionados à alimentação.

Os cuidados desenvolvidos pelos cuidadores em relação à alimentação procuram atender às orientações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2002) em aspectos como a restrição de sal e gordura, mas não apontam a suplementação de cálcio e magnésio. Embora os cuidadores não tenham noção da racionalidade científica que envolve a temática, notamos que já faz parte do conhecimento do senso comum que o uso de sódio e lipídios agrava o quadro hipertensivo.

[...] a alimentação não tem limite, é feijão, uma carne, galinha, peixe [...] a gordura e óleo não pode, o doutor mesmo fala que não pode dar. Manteiga, requeijão, esses negócio ela não come (C 01).

[...] eu falo pra ela não colocar sal na comida, diminuir o óleo e às vezes ela acha que não, que a pressão dela tá boa (C 11).

[...] eu faço uma carnezinha cozida. Só de vez em quando que eu faço frita com bem pouca gordura, com bem pouco sal (C 12).

[...] da última vez a pressão tava boa porque ele não come salgado, não come gordura, que eu também não dou a ele. Eles dizem que não é pra dar. A gordura é só a de rechear o tempeiro (C 15).

[...] em relação à comida eu só compro galinha e peixe, não compro carne vermelha, porque o povo diz que ela faz mal à saúde, e aumenta o colesterol (C 19).

[...] o doutor dele já falou que a comida dele é controlada. É um pedacinho de carne sem sal no feijão, pra pressão não alterar [...] eu sempre faço a comidinha dele, o feijão quase sem sal, a carne não deixo comer salgada (C 27).

Os hábitos alimentares são constituídos desde a infância e são influenciados por fatores culturais, econômicos, religiosos, entre outros. Em regiões de clima quente e seco, como é o caso de Jequié, há preferência por carnes conservadas no sal e sol, tipo: charque, carne-de-sol, jabá, carne-seca, carne-do-sertão. Na culinária nordestina esse alimento, via de regra, não pode faltar à mesa.

Muitos idosos que residem no município migraram de regiões áridas situadas ao norte da região Nordeste ou trabalharam como lavradores que saíam de casa ao raiar do dia

e só retornavam ao anoitecer, levando consigo num modesto vasilhame a “farofa de carne-de-sol”. A preferência por este alimento é devido a seu baixo custo, sabor agradável ao paladar, fácil preparo e conservação. A combinação de sal e gordura desta refeição não é recomendável para pessoas hipertensas, mas os cuidadores, reconhecendo e valorizando os aspectos culturais envolvidos, preparam o alimento, reduzindo o sal da carne, como podemos ilustrar com os seguintes depoimentos:

[...] a carne-de-sol ela come, é pouco sal porque bota de molho (C 01).

[...] se eu percebo que uma carne é salgada, eu dou uma fervura nela, tiro o sal e fica tudo tranqüilo (C 03).

[...] quando a carne é de sol eu passo em três a quatro água que é pra ele comer pra ver se atura mais (C 27).

[...] a comida dele é sem sal. Tô ali agora escaldando a carne (C 28).

O propósito do sal é realçar o sabor dos alimentos. Porém, muitas vezes este tempero é colocado em evidência, em detrimento de outros como o limão, ervas, alho, cebolinha e salsa. O uso destes últimos deve ser incentivado, bem como o preparo dos alimentos grelhados, em vez invés de fritos.

Uma dieta com elevado teor de sal tem sido apontada como importante na origem da HA, pois o íon sódio é um dos principais fatores que mantém a composição aquosa corpórea. Sal em excesso determina uma sobrecarga volêmica, com conseqüente aumento da PA, por isso o seu uso não deve ultrapassar 6g/dia, ou duas colheres das de chá rasas (SBH, SBC, SBN, 2002).

O estudo INTERSALT, envolvendo mais de 10.000 sujeitos, associou o aumento da pressão sistólica com o consumo de sódio em indivíduos sódio-sensíveis. Quanto ao consumo

de gordura, o estudo DASH¹³ constatou os benefícios da redução de gorduras saturadas na redução dos níveis tensionais.

As gorduras são as grandes vilãs da produção da placa de ateroma, reduzindo a luz do vaso, aumentando a PA e favorecendo os eventos isquêmicos. As dislipidemias são, basicamente, controladas por mudanças dietéticas, devendo ser orientada uma redução no consumo de gordura saturada e aumento das gorduras insaturadas.

Foi também comprovado no DASH que a ingestão de nutrientes como Mg, K, Ca, fibra, entre outros, quando consumidos juntos, seu efeito cumulativo influencia positivamente na redução da PA. Porém, os benefícios só podem ser vistos se as mudanças dietéticas forem sustentadas. Por isso, deve haver uma motivação contínua, para que haja uma mudança do comportamento dietético no idoso e, não apenas, o cumprimento temporário de uma dieta estabelecida.

No TALP os cuidadores mostraram-se preocupadas com o aspecto nutricional do idoso, evocando palavras como sal, gordura e alimentação. Para os informantes, a alimentação refere-se ao conjunto de nutrientes necessários para a manutenção da saúde e bem-estar do idoso, os quais muitas vezes não são acessíveis por questões financeiras.

Deste modo, vemos que o conhecimento científico acerca da alimentação adequada para pessoas hipertensas está parcialmente socializado e legitimado. Mesmo possuindo baixo grau de escolaridade, os cuidadores têm acesso a estas informações por meio dos processos comunicacionais.

Em seus discursos, os cuidadores relataram que o seu fazer diário está ancorado em três níveis fundamentais: nas orientações de profissionais, na sabedoria popular e nas experiências prévias.

¹³ DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*): estudo de alimentação, multicêntrico, randomizado, que testou os efeitos de características dietéticas sobre a PA.

[...] a gente cumprindo as ordens [...] aquilo foi invocado desde os primeiro, meu pai, avô, eu aprendi com eles (C 01).

[...] mas, depois falaram pra ele não tomar a cidreira porque o problema dele num resolve com cidreira (C13).

[...] o pessoal fala que quando tem a pressão alta e come sal, ela sobe demais (C 23).

[...] meu avô era hipertenso e morreu de derrame (C 25).

[...] quando ele teima e come uma comida salgada a pressão sobe e ele fica todo inchado. O doutor dele já falou que a comida dele é controlada (C 27).

De acordo com Nóbrega (2001), a ancoragem é organizada sob três condições estruturantes: a atribuição de sentido, a instrumentalização do saber e o enraizamento no sistema de pensamento. Identificamos essas condições nos depoimentos dos cuidadores.

Na condição de *atribuição de sentido*, é possível verificar que o significado e a importância dados à alimentação do idoso hipertenso estão articulados com os valores culturais do cuidador. O pensamento constituinte se apóia sobre o constituído, ou seja, as novas idéias, conhecimentos e orientações acerca da nutrição de pessoas hipertensas se apóiam em experiências e conhecimentos prévios, adquiridos no cuidado de outros membros hipertensos da família, como podemos observar nas seguintes declarações:

[...] meu marido deu infarto e morreu rapidinho sabe, porque ele só tomava se eu ficasse em cima (C 08).

[...] eu tenho uma irmã que está com doze anos na cama, não é dois dias. Foi um derrame, pressão alta (C 14).

[...] meu pai tinha pressão alta [...] mas, quando atacou o derrame ficou com a boca torta, quando voltou do hospital já tava com um lado esquecido e ficou sem andar (C 23).

Quanto à condição de *instrumentalização do saber*, esta se refere à utilidade atribuída a um determinado conhecimento. Desse modo, o valor conferido aos cuidados com a alimentação, têm uma função: reduzir os níveis tensionais, por isso esta prática tornou-se referência no pensamento popular acerca dos cuidados com pessoas hipertensas.

No processo de *enraizamento no sistema de pensamento* ocorre a incorporação e a familiarização social de um objeto em julgamento, neste caso específico, os cuidados relacionados à alimentação de idosos hipertensos. Os Profissionais de Saúde parecem ter contribuído significativamente para o enraizamento deste conhecimento, nas inúmeras orientações grupais ou individuais acerca da necessidade de reduzir a quantidade de sal e gordura nos alimentos.

Portanto, notamos haver apoio contínuo dos cuidadores em relação ao preparo e estímulo na aceitação da dieta hipossódica e hipolipídica prescrita para o idoso hipertenso. Neste aspecto, na maioria das vezes, impera o “poder” da mulher cuidadora, controlando a dieta, mais do que uma atitude colaboradora do idoso.

b) Cuidados de Controle relacionados à medicação.

O tratamento medicamentoso é um recurso importante no controle da HA. Seus benefícios na redução da morbidade e mortalidade cardiovascular já foram amplamente discutidos e comprovados.

As drogas anti-hipertensivas são utilizadas sob a forma de monoterapia ou associadas. Questões relacionadas à doença, à cultura, ao contexto econômico e ao paciente interferem na adesão do tratamento farmacológico. Nos pacientes idosos, déficits visuais, motores e/ou cognitivos favorecem o uso inadequado dos anti-hipertensivos.

Os fármacos para o controle da HA geralmente são adquiridos gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde, mas quando esse fornecimento é interrompido, a família, quando possível, providencia a compra, como podemos constatar nos seguintes depoimentos:

[...] o remédio, graças a Deus, eu compro na diária lá na farmácia 24 horas. Graças a Deus eu tenho meu crédito lá que eu compro fiado. Pego minha aposentadoriazinha, minha mais dela, vou lá, pago, ajeito tudo, né? (C 01).

[...] o remédio quando não tem no posto, eu compro (C 19).

Na prática, grande parte dos idosos e seus familiares não tem condições para comprar a medicação, por isso, a aquisição do anti-hipertensivo é um dos principais motivos que leva o idoso a procurar um posto de saúde regularmente.

Notamos também que, para alguns cuidadores mais idosos, o uso de comprimidos é um método terapêutico moderno e que, na percepção destes, seus efeitos não são tão benéficos quanto as terapias antigas, conforme podemos verificar neste relato:

[...] esse negócio de comprimido não existia. Uma base de trinta anos não existia esses comprimidos. O que existia era uma folha do mato pra se fazer um chá, era casca de pau, entonce eu fui criado nisso, vendo isso [...] sempre eu faço chá e vejo a vantagem até muito mais do que certos comprimidos, eu acho [...] entonce ia rezar a pessoa [...] tinha gente que rezava hoje, quando era amanhã, tava mais melhor. Eu conheci e provo com as pessoas de idade igualmente eu [...] hoje tá chegando uma remessa de doutor, nova. Esse povo novo... (C 01).

Em outros discursos, observamos que os cuidadores preocupam-se com o cumprimento da prescrição médica, mas acreditam que o sucesso do tratamento tem origem espiritual, no exercício da fé.

[...] eu creio que Deus vai curar ele porque a gente vê que o nosso Deus é o médico dos médicos. Eu dou comprimido porque os médico passa e a gente tem que passar pelos médicos mesmo, mas confiando que Deus vai fazer a obra, né? Eu creio que um pouquinho de água que a gente tomar com fé Ele pode curar (C 13).

[...] acredito que não existe esse problema de pressão alta. Eu com a minha fé que eu tenho em Deus, e ele fala: Se Deus é por nós, quem será contra nós? Problema de pressão alta pra mim é através de uma tentação porque Deus não deixou isso em ninguém. Deus não deixou problema de dor de cabeça, nem de pressão alta, nem doença nenhuma pra ninguém. A palavra de Deus diz que todas as nossas dores, todas as nossas enfermidades, o filho dEle já levou na cruz do Calvário. Tudo depende de nós ter essa fé viva em Deus e tomar posse.[...] minha fé mesmo não está nessas coisas [comprimidos, chás], digo de pureza de alma. Tem que pedir o Senhor pra curar, pra prender o mal. O necessário a fazer pelas pessoas doentes é orar (C 30).

Ao colocar a sua fé num ser superior, o cuidador remete para Deus a possibilidade de cura da doença, já que aos médicos cabe apenas o controle. Desse modo, a espiritualidade

contribui para que “os eventos sejam interpretados de forma mais positiva e para que se escolham melhores estratégias de enfrentamento” (SANTOS, 2003, p.112).

Nesse cenário impregnado de fortes heranças culturais, constatamos, ainda, que o uso da Novalgina (Dipirona) tem sido erroneamente empregado, com a finalidade de reduzir a PA.

[...] eu percebo que ela está com pressão alta porque ela me diz que está com dor de cabeça, uma dor na nuca, nas fontes e começa a ficar só deitada. Ela ficou esses dias ruins, mas ela não fala logo. Quando ela fala eu dou umas gotinhas de Novalgina que também é bom para baixar a pressão (C 08).

A Novalgina é um analgésico e antipirético largamente utilizado devido seu baixo custo e facilidade de compra em pontos de venda. A sudorese provocada pela medicação leva a uma redução da PA. Contudo, o uso desta medicação com esta finalidade deve ser desencorajada porque pode provocar efeitos deletérios à saúde do idoso, especialmente no sistema hematológico. Esse depoimento deixa evidente que o uso de medicação sem orientação médica é um problema freqüente e que necessita de resolutividade. Berger (1995) relata que o consumo de medicamentos pelos idosos é uma situação inquietante, pois a média diária de consumo é de três medicamentos, podendo chegar a dezesseis. Os tratamentos que requerem o uso destes remédios geralmente são prolongados e a utilização das drogas ocorre com ou sem receita.

Outro aspecto importante verificado nos relatos dos cuidadores acerca dos cuidados de controle com a medicação foi a necessidade de estar lembrando aos idosos o horário, o tipo e as dosagens da medicação.

[...] ele cuida do remédio dele, mas quando ele não lembra, eu fico no pé dele pra tomar (C 03).

[...] o medicamento tem o horário das sete, das nove, das dez, das seis e das oito da noite (C 04).

[...] ele toma Propanolol, Digoxina, Isordil, Captropil, AAS infantil. Eu separo e dou pra ele. De manhã cedo eu dou o Propanolol, vinte e cinco minutos depois, eu dou o Captropil. Depois do café eu dou o Isordil porque é muito forte (C 06).

[...] ele não toma o remédio da pressão todo dia, passa oito dias. Eu digo tem que tomar os dois remédios por dia, ele toma só um, às vezes nenhum. Eu falo que pressão é coisa séria, na mesma hora que está baixa fica alta (C 21).

É importante que a enfermeira avalie no idoso algumas alterações, tais como: visuais, motoras e cognitivas que possam comprometer o uso correto da medicação. Na prática, com relativa frequência, as alterações mencionadas contribuem significativamente para não aderência à terapia medicamentosa.

Tecnologias de enfermagem tem sido desenvolvidas para evitar iatrogenia e aumentar a adesão de drogas que controlam doenças crônicas. Dentre elas, a mais comumente implementada é a identificação do horário e da dose dos medicamentos por meio de desenhos.

Observamos que os cuidadores também apoiam os idosos, responsabilizando-se por administrar, orientar e supervisionar o uso correto dos medicamentos. Por isso as orientações de enfermagem devem também estender-se a eles.

Quanto à necessidade do cuidador estar sempre lembrando o idoso sobre a necessidade do uso diário do remédio, este acontecimento nos dá indícios de possíveis comprometimentos de memória do idoso. Contudo, este fato isolado não significa necessariamente a existência de um quadro demencial. É sabido que não só a idade, mas as doenças associadas podem afetar a memória do idoso, tais como a Hipertensão, o traumatismo craniano com perda de consciência, o alcoolismo, o abuso de drogas, as demências e a depressão.

No caso específico da HA, o comprometimento da função cerebral pode ser resultado de Ataques Isquêmicos Transitórios (AIT) e AVE que reduzem as funções sensorial, motora e intelectual do idoso.

É importante destacar que nem sempre o idoso se esquece de tomar a medicação. A omissão pode estar relacionada à falta de motivação, à assintomatologia, ao desconhecimento da natureza da doença e à duração do tratamento. Ainda, não podemos deixar de ressaltar que a polifarmácia confunde o idoso. Múltiplas medicações e horários diversificados podem

deixar o idoso confuso, confirmando a necessidade de ter o apoio do familiar cuidador, mas sem desprezar o estímulo para o autocuidado.

A importância dada ao uso adequado da medicação esteve evidente no TALP, por meio da evocação das palavras remédio e horário. É provável que a estabilidade deste elemento, enquanto núcleo central da RS do cuidado ao idoso hipertenso, seja inerente às incessantes recomendações dos profissionais de saúde acerca da terapêutica medicamentosa. Além deste fator, associamos os benefícios percebidos pelo próprio paciente e família, quando o idoso faz o uso regular do anti-hipertensivo.

Concordamos com Herzlich (1991, p.30) quando comenta: “[...] o saber dos doentes é de fato, pelo menos em parte, dependente do saber dos médicos; contudo, isto não coloca em questão a existência, ou mesmo a autonomia, das representações, porque não se pode reduzi-las à pura reprodução de um saber”. Parafrazeando a autora diríamos que mesmo recebendo influência dos profissionais de saúde, o saber e o fazer dos cuidadores de idosos relacionados à administração de anti-hipertensivos não se resumem ao mero cumprimento de ordens, visto que o cuidado é individualizado e contextualizado. No relato a seguir, podemos constatar que o cuidador avalia as condições da idosa e toma decisões acerca da medicação, independentemente da prescrição médica: “[...] o comprimido eu dou de manhã, de noite. Quando ela tá pior, que eu conheço, eu dou outro de tarde. Mas, toma todos os dias”. (C 01)

O “remédio do médico” ou o “remédio do posto” é um elemento relativamente novo, considerando a prática milenar da fitoterapia. Este é um conhecimento transmitido por meio do processo discursivo, ficando constatada a confiança nas informações recebidas dos cuidadores formais. Remédio é o “código comum” partilhado pelas cuidadoras de idosos hipertensos.

Analisando criticamente, notamos que o uso do medicamento aparece como uma modalidade terapêutica mais “fácil” de ser cumprida e de aparente solução para a

Hipertensão, pois é muito mais trabalhoso modificar o estilo de vida em idosos. Talvez seja esta a concepção dos envolvidos neste processo: profissionais/idoso/família. Corremos o risco de tornar ainda mais consolidada a idéia de que o remédio e o posto são a solução e o lugar para se obter saúde. As mudanças nas condições e no estilo de vida são essenciais, tanto quanto a medicação, pois o uso regular de anti-hipertensivo contribui, mas não garante a redução dos níveis tensionais devido a multifatorialidade da doença.

c) Cuidados de controle relacionados ao uso de chás.

Dezoito cuidadores (60%) relataram que, paralelamente ao tratamento medicamentoso, preparam e oferecem chás e infusões ao idoso. Essa é uma prática antiga e que se perpetua graças a transmissão oral de informações de geração a geração.

De acordo com Collière (1989) há formada uma “rede de convivência” entre as plantas e as mulheres. O encontro para a formação desta rede ocorreu há milhares de anos, quando as mulheres plantavam, colhiam e preparavam alimentos, enquanto os homens caçavam. A submissão dos vegetais às várias modalidades de preparo permitiu descobrir seus poderes terapêuticos, contribuindo para a gênese da farmacoterapia. Como observamos, atualmente, as plantas ainda constitui-se como uma das bases para as práticas de cuidados, contribuindo para o bem-estar e manutenção da vida.

Constatamos que a matéria-prima utilizada para a preparação dos chás é proveniente de sementes, caule e folhas de plantas que são cultivadas nas proximidades da casa ou compradas com indicação de raizeiros. As mais freqüentemente citadas pelos cuidadores foram: camomila, água-de-levante, hortelã, canela, capim santo (capim da lapa), casca de caju branco, erva-cidreira, carambola, serigüela, imburana, noz-moscada, flor de maravilha, maria-

milagrosa, pedra-de-torpor, erva-doce, acerola e chuchu. Com relação ao preparo e uso foram relatados a utilização de forma individualizada ou combinada.

[...] a gente não deixa de fazer um certo chazinho dessa serigüela, de carambola. Agora mesmo eu tomei, eu e ela (C 02).

[...] eu faço chá, ele toma de muita folha (C 05).

[...] a gente dá chá pra ela de erva-cidreira, serigüela, que o povo manda dar. A vizinha sempre dá pra ela chá de hortelã, de água-de-alevante (C 09).

[...] ele sentia muita tontura, aí me pedia pra fazer um remédio caseiro. O chuchu é muito bom pra baixar ela. Mas, ele toma os comprimido todo dia, na hora certa (C 30).

O caminhar por um percurso que não o orientado por profissionais de saúde parece ser uma decisão tomada pelo cuidador e pelo idoso, a partir de experiências prévias e do senso comum, que lhes servem como suporte para interpretar e avaliar condições de saúde-doença. A combinação de terapias surge como uma forma de alcançar melhores resultados no controle da HA.

Silva, Souza e Meireles (2004), investigando o itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos, também verificaram que estas são fortemente influenciadas pelo subsistema familiar, no qual buscam inicialmente resolução para os seus problemas no uso de chás e outros preparados. Porém, para a escolha do processo terapêutico e cuidados, reconheceram haver um predomínio do subsistema profissional.

O conhecimento do senso comum relacionado à fitoterapia é visualizado com notável credibilidade pelo idoso e sua família porque é intrínseco a uma cultura local. Portanto, o cuidado relacionado ao preparo de chás é valorizado por este grupo de pertença com tal intensidade que, mesmo sendo elevada a temperatura durante quase todo o ano em Jequié, o uso de chás é mantido como uma prática cotidiana.

Tão freqüente é a utilização de chás, que houve relato de ingesta excessiva, gerando no idoso aversão à essa bebida: “[...] ele não gosta é de chá. Andou tomando muito chá, agora enjoou, num gosta mais não. Aí só o remédio mesmo, mais nada” (C 04).

Waldow (2001), comentando acerca dos cuidados alternativos, menciona o uso de fitoterápicos como uma terapia complementar à convencional. Dentre os motivos que levam as pessoas a optarem por esta terapia, cita: resultados insatisfatórios com o tratamento convencional; o alto custo dos medicamentos; os efeitos colaterais por eles provocados; e a busca por elementos naturais. De modo geral, a orientação de tal prática por profissionais de saúde tem crescido gradativamente. Porém, no contexto onde foi realizado o estudo, de acordo com o discurso dos sujeitos, o uso de ervas medicinais não está sendo orientado por profissionais, mas por membros leigos da comunidade.

Uma das grandes vantagens deste cuidado alternativo é o resgate e a valorização do senso comum, baixo custo e a maior cooperação do paciente e da família.

Por ser esta uma prática tão difundida e valorizada em várias comunidades, deveria ser contemplada com maior seriedade pelos profissionais envolvidos no cuidado com idosos hipertensos, pois notamos que o enfoque predominante no cuidado formal é o positivista, que conserva os interesses da comunidade científica.

Quanto aos efeitos adversos, estes não parecem ter sido o principal motivo que suscitou o uso dos fitoterápicos, pois constatamos que apenas dois cuidadores referiram esta ocorrência, confirmando que a produção de drogas com efeitos colaterais reduzidos tem sido uma evidência proveniente de grandes estudos de fármacos nos últimos anos.

[...] a gente dá esse chazinho e os remédios, que quando tem ela toma. Ela tava tomando e estava se sentindo mal, mas trocou (C 09).

[...] o médico passou um remédio pra ele, mas ele não se dava. O médico passou pra ele quando ele fez o exame pago, passou um comprimido chamado Propanolol e aí ele começou a tomar e achou que tava se dando. Aí depois ele parou porque não tava se dando (C 13).

d) Cuidados de controle relacionados às consultas e exames.

Neste item, que integra a subcategoria *Implementando Cuidados de Controle*, verificou-se que o idoso hipertenso necessita estar periodicamente realizando consultas com profissionais de saúde, ocasião em que é submetido a uma avaliação clínica e solicitados exames complementares.

A maioria dos pacientes é atendida pelo SUS. A implantação de duas Equipes de Saúde da Família no bairro pesquisado facilitou o acesso para os idosos não só pelo fato de a Unidade de Saúde estar próxima de seus domicílios, mas também pela organização do serviço, priorizando as pessoas idosas e aprazando o dia e o turno das consultas.

Cada idoso dispõe de um cartão, em que são registrados a data da consulta realizada, a data do retorno e o valor da PA verificado. A maior dificuldade observada está relacionada aos exames como: radiografia do tórax, eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma (ECO). Para realizar estes exames é necessário deslocar-se até o centro da cidade, pegar enormes filas, que se formam desde a madrugada, carimbar papéis e aguardar autorização para que os exames sejam realizados. Esta burocracia não se estende aos exames laboratoriais, porque além de seu baixo custo, várias são as unidades credenciadas pelo SUS em condições de realizá-los. Quando há urgência em efetuar uma consulta com especialistas ou exames mais complexos, sempre que possível, os familiares arrecadam o valor para agilizá-los: “[...] tem dia que ele toma 18 comprimido por dia, ainda tem que fazer revisão em Salvador e pagar R\$ 80,00 na consulta com o Cardiologista. Os netos foi quem ajudou pra pagar a consulta” (C 28).

De acordo com as I Diretrizes em Cardiogeriatrics (SBC, 2002), a consulta ao paciente idoso hipertenso deve constar de anamnese, exame físico minucioso e uma avaliação laboratorial que inclui o exame de urina, creatinina, potássio, glicemia, colesterol total e ECG de repouso. Porém, devido à presença de co-morbidades, comuns nesta faixa etária, pode

haver necessidade de exames adicionais, como ECO-dopplercardiograma, HDL, triglicérides, ácido úrico, TSH, cálcio, proteinúria de 24 h, hematócrito e hemoglobina.

Devido às perdas progressivas provenientes do processo de envelhecimento, o idoso quase sempre se encontra fragilizado, necessitando de um familiar ou pessoas próximas que o auxiliem no comparecimento às consultas e nas várias etapas que precedem à realização dos exames propriamente ditos.

Dos familiares cuidadores entrevistados, 12 (40%) referiram acompanhar o idoso em consultas e exames. Esta prática se justifica não apenas pelo interesse em participar no tratamento do ente querido, mas também porque não são incomuns os relatos de idosos que são atropelados, roubados, que desmaiam e são conduzidos ao hospital por terceiros, até que a família seja avisada. Na tentativa de evitar tais situações, os cuidadores oferecem apoio aos idosos, acompanhando-os até as consultas e providenciando a realização de exames.

Freqüentemente, idosos hipertensos são atendidos uma vez ao mês na Unidade de Saúde, quando são avaliados e recebem a medicação. Devido à natureza da doença, o cuidado relacionado ao acompanhamento na realização de consultas e exames se repetirá inúmeras vezes, conforme constatamos nas seguintes declarações:

[...] eu também tenho levado ela pra exame diversas vezes, que eu não posso lhe dizer quantas vezes eu levei. Porque de Salvador pra cá tudo já levei, nesses lugar tudo ela tem feito exame. Entonce, eu não posso lhe dizer quantas vezes. Isso aí só com o tempo, se for uma coisa que for preciso, aí vai se procurar os exame (C 01).

[...] quando ela vai pro posto ela vai mais camaradas [...] sempre vai mais camaradas daqui. Como muitos daqui também têm, vai todo mundo junto (C 02).

[...] geralmente, eu me ocupo com os exames dele. Se tiver muita papelada, eu divido com ele, eu fico com um tanto e ele fica com outro (C 03).

[...] por isso os filhos resolveu levar porque nossos filhos mora quase tudo em SP e aí minha filha mais velha, que mora lá e é casada, falou pra ele ir que cuidava dos exames dele melhor porque ele tá lá mais ela e é outra coisa (C 13).

[...] eu vou com ele pra o posto porque eu também preciso medir minha pressão (C 16).

[...] todo mês eu levo ela no posto (C 19).

[...] vamos no posto juntos, pego o remédio (C 24).

Deste modo, fica demonstrado que o tratamento do idoso hipertenso interfere em graus variados na vida social e financeira de seus familiares mais próximos. Como aponta Silva et al (2000, p. 44): “[...] a doença de uma pessoa também é a doença de sua família. Os laços de afetividade que marcam a estrutura familiar são responsáveis pelo envolvimento de todos os seus entes no enfrentamento de qualquer situação”.

Os familiares que referiram não acompanhar o idoso às consultas 09 (30%) justificaram sua ausência por estarem cuidando de filhos e netos. Esta é uma evidência de que a tarefa de responsabilizar-se pelos idosos é apenas mais uma, da extensa lista de competências, em especial, da mulher cuidadora. Esse cuidado geralmente é solitário e, diante das várias atribuições que lhe compete, ela prioriza a quem dirigirá o cuidado. Supomos que os cuidadores compreendem a importância de acompanhar os idosos às consultas, mas como não podem contar com o apoio de outras pessoas para desempenhar este papel, optam por cuidar das crianças, porque estas são mais frágeis e indefesas.

[...] eu tenho que cuidar dele, da casa, da comida, dos remédios, tenho que cuidar dos meus filhos, tenho que fazer o almoço pra quando chegar 11 horas tá tudo pronto, e ainda tenho essa menininha que a mãe dela saiu, foi embora, e ficou pra mim cuidar. Eu tenho que cuidar, não pode jogar fora, né? (C 04).

[...] minha filha é fraca, vive batalhando também e eu preciso ficar com os meninos pra ela trabalhar. Qual é a mãe que vai ver um filho precisando e não vai ajudar? Quem é mãe faz isso (C 28).

[...] eu cuido de tudo aqui na casa, e ainda crio essa netinha de 8 anos. O médico vinha sempre aqui, mais agora sumiu tudo. Ele não agüenta andar, ele vai devagarinho com um porrete. Quando o remédio acaba, o filho dele pega o remédio no posto com o cartão-família (C 30).

Os demais cuidadores 09 (30%) não fizeram referências sobre este cuidado durante a entrevista.

Das experiências relatadas pelos sujeitos, percebemos também a existência de atitudes de não cuidado. O fato mais evidente ocorreu numa família cujo cuidadora era uma adolescente, esposa do neto da idosa. Apesar de aceitar voluntariamente participar da pesquisa, a cuidadora foi muito breve em seu discurso e com uma voz áspera relatou:

[...] o remédio da pressão ela toma. Mas, eu não sei qual é. Ela já sabe qual é. A comida da casa eu preparo. A comida eu não faço com sal, nem gordura. A comida é a mesma pra todo mundo, já acostumou. Quando a pressão tá alta ela queixa de tontice e já foi até uma vez no hospital. Ela vai no posto, mas vai sozinha e pega [o remédio] no posto (C 29).

Acatando a sugestão da cuidadora, esta entrevista foi concedida na cozinha. Nesta ocasião observamos que os alimentos que estavam sendo preparados não eram apropriados para hipertensos. Deste modo, o discurso da cuidadora não era condizente com a prática. Percebendo a falta de veracidade nas informações explicitadas, a idosa que estava num cômodo vizinho, aproximou-se e disse:

[...] eu não tomo o remédio todo dia não. Na hora que a pressão principia, eu tomo. Eu num vou dizer que eu tomo todo dia. Quando eu vejo que tá me prejudicando, eu corro e tomo. Eu sinto dor de cabeça e tontura, aí eu tomo. A médica passou o remédio pra tomar todo dia de manhã e de noite. Mas, eu não tomo porque me dá um queimor medonho. No último mês que eu fui a pressão tava boa e os exame não deu nada. Eu não posso é tomar choque, nem raiva. Eu tomo o remédio três dias e paro quatro cinco dias, pra depois voltar a tomar (idosa hipertensa).

É perceptível que, apesar de a jovem conviver diariamente com a idosa, não há um acompanhamento acerca do cumprimento da terapia medicamentosa. No relato da idosa, foi descrito corretamente como deveria ser utilizado o remédio, mas esta não o faz devido aos efeitos colaterais. Portanto, verificamos a necessidade de uma comunicação eficaz entre a idosa, a médica e a família, sem a qual não será possível alcançar a adesão ao tratamento. Outro aspecto percebido foi o de que o olhar e a expressão facial da idosa comunicaram antipatia e rejeição à cuidadora.

Ser empático é uma estratégia que favorece a integração para a implementação do cuidado. De acordo com Waldow (2004, p.21), o cuidado caracteriza-se por “[...] um processo, um modo de se relacionar com alguém que envolve desenvolvimento e cresce em confiança mútua, provocando uma profunda e qualitativa transformação no relacionamento”.

Assim, ao identificarmos contradições nos discursos da cuidadora e da idosa, percebemos que este comportamento exemplifica atitudes de não-cuidado, pois está desprovido de envolvimento, responsabilidade e compromisso com o outro.

Esta mesma autora (2001), ao descrever ações de não cuidado da enfermeira, na perspectiva de pacientes hospitalizados, afirmou que a realização de procedimentos apressadamente, a falta de tempo para dialogar, a incoerência entre a linguagem corporal e a verbal são a principais causas de frustração dos pacientes.

Não obstante serem distintos o ambiente e o prestador de cuidados, no domicílio o cliente também espera do cuidador familiar um interesse genuíno pelos seus problemas de saúde, seu tratamento e bem-estar geral, em vez de ter apenas uma pessoa que o leve às consultas e lhe dê o medicamento na hora prescrita.

Também evidenciamos nas falas dos depoentes o componente relacional do cuidado referente as ações que envolvem o encaminhamento de idosos às consultas e exames. As relações de cuidado compreendem o cuidador, o idoso e os profissionais de saúde.

O cuidador, como visto nos relatos anteriores, ao acompanhar o idoso, o faz por uma questão de afetividade, por falta de opção, para evitar incidentes ou porque também é hipertenso e aproveita a oportunidade para fazer também a sua avaliação. Por sua vez, temos a impressão de que o idoso vê na pessoa do cuidador um ser humano que o ajuda no enfrentamento da doença e estimula a manutenção do tratamento.

Ficou explícito, ainda, que a presença do cuidador nas consultas parece ser passiva. O profissional enfatiza a importância de oferecer o medicamento corretamente e a alimentação

saudável, mas não indica os meios de como o familiar poderá sensibilizar o idoso para tal. Há um falso pensamento de que o simples fato de estarem o idoso e o familiar orientados haverá adesão ao tratamento.

É também importante salientar que não foi percebido nenhum envolvimento dos profissionais de saúde com os cuidadores no que concerne a atividades preventivas, estimulando-os também a adquirirem hábitos saudáveis, já que grande parte destes são filhos(as) dos idosos hipertensos e, portanto, possuem, muito provavelmente, a influência negativa do fator genético.

A relação de cuidado estabelecida entre o cuidador e os profissionais de saúde, aponta para a pouca visibilidade da atuação da enfermagem, a soberania do médico e a contribuição e reconhecimento do trabalho dos ACS.

Apesar de a enfermeira, mensalmente, ter contato direto com os idosos hipertensos, não houve observações acerca da especificidade no trabalho desta. As poucas referências realizadas designam a equipe de enfermagem como um todo, destacando atividades como a mensuração da PA, a entrega de medicamentos e a orientação acerca da dieta.

[...] pra medir a pressão a gente vai no posto, e lá os funcionário que trabalha ali, mede (C 02).

[...] quando ele vai no posto, as meninas diz pra não comer porque pressão mata (C 27).

Com a ampliação das atividades médicas vinculadas à tecnologias mais sofisticadas, a enfermagem ocupou-se de tarefas que anteriormente eram costumeira dos médicos. É freqüente, nos Programas de Controle da Hipertensão, um profissional da equipe de enfermagem verificar a PA e o peso dos clientes antes da consulta médica, a fim de “agilizar” o atendimento.

Desse modo, observa-se que, enquanto a enfermagem busca conquistar o seu reconhecimento profissional na sociedade, o médico perpetua a sua condição de supremacia.

Uma vez que o elemento mais rígido do núcleo central das RS do cuidado ao idoso hipertenso é o remédio, quem o prescreve tem o reconhecimento do cliente e dos familiares.

Muito provavelmente, a relação estabelecida entre o médico e o paciente é formal, verticalizada, agravada pela condição social e baixa escolaridade, que distancia os sujeitos envolvidos no processo. Mas, mesmo assim, tanto o idoso quanto o cuidador reconhecem o médico pelo nome.

A esse respeito Waldow (2004, p.10) descreve:

[...] quem determina o significado social de uma profissão é a clientela. É preciso ressaltar, contudo, que a idéia de que a população tem do profissional de enfermagem é proveniente da imagem que ela detecta através de sua experiência, vivida nas instituições de saúde. Tal imagem, infelizmente, é a de subalternidade e, principalmente, com referência às enfermeiras, de invisibilidade, de pouca expressividade.

Assim, verificamos nesses depoimentos, que a consulta médica parece representar o poder de decisão, de controle, enquanto que a consulta de enfermagem representa o fazer cumprir a prescrição.

Outro aspecto observado é que a consulta, em determinadas situações, é realizada na residência. Sete cuidadores (23,3%) referiram que, devido o acentuado comprometimento da Capacidade Funcional, os idosos recebem a visita da equipe de saúde no domicílio. Ao se aproximar do ambiente natural do idoso, o profissional tem condições de compreender dificuldades e explorar possibilidades, inserindo o familiar como co-participante no cuidado.

[...] o médico cuida dele aqui dentro de casa (C 10).

[...] o doutor vem aqui, a enfermeira vem aqui (C 14).

[...] o médico leva três meses a quatro pra vir, mede a pressão e passa os remédios (C 17).

[...] o médico vem aqui, porque ela não pode andar. A agente comunitária traz uma pessoa pra tomar a pressão dela e o médico passa o remédio. Da vez que ela teve esse problema, ela ficou tonta, começou a passar mal e aí ficou assim. O médico descobriu que era a pressão alta e aí agora nunca mais ela teve nada porque tá fazendo o tratamento (C 26).

Quanto aos ACS, estes se revelaram como um poderoso vínculo entre a tríade: idoso, cuidador e profissionais de saúde. Por residirem na mesma comunidade, conhecem as famílias mais necessitadas de cuidado e, pela resolutividade das suas ações, conquistam o respeito dos moradores do bairro.

[...] ele todo mês vai no posto medir a pressão. A minha marcação é num mês e a dele é noutro. Minhas filhas lembram a ele que tem que tomar o remédio: pai o senhor tá tomando o remédio controlado? Ajeita pai. Z [ACS] vem também e explica (C 05).

[...] a medicação o posto dá. Todo mês ela é atendida num dia, e eu no outro. Nós somos bem atendidos, não tenho o que dizer. Tem a Y, agente comunitária que cuida da gente muito bem (C 07).

[...] sempre a Agente de Saúde vem aqui, dias em dias (C 12).

[...] esses dias num tá muito alterada não, controlou. X [ACS] passa aqui e marca o dia dele ir pro posto. Quando ele come a comida salgada a pressão sobe. [...] aí X passa aqui, quando ele não tá, que tá na feira com o carrinho de mão dele, ela anota o nome, o dia e a hora aqui no papel. Se não fosse X ele já tinha morrido (C 27).

Ao relacionarmos as informações das entrevistas com as obtidas no TALP, verificamos que elas são congruentes. As palavras exame, médico e posto, evocadas pelos familiares cuidadores e classificadas como elementos intermediários, foram novamente evocadas durante as entrevistas.

e) Cuidados de controle relacionados à proteção psicoemocional.

Diferentemente do que há muito foi construído no imaginário social, a velhice não é de todo tranqüilidade e sossego. Embora os dados epidemiológicos sugiram uma relação inversamente proporcional entre a idade e a ansiedade (BRICKMAN e EISDORFER, 1992),

nesse estudo, fatores biopsicossociais parecem estar contribuindo para que os idosos hipertensos tenham alterações no estado emocional.

Problemas de saúde, especialmente os crônicos, demandam do idoso uma disciplina contínua para que a doença seja controlada e evite complicações. O enfrentamento da doença gera um conflito interno, quando analisada a finitude próxima e o custo/benefício do abdicar de hábitos prazerosos.

Associados a este, podem ser apontados inúmeros fatores que acabam por contribuir para um descontrole psicoemocional do idoso, que, quase sempre, repercute na sua dimensão biológica.

Capra (1982) ao abordar a concepção sistêmica da vida, afirma serem os aspectos físicos, psicológicos e sociais interdependentes. Concordamos com este autor, ao afirmar que:

[...] a doença física pode ser contrabalançada por uma atitude mental positiva e por um apoio social, de modo que o estado global seja de bem-estar. Por outro lado, problemas emocionais ou o isolamento social podem fazer uma pessoa sentir-se doente, apesar de seu bom estado físico. Essas múltiplas dimensões da saúde afetam-se mutuamente, de um modo geral; a sensação de estar saudável ocorre quando tais dimensões estão bem equilibradas e integradas (CAPRA, 1982, p.315).

Das várias leituras flutuantes realizadas em cada entrevista, podemos destacar que os conflitos intergeracionais, a insegurança financeira, o medo da morte, da solidão e da dependência funcional tornam-se estímulos desencadeadores de ansiedade no idoso. Essas situações são vistas como ameaçadoras ou que requerem mudanças, gerando um desequilíbrio emocional, com repercussões biológicas e sociais.

A maneira como estas dificuldades são enfrentadas e resolvidas se assemelha ao padrão adotado em fases anteriores do ciclo vital do indivíduo. Assim, o idoso ansioso, nervoso, inflexível, provavelmente, foi também um adulto com essas mesmas características.

A repercussão dos eventos estressantes na PA do idoso é reconhecida pelo cuidador, que neste nível promove ações consideradas terapêuticas por ele, e que por nós foram denominadas de cuidados de proteção psicoemocional.

Num estudo realizado por Rodrigues (2003) com usuários de um Programa de Controle de HA em Natal-RN, ficou constatado que 79% dos sujeitos entrevistados possuíam uma vida estressante devido a problemas da vida cotidiana, tais como: preocupação com familiares, problemas financeiros, barulho excessivo nas proximidades da residência e alcoolismo.

As mulheres, em especial, são as que mais sofrem com os problemas familiares. Neste relato, a seguir, verificamos a convivência com um filho alcoólatra como um dos fatores relatados pela cuidadora, que preocupa a idosa e interfere na sua qualidade de vida.

[...] mas, o problema é que o filho dela é muito problemático. Ele é alcoólatra, mas agora ele parou mais. Sempre que ele bebe, a pressão dela sobe. Ele tem uma doença que ele se bate e cai, e ela sempre se preocupa. [...] quando a pressão sobe demais ela sente tontice. Eu acho é mesmo que a preocupação com o filho. Quando ele vai pra rua da Tripa ela fica tão nervosa, aí ela diz: Oh, meu Deus, só fico pensando o que é mau, o que é ruim! E quanto mais ela pensa, quanto mais ela fica aflita, mais a pressão sobe. [...] tem dia que ele fica por lá, fica, fica... Quando ele chega bêbado, tonto, aí ela só falta desmaiar. Os irmãos dele, que mora na outra rua diz: Rapaz num faz isso não, que mãe sofre de pressão, tem princípio de coração. Você chega bêbado, mãe fica pensando. Estamos vendo a hora de mãe dá um desmaio, ou dá um derrame e nós fica sem nossa mãe. Quando ele não tá bebendo ela diz: Oh coisa boa, meu Deus do céu! (C 22).

A convivência diária permite aos cuidadores reconhecerem o que é intolerável para o idoso, aquilo que traz risco para a sua saúde física e mental. Após identificarem a fonte estressora, esforçam-se por evitá-la, conforme ilustram os depoimentos a seguir:

[...] outra coisa que eu faço é tratar bem. Porque não se avexa, não fica em problema. Eu penso que isso é importante. Tratar bem é não xingar, é não conversar alto, é não andar discutindo, porque o problema maior é discutir porque a pressão sobe. Seja eu, seja ela, qualquer um. É uma raiva, a pressão altera (C 01).

[...] ele não pode se preocupar. Pai é um homem que sempre tem que estar com dinheiro no bolso. Se faltar algum dinheiro, aí pronto. Eu faço de tudo pra ele não saber, porque senão [...] mas, ele é curioso, daí a pouco ele fica sabendo, e aí fica nervoso, e aí a pressão sobe. Por exemplo, se chega a conta de telefone que vai

vencer dia cinco, aí ele não quer esperar. É preocupação, o telefone vai cortar. Se um aviso de água ou de luz chega e não tem o dinheiro, ele quer sair por aí para tomar dinheiro emprestado pra pagar, pra não cortar. Aí é difícil pra controlar. Ele começa a dizer que está com tontura (C 06).

[...] quando chega uma conta ela fica preocupada porque não pode pagar, o dinheiro dela não dá pra nada. A filha dela é que toma conta do dinheiro dela (C 17).

Fica nítido que os recursos financeiros escassos é um importante fator estressor. Esconder as contas foi a alternativa encontrada pela cuidadora (C 06) para evitar a ansiedade e a preocupação no idoso, que vem associada com cefaléia e tontura.

Observamos, ainda, que as cuidadoras procuram “fazer a vontade” dos idosos, proporcionando-lhes bem-estar e prazer. São atitudes simples, que não são investigadas, tampouco valorizadas pelos profissionais de saúde, mas que segundo os familiares, produzem resultados satisfatórios, como podemos verificar nos seguintes relatos:

[...] tem a vendinha aí que eu tenho que correr, às vezes eu tô lá embaixo, quando eu vejo que tem alguém na janela, eu tenho que correr, né? Eu corro, não sei quantos quilômetros por dia. Corro pra lá e pra cá, porque o troco ele às vezes atrapalha e também ele não pode parar de vender as coisas dele, porque se parar, pra ele, ele morre. Ele está acostumado de ver toda hora uma moedinha caindo... (C 04).

[...] eu sempre procuro fazer a vontade dela. Nós como fraco ela se alimenta bem, eu não deixo faltar leite que o que ela mais gosta. Ela deixa a comida pra tomar o leite. Eu faço tudo pra não faltar, faço qualquer negócio pra ter o leite dentro de casa. Leite com pão e até com farinha ela fica satisfeita. E, eu vendo ela satisfeita, fico alegre (C 07).

Ao passo que atitudes simples como não deixar faltar o leite ou proporcionar condições para a manutenção de um pequeno comércio resulta em efeitos positivos, também, situações aparentemente simples surgem como geradoras de ansiedade.

[...] por causa desses blocos que não chegou logo, ela fica com ansiedade, por causa dessa casa que eu estou construindo. Ela chega dali e diz: “cadê esses blocos que não vêm? Ô minha filha será que eu vou morrer e não ver essa casa”? A ansiedade dela é morrer e não vê essa casa pronta. Eu digo a ela, não, a senhora vai ver essa casa bonitinha e a senhora no seu quartinho bonitinho. A ansiedade dela agora tá sendo a casa. Ela não quer sair daqui não, porque na casa de minha irmã é muito quente. Mas, ela quer mesmo é ver construindo essa casa. O sonho dela é ver essa casa pronta. Antes era porque eu estava em São Paulo, tinha que chegar. Acho que a pressão dela subia. Mas, agora é a casa (C 08).

[...] ele é muito nervoso, fala muito alto, se irrita se a gente falar que ele está errado. Ele se altera. Ele gosta muito da palavra de Deus, e eu também gosto. Mas quando ele vê essa televisão ligada [...] misericórdia! Ele é muito nervoso, mas eu acho que é por causa da doença (C 15).

De acordo com Brickman e Eisdorfer (1992), a ansiedade no idoso pode ser resultante de um estado ou traço de ansiedade. Estes autores definem o estado de ansiedade como “[...] uma condição transitória, caracterizada por sensação de tensão, apreensão e estimulação autônoma”, enquanto que compreendem o traço de ansiedade como “[...] estável e caracterizado por variação individual na resposta a situações que provocam ansiedade” (ibidem, p. 230)

Nas entrevistas, os cuidadores relataram diversos estímulos precipitadores de ansiedade: a construção de uma casa, a ausência ou a espera de um filho, o aparelho de TV ligado, entre outros, sugerindo que não há uma causa específica e que os idosos respondem diferentemente a uma mesma situação.

Pareceu-nos que a identificação das situações estressoras, pelos cuidadores, ocorre a partir dos sinais e sintomas presentes nos idosos, tais como tontura, cefaléia, rubor facial, taquicardia e elevação súbita da PA.

Desse modo, não é incomum que idosos hipertensos ansiosos utilizem medicações ansiolíticas. Outra prática socialmente construída e identificada nos discursos foi o oferecimento de água com açúcar ou garapa de açúcar para reduzir a ansiedade e o nervosismo.

[...] eu faço uma garapinha de açúcar e dou pra ele, já acalma um pouco. Eu acho que ele fica pensando demais, né? Tanta coisa, tanta doença num corpo só, pra poder resolver! (C 03).

[...] ele gostava muito de água de açúcar. Eu já sabia, quando ele dava, eu logo dava uma água de açúcar pra ele. Ele sentia aquele alívio, mas também só passava aquela hora porque eu acho que Deus queria que passasse, porque eu não sei entender aquele problema dele (C 13).

Cancellièri (2003), ao discutir o perfil psicológico do paciente hipertenso, referiu que os indivíduos com personalidade tipo A¹⁴ possuem sete vezes mais o risco de desenvolver complicações cardiovasculares. São características deste grupo: tendência ao perfeccionismo, competitividade, dificuldade em lidar com a ansiedade, impaciência, irritabilidade e hostilidade descritas pelo autor. Identificamos nas mulheres idosas hipertensas a tendência ao perfeccionismo e a levar muito a sério o que fazem, ou estão por fazer.

Achados semelhantes foram encontrados por Rodrigues (2003) ao identificar que as mulheres se envolvem bastante nas atividades domésticas e se preocupam emocionalmente com familiares próximos e com os que moram longe. Os depoimentos seguintes retratam esta situação e mostram que a mulher idosa mantém a sua preocupação com os filhos, tomando para si também a preocupação com os netos.

[...] ela veio de lá pra cá muito apegada ao bisneto. Ela quer todo mundo aqui. O neto dela foi embora e teve um filho. Mas, agora a gente não pode trazer ele pra cá. Ultimamente o maior problema pra ela é esse daí, mas, tem que ter paciência. Como vai morar quatro, cinco pessoas nesse vão? Até a menina que mora com a gente dorme no chão. Eu tô comprando material e vou guardando, depois vou conseguir o dinheiro do pedreiro. Tem que ter paciência (C 07).

[...] quando ela tá nervosa a pressão dela fica alta por causa das filhas dela (C 17).

[...] eu acho que a pressão dela aumenta é preocupação. Tem um filho dela que mora na roça. Tu sabe que mãe é quem se preocupa com filho, e ela nunca mais foi (C 19).

Um dos cuidados referidos com frequência pelo cuidador foi ter paciência com o idoso, ser tolerante com o que diz ou faz, para que sejam minimizados ou evitados os conflitos.

Para Waldow (2004, p.23), a paciência é tida como um dos ingredientes necessários para o cuidar. “[...] é dar tempo e permitir que o outro se encontre, de acordo com seu tempo”.

¹⁴ Uma classificação aceita e muito utilizada entre os cardiologistas é a que divide os indivíduos em personalidade tipo A e personalidade tipo B. Os indivíduos de personalidade tipo A são preocupados com o ter em detrimento do ser, possuem aparência imponente e são competitivos, não aceitando concordância (CANCELLIÈRI, 2003, p. 40)

Concluindo, as reações e o comportamento dos idosos hipertensos diante das dificuldades parecem interferir no controle da Hipertensão. Embora o componente emocional seja pouco valorizado pelos profissionais de saúde, os cuidadores o reconhecem como importante e, dentro de suas possibilidades, realizam cuidados neste nível. Dentre estes, os mais referidos foram: não deixar passar raiva, fazer as vontades, tratar bem e ter paciência.

Considerando que o stress e a ansiedade crônicos contribuem para o aparecimento de problemas cardiovasculares, cabe aos cuidadores profissionais implementar medidas que auxiliem os cuidadores informais na tarefa de apoiar o idoso com desequilíbrio emocional.

f) Cuidados de controle relacionados a realização de atividades.

O papel do exercício físico regular como um importante aliado no controle da HA já está amplamente difundido na literatura científica que aborda a temática, como também em cartilhas e panfletos acessíveis à comunidade em geral.

Os efeitos benéficos produzidos pelo exercício aeróbio influenciam o sistema cardiovascular devido alterações autonômicas e hemodinâmicas que estes produzem, especialmente nos portadores de Hipertensão leve e moderada, classificação na qual estão inseridos a maioria dos idosos hipertensos.

Rondon e Brum (2003) descrevem a bradicardia de repouso, a diminuição da atividade nervosa simpática renal e da atividade nervosa simpática muscular, como algumas das várias mudanças provocadas pelo exercício, quando realizado por um período de trinta a sessenta minutos, três vezes por semana. Porém, foi observado que apenas 75% dos pacientes hipertensos submetidos a treinamento físico gozam destes benefícios. Os 25% restantes são denominados não responsivos. Para explicar tal fenômeno, tem sido realizados estudos que sugerem a influência de componentes genéticos.

A realização de exercício físico é uma prática a ser adotada por todas as pessoas que desejam uma vida saudável, devendo portanto, ser explorada não só como uma modalidade terapêutica não-medicamentosa, mas com fins preventivos. Contudo, para estar inserido e manter continuamente um programa de exercício físico, o indivíduo depende de fatores biológicos, sociais e culturais.

O treinamento físico em pessoas idosas produz benefícios que vão além da redução dos níveis da PA. Ajudam a promover a interação, a sensação de bem-estar e a redução da ansiedade e da depressão.

A grande dificuldade está em visualizar o exercício como um hábito saudável, ao invés de uma punição ou tratamento de pessoas com problemas de saúde ou obesas. Consideramos pouco provável que o idoso, em cuja adolescência e fase adulta foi sedentário, seja ativo na velhice. Por isso, é importante que este seja um hábito adotado precocemente.

Outro aspecto a ser observado é que mesmo sendo indiscutíveis as vantagens adquiridas com a prática de exercícios, o idoso hipertenso deve ser avaliado previamente por um profissional médico e, se possível, por um educador físico que o orientará nas atividades a serem realizadas. O papel da enfermeira está muito mais voltado ao incentivo à inserção e manutenção no programa de exercícios.

De modo geral, a caminhada é a atividade mais recomendada devido aos poucos recursos necessários para a sua realização.

Nesse estudo, procuramos identificar o cuidado com idosos hipertensos na perspectiva de familiares cuidadores, observando que, nas entrevistas, assim como no TALP, não foi citado o termo exercício físico. Outrossim, foram poucos, e não consensuais, os relatos acerca do apoio à realização de atividades laborais pelo idoso hipertenso, conforme podemos constatar nos depoimentos a seguir:

[...] mas ela não sai daqui de dentro de casa, a não ser uma viagem na casa de um parente, a não ser isso. Você não topou ela aqui, porque ali tem uma escolinha nessa casa defronte. Ela lava roupa que também é prejudicial, que faz aquele tipo de movimento, mas a gente aqui num tem ninguém, só nós dois. Eu sempre falo com ela que a pessoa assim não deve fazer lavagem de roupa, são coisas que exatamente puxa pela pressão. Isso eu oriento ela que sempre faça assim (C 02).

[...] ele já está com 61 anos e não gosta de ficar parado. A teimosia dele é pra trabalhar, né? Aí eu digo: ô meu velho, num vai cortar lenha hoje não. Às vezes os meninos colocava dinheiro pra ele, pra ver se ele parava. Mas, ele dizia que tava bem quando tava trabalhando com o dinheiro no bolso, com esforço dele (C 13).

[...] ele tá forte, conhece os remédios e sabe leitura mais do que eu. Gosta de farra, vai pra um canto e pra outro, gosta de ir pra Igreja Cristo Rei. Não pára em casa. Está com quatro dias que ele foi pra roça, mas ele levou os remédios tudo direitinho pra tomar (C 16).

[...] o mal dela é esse, que não gosta de ficar muito em pé. Eu digo: mainha, pega uma vassoura, varre a casa, lava um prato. Outra coisa que eu estou achando muito errado nela é que acaba de almoçar e quer logo deitar. Eu acho isso um erro... (C 19).

Nos dois primeiros depoimentos ficou constatado que atividades instrumentais e laborais são desencorajadas pelo familiar cuidador porque estes acreditam que o esforço físico contribui para a elevação da PA.

Já os dois últimos relatos deixam explícito que o idoso hipertenso pode manter-se ativo, sendo esta conduta valorizada pelo cuidador.

Desse modo, concluímos que as informações circulantes no universo reificado acerca da atividade física, ao chegarem até a comunidade, determinam atitudes e comportamentos heterogêneos. Parece-nos que a representação deste cuidado ainda se encontra em processo de construção. Enquanto que para um grupo a imagem do idoso hipertenso está relacionada ao repouso, para outro grupo está vinculada à atividade.

Considerando que a maioria das cuidadoras (63%) tem no máximo quatro anos de escolaridade, muito provavelmente, seu interesse pelo objeto é circunstancial. As informações são acessíveis por intermédio da TV, cartilhas, cartazes e oralmente via profissionais de saúde, parentes, amigos e vizinhos.

Assim, percebemos que os atores sociais compreendem o objeto dentro de sua capacidade cognitiva, de acordo com seus valores, validando a *função de saber* proposta por Moscovici (1961).

Suspeitamos que a natureza dialética observada nesta circunstância, em que encontramos o paradoxo exercício versus repouso, provém do princípio da *grande teoria*, que é o de transformar o não-familiar em familiar.

Para os cuidadores, o que soa natural ou familiar consoante suas crenças e valores culturais, é o resguardar-se na ocorrência de uma doença. As informações apreendidas (constituintes) acerca do incentivo à realização de exercícios em alguém que está enfermo parece confrontar-se com as informações constituídas (herdadas) acerca do resguardo e da doença.

De acordo com Collière (1989, p.273) “[...] as crenças são uma forma de conhecimento integrado, interiorizado a partir dos hábitos de vida”. Quando nascemos, recebemos essa herança cultural, construída a partir de noções de BEM e de MAL que asseguram a manutenção da vida. Compartilhar desses hábitos garante a estabilidade do grupo e o sentimento de pertença, confirmando assim a *função identitária* das RS, proposta por Abric (1994).

Outro aspecto que acreditamos exercer algum tipo de influência no incentivo à atividade física é o fator ambiental. O relevo acidentado do bairro e a temperatura elevada na maior parte do ano podem estar contribuindo para desestimular a realização desse cuidado.

II) Implementando Cuidados de Urgência (ICU).

Os idosos são tidos como um grupo especial a ser abordado no controle da HA. Eles agregam múltiplos fatores de risco, além das mudanças fisiológicas evidenciadas no sistema

cardiovascular provenientes do processo de envelhecimento humano. Isto significa que as pessoas idosas estão mais suscetíveis a complicações temidas em menor instância pela possibilidade de morte, mas em maior grau pela dependência que pode causar.

A elevação súbita da PA pode vir acompanhada de sinais e sintomas como: escotomas, cefaléia, rigidez de nuca, náuseas, vômitos, tontura, entre outros. O idoso nem sempre relata estes sintomas para não preocupar a família, ou porque acredita que a situação é passageira. No entanto, o cuidador familiar geralmente percebe que ele não está bem, porque o idoso tende a ficar mais tempo no leito, manifestando desânimo para o desenvolvimento das atividades diárias.

Nesta situação de crise hipertensiva, os cuidadores familiares tomam iniciativas descritas no Quadro 7, que revelam as unidades de significação abstraídas das entrevistas acerca desta prática.

IMPLEMENTANDO CUIDADOS (IC)	
SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
Implementando Cuidados de Urgência (ICU)	<i>[...] e levei ela para o hospital(18) [...]eu levei para Santa Helena [...]depois levei pro Pronto Socorro da Perpétuo Socorro(3) [...]eu corri ligeiro, peguei umas folhas de maravilha(2) [...]peguei um pedaço da pedra, cortei ligeiro [...]e peguei uma folhas de M^a milagrosa e cozinhei e coei ligeiro e dei a ela. [...]nessa ora que eu dei o remédio ela voltou no que tava [...]mas ligeiro rápido que eu fiz esse remédio [...]chegou lá, precisou o médico colocar um comprimido debaixo da língua dela [...]vai no hospital mais só dá injeção(2) [...]bota no soro e manda pra casa(2) [...]na semana passada mesmo ela foi no domingo e na quarta-feira, sentindo a pressão alta. [...]aí eu faço chá.</i>

QUADRO 7 – DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA CUIDADOS DE URGÊNCIA PRESTADOS A IDOSOS HIPERTENSOS, SEGUNDO OS CUIDADORES FAMILIARES RESIDENTES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

De acordo com as I Diretrizes do Grupo de Estudos em Cardiogeriatrics da SBC (2002), a crise hipertensiva pode ser classificada em urgência ou emergência hipertensiva. A situação de urgência não oferece risco de vida imediato, não está associada a quadros clínicos agudos e pode ser resolvida em até 24h. Nestes casos, a conduta deve incluir a monitorização da PA por 30 minutos e se persistirem os níveis elevados está indicado o uso via oral de um

dos seguintes medicamentos: diuréticos de alça, betabloqueador, inibidor de ECA, ou antagonista do canal de cálcio.

Observamos nas descrições das unidades de análise que a família, em 82% dos casos, encaminhou o idoso com crise hipertensiva para o Pronto Socorro do único Hospital Geral da cidade. Para alguns cuidadores esta foi uma experiência única: “[...] eu levei ela só uma vez por causa da pressão para o hospital” (C 08). Mas, para outros cuidadores, este evento teve uma frequência muito maior, conforme podemos verificar nos seguintes depoimentos:

[...] na semana passada mesmo, ela foi no domingo e na quarta feira sentindo a pressão alta (C 09).

[...] muitas vezes ela foi pra o hospital com a pressão muito alta (C 11).

[...] ela já foi duas vezes pro Pronto Socorro por conta da pressão (C 22).

O cuidador, para ter acesso ao atendimento hospitalar, precisa deslocar-se com o idoso até o centro da cidade, o que nem sempre é possível em transportes coletivos, devido a demora destes e também pelas próprias condições do idoso. De acordo com o perfil socioeconômico, a maioria das famílias sobrevive com um salário mínimo, não havendo portanto reserva para situações emergenciais. Os cuidadores contam com o apoio dos amigos próximos, vizinhos e parentes para o pagamento de um veículo particular.

Além destas dificuldades, os cuidadores precisam ausentar-se de casa e deixar seus filhos para acompanhar o idoso. Vale ressaltar que ainda enfrentam também problemas relacionados à falta de infra-estrutura, pois não há acomodações para acompanhantes nestas instituições, desde o início até o término da consulta.

Na percepção dos cuidadores entrevistados, a crise hipertensiva é precipitada por ansiedade, estresse, preocupação, conforme mostram os relatos abaixo:

[...] porque o problema maior é discutir porque a pressão sobe [...] é uma raiva a pressão altera (C 01).

[...] eu acho, eu acho não, é certo que a pressão alta vem de um problema de pessoas que tem aquele dia-a-dia dia com luta, pessoas que se preocupa com a vida para ganhar o pão, pessoas que se preocupa com os filhos, e horas até com os seus vizinho (C 02).

[...] e aí fica nervoso, e aí a pressão sobe (C 06).

[...] porque eu sei que quando ela se contraria, naturalmente a pressão sobe (C 07).

[...] quase mente que eu não sei nem explicar o problema dele. Agora eu acho assim que é nervoso (C 13).

Entretanto, os cuidadores também atribuem a crise ao não cumprimento das restrições dietéticas, como podemos observar nas declarações a seguir:

[...] eu acho que nesse dia foi devido à coisa salgada que ela comeu mesmo porque não tava ocorrendo assim, outra coisa pra ela se preocupar (C 11).

[...] eu acho que a pressão dela alteia quando come sal ou gordura (C 24).

Conforme verificamos na estrutura das RS do cuidado com o idoso hipertenso, o uso regular de anti-hipertensivos é uma prática prioritária para o cuidador. Parece ser mais fácil, para este e para o idoso, seguir o tratamento medicamentoso, usando diariamente os comprimidos do que mudar de hábitos, costumes e controlar as emoções.

É comum nos consultórios de enfermagem ouvirmos depoimentos de idosos hipertensos que fazem uso regular da medicação, mas que não estão com a PA controlada. Portanto, ressaltamos a necessidade de orientarmos o idoso e seu cuidador para a valorização e adesão das mudanças do estilo de vida, assim como o tratamento farmacológico.

Embora as urgências não estejam associadas a quadros clínicos, como obnubilação, vômito, dispnéia, entre outros (SBC, 2002; COUTO e KAISER, 2003), na prática, os cuidadores familiares, encaminham os idosos ao Pronto Socorro devido à presença destes sinais, julgando haver um iminente risco de vida, como ilustram as declarações a seguir:

[...] ele fica gelado, parece que está tomando banho de suor (C 06).

[...] ela começa a sentir dor de cabeça, fica tonta, a gente precisa segurar, o olho fica vermelho como inclusive ela está agora e a pressão dela sobe muito, fica muito alta mesmo. [...] eu não conto nem às vezes que ela já saiu daqui desmaiada, mortinha pro hospital. [...] quando foi ver ela caiu no quintal (C 09).

[...] tinha vez que a pressão pegava mesmo e aí pegava a fazer vômito [...] ele dava aquele calor e esfriava o corpo todo que ele não podia colocar nem um lençol fino em riba dele.[...] eu já sabia quando ele dava porque se ele vai trabalhar, abaixa a cabeça dá tontice, se teimasse ele caía. Um dia voltou da estrada (C 13).

[...] ela sentia a mão dormente, embolava a voz e queria desmaiar. Ela já caiu duas vezes na cozinha. Esses dias ela caiu no banheiro, ralou o braço todinho (C 17).

[...] quando ela morava na roça, já botou duas vezes sangue pelo nariz (C 19).

[...] ela sente uma dor de cabeça, um escurecimento nas vista, diz que o chão está se abrindo, se abrindo, embaralhado, fazendo onda (C 20).

[...] logo quando ele adoeceu dá pressão ele quase morre, ficou numa situação que quase vai. Ele foi tomar um cafezinho e já não agüentou entregar o copo, sentindo dor de cabeça e tontice: aí eu falei e agora? (C 21).

[...] ela quando tá com a pressão alta queixa de tontice, só quer ficar deitada, não acerta fazer nada, fica com a voz embolada (C 24).

Na vigência destes sintomas, antes de conduzir o idoso ao serviço de emergência, o cuidador familiar, com o objetivo de reduzir a PA, prepara e oferece infusões.

[...] eu corri ligeiro, peguei umas folhas de maravilha, peguei um pedaço da pedra de istopô cortei ligeiro e peguei uma folhas de maria-milagrosa e cozinhei e coei ligeiro e dei a ela. Nessa ora que eu dei o remédio ela voltou no que tava, mas ligeiro rápido que eu fiz esse remédio (C 01).

Embora haja boa intenção ao tomar esta iniciativa, é importante o enfermeiro esclarecer para os cuidadores que, caso o idoso(a) tenha rebaixamento do nível de consciência, a ingesta de líquidos ou alimentos deve ser desencorajada devido ao risco de aspiração brônquica.

Chamou-nos à atenção a crise hipertensiva que predispôs o idoso à queda. A combinação de complicações cardiovasculares com lesão óssea implica numa redução da qualidade de vida tanto para o idoso quanto para o cuidador. Felizmente, não houve nenhuma

ocorrência de queda com fratura nos idosos hipertensos, conforme podemos verificar nesses relatos de ocorrência deste evento:

[...] ele um dia caiu lá na cozinha, bateu com a cabeça na mesa, furou, saiu sangue, desmaiou. Mas só que ninguém sabia, porque ele dormia sozinho. Aí quando foi de manhã que eu falei: que sangue é esse na sua roupa? Aí ele falou, fui eu que caí de noite. Aí tava machucado. Outra vez ele caiu aí, e o meu menino correu, pulou a cerca, veio cá e pegou ele que tava aí no chão. Foi quando a perna dele tava dormente, e a perna num tava com firmeza. Ele andava arrastando e agora ele tá levantando o pé (C 04).

[...] inclusive no mês passado ela foi nesse posto, aí não puderam atender ela. Eu estava trabalhando, quando foi ver ela caiu no quintal. Nós levamos para o hospital e ela ficou internada (C 09).

[...] umas duas vezes ele já internou com a pressão bem alta. Já deu duas caídas. Mas, depois que ele pegou a fazer o tratamento aqui no posto, nunca mais. (...) Aí ele caiu na rua e o povo pegou e levou pro hospital, chegou lá diz que era a pressão alta (C 12).

[...] ela já caiu duas vezes na cozinha. Esses dias ela caiu no banheiro, ralou o braço todinho (C 17).

Ao compararmos os resultados obtidos com o TALP e os discursos dos cuidadores, notamos que surge, na memória imediata destes, a Unidade Básica de Saúde como local de referência para o cuidado. Mas, quando lhes é dada a oportunidade de falar sobre a sua prática de cuidar, relatam a marcante experiência de uma crise hipertensiva, inserindo o hospital no cenário de cuidados.

Os sinais apresentados pelos idosos e descritos pelos cuidadores, na vigência de uma crise hipertensiva, coincidem com os descritos na literatura científica que aborda a temática. O significado atribuído pelos informantes à crise hipertensiva é de gravidade, de piora do quadro clínico com risco de morte.

O reconhecimento da iminência de uma complicação, normalmente, advém de experiências prévias dos cuidadores, bem como do conhecimento construído em seu espaço social, por meio da comunicação. Neste sentido, a interpretação dos sinais de urgência hipertensiva, dada pelos cuidadores, determinou sua prática, ou seja, guiou suas ações,

confirmando a função de orientação das Representações Sociais descrita por Moscovici (1961).

III) Implementando Cuidados de Internamento (ICI).

A natureza desse cuidado reside em seu caráter esporádico e impactante, mas ao mesmo tempo previsível, uma vez que a sociedade espera dos familiares o auxílio aos seus membros doentes, fragilizados ou necessitados de hospitalização.

Não obstante a baixa frequência das unidades de análise referentes a esta subcategoria (22 unidades), as implicações provenientes do internamento são amplas e marcantes, mesmo que esta experiência tenha sido única. Dentre as implicações, podemos destacar: o risco iminente de morte, o aparecimento de seqüelas, a quebra da rotina familiar, o desgaste físico e emocional, as dificuldades financeiras, a perda da privacidade, a mudança de hábitos e costumes, entre outras conseqüências. E, quanto maior for o tempo de permanência no ambiente hospitalar, mais acentuado são estes fatores.

Abaixo, apresentamos o Quadro 8, no qual podemos observar as unidades de análise relacionadas à subcategoria Implementando Cuidados de Internamento.

IMPLEMENTANDO CUIDADOS (IC)	
SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
Implementando Cuidados de Internamento (ICI)	<i>[...] e aí eu tomei conta dela [...].aí ela continuou ficando lá, [...]quando completou seis dias eu trouxe ela pra casa. [...]levou mais 6 dias lá [...]às 6h da manhã fizeram o internamento [...]quando ele interna o médico não demora muito tempo com ele lá não [...].Je internar [...]às vezes precisa internar [...]uma vez ficou 14 dias. [...]Jele gosta de atenção [...]eu fiquei lá e ela só tomando o remédio [...]ela já foi internada várias vezes com a pressão alta [...]e ela ficou internada [...]mas ela já ficou várias vezes internada com pressão alta (3) [...]umas duas vezes ele já internou com a pressão bem alta [...]mas ainda internava e desinternava [...]ele já foi internado um bando de vez com pressão alta [...].aí o Dr. internou [...]com dois meses ela internou [...]aí dois meses ela ficou internada.[...]interno quando precisa [...].ele já ficou internado uma vez com pressão alta [...]depois que chegou aqui, tornou internar outra vez.</i>

QUADRO 8 – DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA IMPLEMENTANDO CUIDADOS DE INTERNAMENTO PRESTADOS A IDOSOS HIPERTENSOS, SEGUNDO OS CUIDADORES FAMILIARES RESIDENTES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

O cuidador familiar do idoso é um ser dotado de responsabilidade e amor, com capacidade para doar-se pacientemente, pois o cuidado é contínuo e os resultados são lentos. Este cuidador pode ser surpreendido em qualquer tempo por situações emergenciais, que podem conduzir a hospitalização.

[...] era um caso de internamento, mas como num tinha uma vaga, aí fez a consulta e veio pra casa. Aí ele piorou novamente, e pagou uma outra consulta e internou. Mas, eu achava que ele nem ia voltar mais pra que, porque ele tava assim, tão abatido, ele falava tudo embolado e não tava mais se mexendo, assim, se virando na cama né, muito parado. Se colocasse a perna assim, assim ficava (C 04).

[...] muitas vezes ela foi para o hospital com a pressão muito alta, mas agora que ela tá a controlando um pouco. Mas, ela já ficou várias vezes internada com pressão alta. Teve mesmo um dia que eu estava trabalhando, quando eu cheguei em casa, os vizinhos já tinham levado ela, já desmaiada, que ela ficou ruim mesmo, veio acordar depois de 24h lá na clínica (C 11).

O idoso hipertenso é visto pelo seu cuidador como uma pessoa fragilizada que necessita de atenção e apoio para o cumprimento do tratamento que lhe foi proposto. Quando os resultados obtidos não são satisfatórios, seja pela não adesão, seja por uma prescrição inadequada, as complicações seguidas da hospitalização provocam uma desestruturação na vida dos sujeitos envolvidos no processo.

A esse respeito Waldow (2004, p.108) comenta:

[...] a doença provoca um impacto e desestrutura o universo familiar. O sofrimento em ver um ente querido ameaçado e sujeito a tratamentos agressivos, dor, dependência, provoca uma série de sentimentos controversos. Quando apta a enfrentar a situação e lidar com os sentimentos, a família encontra equilíbrio e forças para encarar a nova realidade e se preparar para o futuro, ajudando o familiar doente a se recuperar, quando possível, ou a encontrar conforto quando o inevitável acontece, ou seja, a perda.

Nos discursos seguintes constatamos que os cuidadores, ao verem a gravidade da condição do idoso sob seus cuidados, deslocam-se até o hospital, pois confiam que os recursos tecnológicos disponíveis e os profissionais capacitados possam ajudar seus entes queridos a manterem a vida.

[...] no dia em que ela adoeceu ela tava dormindo, uma hora da manhã, ela adoeceu, quando eu fui acordando ela estava quase morta, difunta. Eu peguei ela e chamei o menino ligeiro e levei ela para o hospital (C 01).

[...] vai no hospital, dá injeção, bota no soro e manda pra casa. Na semana passada mesmo ela foi no domingo e na quarta-feira, sentindo a pressão alta. Ela começa a sentir dor de cabeça, fica tonta, a gente precisa segurar. O olho fica vermelho como inclusive ela está agora (C 09).

Não obstante a imagem negativa atribuída ao ambiente hospitalar, Motta (2002) descreve-o como um local destinado a proteger e a dar continuidade à vida do paciente, dentro das possibilidades patológicas e tecnológicas. Deste modo, a hospitalização tem também implícita uma conotação de esperança, pois também proporciona a melhora do quadro clínico.

Todavia, a supervalorização da doença, em detrimento do doente, e as atitudes de não-cuidado dos profissionais de saúde, evocam sentimentos de ansiedade, medo, incerteza e angústia nos familiares e no idoso hospitalizado. Por isso, os cuidadores buscam estar próximos de seus familiares.

As atitudes de cuidado desempenhadas pelos cuidadores no período de internamento têm uma pluralidade de significados, descritas como: acompanhar, ficar com, tomar conta, ficar perto, entre outros. A presença terapêutica dá segurança, coragem e esperança ao paciente.

Num estudo realizado por Franco e Jorge (2002) visando obter a compreensão do significado da presença da acompanhante junto ao adulto hospitalizado, as autoras constataram que os motivos que levaram os familiares a permanecerem no hospital foram as limitações decorrentes do estado de saúde do paciente, as expectativas e preocupação com o ambiente hospitalar, com a equipe de saúde e com a recuperação do paciente, por isso os acompanhantes empenharam-se em não deixar seus familiares ansiosos ou com sensação de abandono.

Concernente ao papel de acompanhante, as autoras afirmam que o familiar incumbido desta tarefa, sofre desgastes físicos e emocionais em virtude das atividades desempenhadas sem períodos de descanso.

De acordo com a Portaria GM/MS Nº 280/1999, o idoso hospitalizado tem direito à presença de um acompanhante, contudo as unidades hospitalares do SUS não dispõem de instalações apropriadas para acomodá-los, contribuindo assim por incrementar o desgaste do familiar cuidador.

Segundo os depoentes, o que já foi experienciado, e o que é orientado por profissionais de saúde tornam-se um caminho seguro a percorrer. Verificamos que o agir dos cuidadores familiares está ancorado em primeira instância na orientação de especialistas, seguido de suas experiências prévias com outros membros da família.

A respeito das dimensões: informação, campo de representação e atitude, necessárias à consolidação das RS, verificamos que:

- a informação acerca do objeto circula de modo espontâneo e não por um esforço em adquiri-lo;
- o campo representacional aponta a influência do contexto sociocultural nos discursos;
- as atitudes expressam um pensamento consensual, mas reservam individualidades.

IV) Implementando cuidados de apoio às Atividades de Vida Diária (ICAAVD).

Os cuidados de apoio às Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária prestados a idosos hipertensos não demonstram especificidade com a doença, mas estão vinculados à presença de complicações provenientes desta, e/ou à fragilidade de idosos em idade avançada (com mais de 75 anos) portadores de HA.

A Hipertensão é o principal fator de risco para complicações cardiovasculares que diminuem significativamente a Capacidade Funcional (CF) do idoso.

De acordo com Ramos (2002), a CF é o novo paradigma em saúde para as pessoas idosas, visto que a ausência de, pelo menos, uma doença crônica é exceção nesta população. Manter ou aperfeiçoar o estado funcional do idoso hipertenso é a essência do seu tratamento, tornando-o apto física e mentalmente para uma vida autônoma e independente.

Comumente, o estado funcional do idoso é avaliado por instrumentos que medem a capacidade de realizar atividades da vida diária com completa independência, dependência parcial ou com dependência total.

As Atividades Básicas (AVD) estão relacionadas ao autocuidado e são de extrema importância para o bem-estar e auto-estima do idoso (PAULA, TAVARES e DIOGO, 1998). Incluem: higiene pessoal, vestir-se, transferir-se, ter continência fecal e urinária e alimentar-se. Na prática, o Índice de Katz tem sido amplamente utilizado para avaliar o desempenho em tais atividades.

Já as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) se referem as atividades que promovem uma vida independente e ativa na comunidade. São consideradas mais complexas e determinam a possibilidade de o idoso viver ou não, sozinho (FREITAS; MIRANDA e NERY, 2002; FRETWELL, 1994; LEVY, 2002). Incluem: controle financeiro, uso do telefone, compra e preparo dos alimentos, higiene do ambiente e do vestuário, uso do transporte e de medicamentos. A escala mais frequentemente utilizada para esta avaliação é a de Lawton.

Conforme os depoimentos dos cuidadores, a maioria dos idosos são independentes ou parcialmente dependentes para as AIVD. Abaixo apresentamos no Quadro 9 as unidades de análise relacionadas à subcategoria: *implementando cuidados de apoio às atividades da vida diária*.

IMPLEMENTANDO CUIDADOS (IC)	
SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
Implementando Cuidados de apoio às atividades da vida diária. (ICAAVD)	<i>[...]eu dou banho nela, eu mudo a roupa, lavo roupa [...]levanto de manhã, varro casa(3) [...]lavo os pratos(2) [...]faço café pra ele(2) [...]ponho a comida no fogo(5) [...]a filha paga a água, a luz, botijão e faz a feira dela [...] pra levantar precisava a gente ajudar</i>

QUADRO 9 – DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA CUIDADOS DE APOIO ÀS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA, PRESTADOS A IDOSOS HIPERTENSOS, SEGUNDO OS CUIDADORES FAMILIARES RESIDENTES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

Os cuidados de apoio às AVD, quando realizados sem o devido preparo e instrumentalização, provocam estresse e diminuem o bem-estar do cuidador. Nas entrevistas, percebemos que o AVE é a complicação que gera a dependência nos idosos, implicando na necessidade de um cuidador.

[...] doença mais perigosa do que essa não existe, eu penso, sabe? Uma doença que não mata, fica a pessoa morrendo aos poucos. [...] naqueles tempo da gente não tinha doença perigosa assim, negócio de derrame era difícil. Aquilo era moléstia do tempo, passou a moléstia do tempo. [...] agora a gente toma conta dela aqui [...] eu dou banho nela, eu mudo a roupa, lavo roupa (C 01).

Lavinsky (2002), ao investigar as RS de familiares acerca do cuidado de idosos com AVE, constatou que o banho representa o cuidado mais difícil de ser executado, pois as limitações do idoso exige um grande esforço e gasto de energia do cuidador. Em um estudo com famílias de idosos dependentes, Alvarez (2001) verificou que a realização de cuidados íntimos e corporais causam constrangimento para o cuidador e para o idoso devido a invasão de privacidade exigida pela atividade.

Em relação ao apoio nas AIVD, notamos que o preparo da alimentação é a atividade mais freqüentemente realizada. Culturalmente é estabelecido que a mulher seja a responsável pelo preparo das refeições. A implementação deste cuidado se deve ao fato de que o processo

de viver/envelhecer reduz a funcionalidade dos idosos, o que pode ser observado pela diminuição da capacidade visual, tremores nas mãos, diminuição do tônus muscular e dos reflexos que podem contribuir para acidentes com material cortante ou inflamável. Porém, esta não é uma regra, muitas mulheres idosas continuam no comando da cozinha, onde preparam alimentos saborosos ao paladar de toda a família, especialmente em datas festivas como o Natal e São João.

No bairro onde foi realizada a pesquisa, um grande número de domicílios possui fogão à lenha ou fogão econômico. Como observamos na caracterização dos sujeitos, a renda familiar em 56% dos casos é proveniente da aposentadoria do idoso. O alto valor do botijão de gás faz com que a família busque alternativas, como a utilização da lenha para o cozimento dos alimentos. Portanto, para o preparo das refeições, em algumas residências, é exigido maior esforço físico, cabendo às mulheres de meia-idade esta atividade.

Quando o idoso hipertenso não se encontra consciente e motivado para aderir às orientações dietéticas, o trabalho dos cuidadores vai além do preparo das refeições diárias. Eles reforçam a necessidade de uma dieta hipossódica e hipolipídica, insistem, supervisionam e procuram diversificar os alimentos a serem consumidos, de acordo com o seu contexto cultural e condição econômica.

Diante de tais achados, é de suma importância que os cuidadores estejam presentes nas consultas de enfermagem ou nas reuniões de grupo, quando são orientados sobre as mudanças nos hábitos alimentares dos idosos hipertensos, pois estes são, quase sempre, os responsáveis pela compra e preparo dos alimentos.

As atividades da vida diária também foram lembradas no TALP. Os sujeitos trouxeram imediatamente à memória palavras como banho e cuidados domésticos relacionados ao ambiente e às roupas. Enfim, estas práticas foram construídas a partir da avaliação empírica dos cuidadores acerca das condições físicas e mentais do idoso, intervindo

de modo a auxiliar ou realizar atividades que são básicas para a sobrevivência e convivência do geronte na comunidade.

4.3.2 2ª Categoria – Encontrando Dificuldades para o Cuidado.

A demanda de cuidados prestados pelos familiares cuidadores aos idosos hipertensos é dependente do grau de comprometimento da Capacidade Funcional, da motivação, do acesso a informações e ao serviço de saúde, das condições socioeconômicas, dentre outros fatores.

Para auxiliar o ancião no controle da Hipertensão, evitando ou retardando complicações, o familiar cuidador encontra nestes aspectos, dificuldades que foram por eles amplamente descritas.

A categoria Encontrando Dificuldades para o Cuidado foi a que agregou o maior número de unidades de análise (522), revelando que os obstáculos são frequentes e tidos como condições que interferem diretamente na qualidade dos resultados obtidos.

Os cuidadores estão sensíveis a estas necessidades não atendidas, mas nem sempre podem resolvê-las, pois ultrapassam a esfera domiciliar e invade o campo das políticas econômica, social e de saúde.

Para melhor apresentarmos e discutirmos tais dificuldades, agrupamos os conteúdos afins, emergindo assim 04 subcategorias, descritas na Tabela 5, com suas respectivas frequências.

TABELA 5 – DESCRIÇÃO DA FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DE SUBCATEGORIAS RELACIONADAS A CATEGORIA ENCONTRANDO DIFICULDADES PARA O CUIDADO, JEQUIÉ-BA, 2004

ENCONTRANDO DIFICULDADES PARA O CUIDADO		
SUBCATEGORIAS	F	%
Encontrando dificuldades relacionadas ao idoso (EDRI)	300	57,5
Encontrando dificuldades relacionadas ao cuidador (EDRC)	125	24,0
Encontrando dificuldades relacionadas a condição econômica (EDRCE)	63	12,0
Encontrando dificuldades relacionadas ao serviço de saúde (EDRSS)	34	6,5
Total	522	100,0

Verificamos que, de acordo com a frequência das unidades de análise, a principal dificuldade mencionada pelo cuidador encontra-se nos aspectos relacionados ao idoso (57,5%), tais como: na interação familiar e enfrentamento de conflitos intergeracionais e das perdas na velhice; nas atitudes que revelam pouca disposição para o autocuidado; e nas pluripatologias e adaptação a estímulos que produzem ansiedade.

Ficou explícito, mais uma vez, que a maior responsabilidade para o controle da HA reside no próprio cliente, o idoso. O familiar cuidador reconhece o seu papel de “apoiente” neste processo.

Por índice de frequência, em segundo lugar (24%), foram destacados os fatores relacionados ao próprio familiar, enquanto cuidador único, sobrecarregado de atividades domésticas e responsabilidades com outros membros da família, à falta de orientação para o cuidado e sua condição de saúde, também debilitada.

Na terceira subcategoria em evidência (12%), estão reunidos os relatos acerca das dificuldades econômicas enfrentadas e como elas interferem no cuidado com o idoso hipertenso.

Em última instância (6,5%) foram apontados os problemas relativos à acessibilidade aos serviços de saúde, à consulta com profissionais especializados e à burocracia para

realização de exames, cujas unidades de análise estão agrupadas na subcategoria, encontrando dificuldades relacionadas ao serviço de saúde.

Na seqüência, analisaremos cada subcategoria, separadamente, descrevendo e discutindo o que há contido no universo consensual dos cuidadores familiares acerca das dificuldades diárias enfrentadas por eles, para o cuidado de idosos com HA.

I) Encontrando dificuldades relacionadas ao idoso.

Na percepção dos cuidadores, a principal dificuldade encontrada para o cuidar de um idoso hipertenso reside em características inerentes ao próprio idoso. Traços fortes de personalidade, reações emocionais excessivas diante dos problemas da vida, pouca capacidade de adaptação a mudanças, foram alguns dos aspectos detectados nos discursos dos familiares, para os quais não recebem orientação de como ajudar o idoso a enfrentá-los.

Embora haja indícios de que a ansiedade e o estresse interfiram no controle da PA, as orientações provenientes dos profissionais de saúde referem-se a cuidados objetivos como a dieta e o medicamento, menosprezando os fatores subjetivos.

A ansiedade e suas conseqüências psicossomáticas podem ser desencadeadas pela depreciação de valores éticos, culturais e morais importantes para o idoso, como declarado pela cuidadora: “[...] meus irmãos chegam, dizem oi pai, olhou e pronto, ele fica...” (C 06).

Neste caso, o idoso esperava dos filhos, em vez de um simples cumprimento monossilábico, o pedido da bênção, um diálogo duradouro, um aconselhamento, uma companhia agradável. Como o idoso não aceita e não se adapta a esta nova realidade, fica triste e chateado, manifestando no seu biológico um componente de origem emocional/cultural.

A longevidade deve ser vista como símbolo de vitória, de conquista, de oportunidade de completar o ciclo vital. Todavia, o processo de viver/envelhecer é permeado de privações (coisas, atividades, pessoas) de grande significância para o idoso.

A capacidade adaptativa da pessoa idosa às perdas é individualizada, podendo ser encarada de maneira mais ou menos sofrível.

O ajustamento às perdas na velhice foram apontadas nos depoimentos dos cuidadores como um dos problemas que exige intervenção para auxiliar o idoso no controle da HA.

A saída dos filhos repercute negativamente no psicológico, em especial para as mulheres, que se dedicam durante vários anos à sua criação. Ao perceber e conviver sem a presença da prole, a idosa tem a sensação do “ninho vazio”, da perda de significado para a vida. É preciso ajustar-se a essa nova condição, aproveitando o tempo para estar mais próximo do cônjuge ou realizar atividades prazerosas e interativas. O trecho a seguir ilustra quão significativo são os filhos que, ao saírem de casa, deixam uma sensação de abandono, de indiferença, de vazio, de perda do equilíbrio e do sentido de vida.

[...] ela não deixa de ficar preocupada, diante que a gente criou a família, e no fim da história a gente subiu, e depois descemos, porque a gente subiu, criando a família, depois eles se casaram e a gente voltou, descendo. Foi exatamente o que aconteceu com nós dois aqui (C 02).

Verificamos que a representação dos filhos na velhice ainda é muito expressiva. Trata-se não apenas de um vínculo consanguíneo e genético, mas também afetivo, a ponto de doar-se física, social e economicamente.

Sendo assim, mesmo estando distante, a mãe continua a preocupar-se com os filhos, estendendo a inquietação até a segunda e terceira geração, os netos e os bisnetos.

[...] tu sabe negócio de filho... pai e mãe por qualquer coisa [...] ela qualquer coisa se preocupa. Os filhos e netos tão tudo na roça (C 20).

[...] nós têm um bando de filho por fora, e ela fica nervosa por causa dos filhos. Eu digo a ela: ó rapaz esses menino ta tudo criado, tudo com 25, 30 anos, deixa pra lá, num se preocupa não. Mas a mãe tem sempre mais pegadio. A gente que é pai, não.

Ela fica preocupada direto. Eu digo a ela que agora num tem mais nada a fazer, é morrer, esperar pela morte (C 24).

[...] o que deixa ela nervosa é a ausência dos filhos. Ela tem três filhos só uma cuida dela. Ela fica achando que ela não educou os filhos da forma que devia educar. Aí começa a chorar, se desespera, é a maior confusão (C 25).

A viuvez também foi apontada como uma perda de difícil adaptação, pois, geralmente, os filhos já saíram do núcleo familiar e a solidão traz à memória os vários anos de convivência matrimonial. A falta do cônjuge causa um grande vazio, um enorme saudosismo.

Culturalmente, as mulheres têm a missão de edificar o lar, por isso vivem em prol dos filhos e do marido. Após a longa jornada para alcançar tal tarefa, ao se perceber sem os seus objetos de dedicação, perdem a vontade de viver. Esta falta de motivação se estende ao cumprimento do tratamento da Hipertensão, conforme evidenciamos nos seguintes depoimentos:

[...] ela já tinha esse problema há muito tempo, mas depois que meu pai morreu, ela ficou mais doente (C 09).

[...] meu pai morreu ela ficou sozinha e logo no início ela teve depressão. Aí depois ela foi melhorando porque agora em agosto faz um ano que ele morreu. Aí quando meu pai morreu a pressão ficou descompensada. Com dois meses ela internou com o problema da pressão e do coração também. O médico falou pra ela sair, ir se distraindo, não se preocupar com nada, fazer de conta que não está acontecendo nada. Eles moravam na roça, mas quando ele morreu ele estava aqui em casa. Ele deu derrame e depois de dois meses ele morreu. Mãe tava na rua. Quando chegou ela desesperou que precisou dá calmante pra ela. Aí ela ficou com depressão mesmo, depois muito nervosa. Meu pai tinha pressão (C 23).

[...] vive dizendo que depois que o velho morreu, acabaram-se os anéis. [...] e lá sente muita saudade dele e diz que sem ele não tem graça, que ela quer morrer (C 25).

O sentimento da perda pode ser tão intenso, a ponto de gerar depressão, com risco de suicídio, segundo uma neta cuidadora de sua avó recém-viúva.

[...] vive dizendo que, depois que o velho morreu, acabaram-se os anéis. Porque quando o velho era vivo eu tinha a minha casinha, comia bolacha toda hora e era bolacha de sal. Meu avô era hipertenso e morreu de derrame. Quando ele morreu ela veio morar com a gente. Ela sente muita saudade dele e diz que sem ele não tem graça que ela quer morrer. Até remédio de rato aqui em casa não pode colocar por causa dela porque ela disse se encontrar come numa boa. Meu irmão mexe com animais, e a corda sempre fica na casa dele. A gente fica com medo, dela fazer

besteira. Ela acorda com uma zoada na cabeça, a gente tem que controlar o remédio, às vezes ela quer tomar mais do que deve. Tem que ter paciência, não pode deixar sozinha. Quando minha mãe viaja eu chego a imaginar! Engraçado é que eles brigavam muito quando ele era vivo. Aí ela diz que implicava com ele porque ela gostava dele. Ela tem 79 anos já (C 25).

De acordo com Johannes Doll (2002), a separação do companheiro causa grande impacto no ser humano, que vai desde uma tristeza profunda, até problemas clínicos, psíquicos e comportamentais, em graus variados, de acordo com as características sociais, culturais e individuais.

Não foi por acaso que os relatos das conseqüências da viuvez sobre a condição de saúde dos idosos hipertensos foram eventos vivenciados por mulheres. A explicação para este fenômeno pode estar na maior longevidade do sexo feminino. A perda do cônjuge, para a mulher idosa, parece ser mais lamentada e ter maior significado que para os homens. Talvez porque seja mais difícil um novo enlace para elas do que para eles.

A elaboração e readaptação a uma nova etapa da vida, privada da presença do companheiro, parece ser mais rápida para o homem idoso, até mesmo porque a própria sociedade espera e incentiva um novo matrimônio para o viúvo, enquanto que para a viúva é reservado um longo período de luto, em respeito ao falecido. Caso proceda ao contrário, haverá comentários maldosos acerca da idoneidade e fidelidade da viúva.

A avaliação dos cuidadores quanto ao estado de saúde da idosa hipertensa, após a viuvez, foi de agravamento, descompensação e falta de motivação para o tratamento e para a vida:

[...] ela já tinha esse problema há muito tempo, mas depois que meu pai morreu, ela ficou mais doente (C 09).

[...] aí quando meu pai morreu a pressão ficou descompensada. Com dois meses ela internou com o problema da pressão e do coração também (C 23).

[...] ela sente muita saudade dele e diz que sem ele não tem graça, que ela quer morrer (C 25).

A inquietação, o choro frequente, a insônia, o estresse e a fadiga após o velório e rituais fúnebres, a insegurança financeira e a sensação de definhamento causam reações autônomas, imunológicas e neuroendócrinas (DOLL, 2002), dentre as quais destacamos a elevação da adrenalina e noradrenalina com conseqüente efeito hipertensor. Percebemos que há uma maior vulnerabilidade a estas manifestações na perda recente.

Quanto a ideação suicida, Gordilho (2002) comenta que 10% dos idosos com esta intenção referem problemas como a solidão, dificuldades financeiras, depressão e saúde debilitada, devendo os profissionais de saúde e a família vigiar o indivíduo e desenvolver estratégias de socialização.

O exercício da religiosidade e o retorno à convivência dos filhos e netos têm sido métodos implementados pelos familiares para minimizar a solidão em idosas viúvas.

Para não ficar sozinha, a idosa vai morar com a filha solteira, com a de melhor condição financeira ou que reside no mesmo município, resultando na necessidade de novos processos adaptativos referentes ao ambiente e hábitos de vida.

Paradoxalmente, os netos e filhos que ajudam a superar a tristeza e solidão que sucede o luto, são causadores de novos conflitos.

[...] ainda tenho essa menininha que a mãe dela saiu, foi embora, e ficou pra mim cuidar. Eu tenho que cuidar, não pode jogar fora, né? E às vezes o barulho dela incomoda ele, por causa da idade dele (C 04).

[...] com a gente mais novo, ela implica com a televisão. Ela diz que a gente não deixa ela dormir, porque ela tem problema de insônia. No outro dia quando ela levanta ela diz que a gente não deixou ela dormir. Aí a gente colocou ela no último quarto, baixou bem a televisão, e é uma confusão. Ela diz que nem parece que a gente é neto dela (C 25).

O celibato foi outro fator mencionado como responsável por favorecer o convívio com familiares até a velhice. Uma idosa, mãe de um idoso hipertenso solteiro, referindo-se ao conflito deste com os sobrinhos ao ver a TV ligada, relatou:

[...] ele é muito nervoso, fala muito alto, se irrita se a gente falar que ele está errado. Ele se altera, que ele faz aquilo, que faz, que faz. Ele gosta muito da palavra de Deus, e eu também gosto. Mas quando ele vê essa televisão ligada, misericórdia! Ele chegava e desligava (C 15).

Ainda, referindo-se às perdas, os familiares cuidadores, visualizaram o declínio físico, a impossibilidade de trabalhar e o advento da fragilidade como eventos de difícil aceitação pelos idosos, implicando em tristeza, ansiedade pela situação de dependência.

[...] ele trabalhava, mas aí vem a idade, 61 anos, e cada vez mais prejudicando (C 13).

[...] ela não pode fazer a comida dela. Não agüenta nem ficar em pé, ela já caiu duas vezes na cozinha. Esses dias ela caiu no banheiro, ralou o braço todinho. Ela caiu cedinho, porque ela acorda cedo, 5h da manhã. Ela vai fazer 80 anos (C 17).

Portando, fica evidente que as perdas na velhice são inevitáveis e podem ter um efeito devastador se forem cumulativas (EIZIRICK; CANDIAGO e KNIJNIK, 2001). Os problemas emocionais parecem agravar a condição patológica.

Retomando as dificuldades para o cuidado relacionados ao idoso, além das perdas, emergiram as atitudes de déficit de autocuidado para o tratamento da Hipertensão Arterial. As mais freqüentes foram relativas à aceitação da dieta e ao uso diário do medicamento.

Helman (2003) argumenta que os alimentos exercem um papel importante não só no aspecto nutricional, mas também nas relações sociais, sendo portanto difícil a mudança nos hábitos alimentares.

Além do cuidador preocupar-se com as dificuldades econômicas para adquirir o alimento, tem que motivar o idoso a aceitar e ingerir uma dieta adequada para a sua condição de saúde.

Neste âmbito o sal e a gordura têm um valor simbólico expressivo. A comida sem esses ingredientes, quase sempre, é representada como algo ruim, intragável. Outro aspecto é a forma de preparo. Com a descoberta do fogo, os alimentos crus foram transformados em

cozidos com tal intensidade, que, atualmente, procura-se retomar esse hábito primitivo, na perspectiva de fazer uma refeição saudável e nutritiva.

Comer sem sal ou gordura não têm sido visualizado como um hábito saudável, mas como a confirmação de uma condição patológica, para a qual é exigido este sacrifício. É não satisfazer a vontade, o desejo.

A situação fica mais complicada quando há o preparo, no mesmo domicílio, de duas espécies de refeição. O estímulo olfativo e visual dos alimentos considerados inapropriados para o idoso hipertenso são encarados como verdadeira “tortura”.

O que certo tipo de alimento representa para o idoso vai determinar o seu comportamento perante ele e a possibilidade de substituí-lo ou não. O prazer supera a necessidade de uma nutrição adequada, ou vice-versa.

[...] ele teima que comer comida oleosa, pimenta e estou sempre controlando (C 06).

[...] na Semana Santa comeu dendê, vatapá, caruru comeu e não sentiu nada. A pressão dela não sobe direto (C 08).

[...] eu falo pra ela não colocar sal na comida, diminuir o óleo e às vezes ela acha que não, que a pressão dela tá boa. Hoje ela comeu uma comida mais salgada. Eu digo a ela que não é assim, porque se ela seguir a dieta, com certeza a pressão dela vai ser controlada (C 11).

[...] ele gosta de comer um salzinho. Tem vez que ele bota mais sal na comida dele (C 14).

[...] agora ele gosta de comer uma gordurinha. Ele teima e come um tiquinho (C 16).

[...] ela é teimosa, eu controlo ela, aí ela diz que a comida ta sem sal, e salpica sal, mas eu digo que não pode (C 23).

A neta cuidadora descreve o modo agressivo como é tratada pela avó hipertensa, ao oferecer-lhe a dieta prescrita:

[...] o caso é que ela não gosta de comer sem sal, diz que sem sal é ruim. Diz que é porcaria e faz teatro. E se ela comer com sal dá dor de cabeça e até desmaia. [...] a gente fala: ó minha avó, tem que diminuir o sal. Ela diz que comida sem sal é uma porcaria, que arroz sem sal é um porre. Aí tem que inventar fazer salada, macarrão, a carne; eu faço sem gordura, ela não gosta. Eu falo que é pra comer a galinha, ela diz que é porcaria, que a comida dela só cachorro pra comer (C 25).

Quando o idoso não está consciente e motivado para a mudança nos hábitos de vida, no que concerne à alimentação, observamos que, na ausência da cuidadora, adota um comportamento desaconselhável: “[...] ele chega com a carne salgada e antes de eu preparar, tirar o sal, ele já pega um pedaço e quando eu vejo ele já botou num espeto e tá assando” (C 27).

Numa mesma residência, a cuidadora, ao assumir a responsabilidade do preparo da refeição para a tia e a mãe (ambas hipertensas), enfrenta diferentes reações em relação à aceitação: “[...] faço a comida sem sal sem gordura. Minha tia come sem reclamar, mas mãe não gosta muito não. Mãe come reclamando, que é pra ver o gosto do sal pelo menos um pouco. O feijão sem sal ela não come e bota o sal no prato dela” (C 26).

No tocante à alimentação, a cuidadora vê o idoso como “teimoso”, pouco colaborativo.

[...] ele teima que comer comida oleosa, pimenta e estou sempre controlando (C 06).

[...] mas, esse pessoal de idade...já viu, né? (C 18).

[...] eu cuido mais da comida porque, tem que ser mais sem sal. Ela é teimosa, eu controlo ela, aí ela diz que a comida tá sem sal, e salpica sal (C 23).

[...] mas ele é muito teimoso, e tem vez que come carne salgada (C 27).

De acordo com Ferreira (1993), teimoso é aquele que é dado a teimar; obstinado; pertinaz. Teimar é perseverar naquilo que faz; é ser inflexível em relação a algo. Este adjetivo é comumente concedido às crianças levadas, que insistem em mexer em objetos ou fazer coisas que não são permitidas. Porém, seu uso relacionado ao comportamento de idosos hipertensos quanto à dieta, parece ter uma conotação da formação de um estereótipo.

Para os cuidadores, poucas são as possibilidades de mudança de hábito em pessoas idosas. Parecem crer que a idade cristaliza, sedimenta determinados costumes, tornando os gerontes inexoráveis, como descreve o familiar: “[...] quando ele dá pra conversar que é assim, que coloca aquelas coisas na cabeça... não tem quem dê jeito” (C 18).

O estereótipo de teimoso agrega-se às várias outras características associadas ao idoso: chato, rabugento, implicante, entre outras. Generalizar tal visão torna ainda mais difícil implementar o cuidado relacionado à dieta, tornando-o estressante, desgastante, pelo seu caráter contínuo.

Embora tenham sido relatadas várias ocorrências de atitudes não colaborativas do idoso para com o cuidador, não podemos perder de vista a individualidade do ser. A maneira como o idoso reage a determinado tratamento depende de aspectos biopsicoculturais, que devem ser analisados, buscando averiguar a resistência e a flexibilidade, para promover o equilíbrio, maximizando o potencial de mudança (plasticidade) existente em cada indivíduo.

A não-adesão não é um problema específico das pessoas idosas. Crianças, adolescentes e adultos encontram dificuldades em prosseguir o tratamento de doenças crônicas. Supomos que o preconceito relacionado à velhice dificulte ainda mais a educação e saúde das pessoas maiores de 60 anos. As cuidadoras têm admitido serem mais tolerantes, com o exercício da paciência, como apresentamos anteriormente nos cuidados psicoemocionais. Todavia, os profissionais de saúde parecem estar caminhando a passos lentos nesse sentido.

Creemos que o relato de trabalhos educacionais e técnicas, cuja implementação resultou em melhores índices de adesão, deve ser divulgado, visando desconstruir o estereótipo formado acerca do idoso hipertenso.

Na situação oposta, ao permitirmos circular informações acerca da “teimosia” e inflexibilidade do idoso, a idéia poderá cristalizar-se por meio do diálogo, em nosso universo cotidiano. A comunicação é, pois, um elemento chave nesse processo.

Nóbrega (2001) comenta que as RS circulam por intermédio das formas de comunicação, tais como a difusão, a propagação e a propaganda.

Para a psicóloga, estudiosa da TRS, o processo de difusão corresponde à emissão de uma opinião, quando são permitidas contradições acerca de uma temática.

Na propagação, é exigida uma organização da mensagem, após os vários estímulos recebidos, que determina um comportamento, uma atitude em frente de determinado objeto, tema ou pessoa.

Quanto à propaganda, a autora a designa como uma forma de comunicação que dá identidade ao indivíduo ou grupo, pois determina em que posição está em relação ao objeto. Esta modalidade comunicacional corresponde à formação de estereótipos, ou seja, generalizar a opinião acerca de uma pessoa.

Estabelecendo uma analogia entre as informações obtidas nas entrevistas e a propaganda, descrita por Nóbrega (2001), estereotipar o idoso hipertenso como teimoso é ter um conceito simplista, reducionista e rígido acerca da sua plasticidade, ou seja, do seu potencial para mudança de hábitos de vida.

Os cuidadores referiram, ainda, que há dificuldade para o idoso aceitar o uso de comprimidos anti-hipertensivos conforme prescrito.

[...] tinha vez que ele parava os remédios e bebia cachaça (C 12).

[...] tem dia que ele não quer beber o remédio, não. Tem vez que quer, tem vez que não quer, joga no mato, é assim (C 14).

[...] mas, remédio de médico, ele não tá tomando não. E a doutora falou que era pra ir sempre lá, tomar os remédios. Mas,... esse pessoal de idade...já viu né? (C 18).

[...] ele não toma o remédio da pressão todo dia, passa oito dias. Eu digo tem que tomar os dois remédios por dia, ele toma só um, às vezes nenhum. Eu falo que pressão é coisa séria, na mesma hora que está baixa fica alta (C 21).

[...] ela toma Aldactone e Furosemida. Ela reclama que urina demais. Quando ela vai pra rua ela nem toma. Mas, eu falo: ó mãe, tem que tomar, nem que pare de sair (C 23).

Deduzimos que este comportamento adotado pelo idoso pode ser atribuído a questões culturais, à falta de informação ou motivação, à crença de que já está curado, à forma de abordagem do cuidador, entre outros.

Quando, além da Hipertensão se sobrepõe outros problemas de saúde e agravos, o cuidador percebe o controle ainda mais difícil e trabalhoso, pela fragilidade psicológica e física do idoso, além das dificuldades financeiras para manter vários tratamentos.

[...] ela tá sentindo diabete também (C 01).

[...] tanta coisa, tanta doença num corpo só, pra poder resolver! (C 03).

[...] tem também o problema de artrose. Ela fica muito doente, por isso a gente precisa ficar por perto dela (C 09).

[...] ela tem duas veias do coração entupida. Aí ela faz os exames (C 23).

Diante das pluripatologias e da polifarmácia com as quais o cuidador precisa conviver, há uma tendência em classificar as doenças e seus respectivos tratamentos como mais ou menos graves ou complexos. Foi o que percebemos neste depoimento, que retrata o sofrimento de um idoso hipertenso acometido por um câncer de esôfago, em estágio terminal. O estreitamento do esôfago o impedia de deglutir até mesmo os comprimidos anti-hipertensivos e analgésicos, que necessitavam ser macerados pela cuidadora. O idoso veio a falecer poucos dias após a visita na qual foi concedida a entrevista.

[...] esses dias, além da pressão alta, ele pegou um problema que o esôfago dele está ficando mais fino, fechado, estreito, Aí a gente tá na luta desse tratamento com ele, já tem mais ou menos uma no, lutando, lutando. A pressão dele até que tá boa. A menina veio aqui, deu a vacina, mediu a pressão, disse que tava boa. Esse problema precisa de um remédio pra dor de 8 em 8h de 12 comprimido cada caixa, o médico marcou retorno com 60 dias, o remédio vai acabar e só pode comprar outro com receita. Quem labuta com gente doente é igual tá lutando com criança. A alimentação dele tá muito pouca por causa do esôfago, tudo batido, meio copo às vezes ele não toma. Tá com muita fraqueza. Ele foi pra Itabuna fazer 33 aplicações. Durante o tempo, a pressão dele alterou muito poucas vezes. Esse problema do esôfago é que tá maltratando ele. Ele sente muita dor e tosse muito, que eu penso que vai morrer. Os comprimidos pra descer ele mastiga. Ontem de noite que os remédios de dor chegou é que ele dormiu aliviado. Nas outras noites eu não sabia o que fazer, ficava desesperada. Pegava o doutorzinho e fazia massagem, e aí ele quietava um pouquinho. A gente faz tudo, mas é Deus é quem resolve. Ele toma suco de cenoura, maçã, melão, mamão. Outros ele não se dá bem. Tem hora que a gente dá pra sorrir, porque se entristecer fica pior (C 21).

Enfim, compreender e intervir no cotidiano do idoso hipertenso é algo de extrema complexidade. Na matemática do cuidado familiar, percebemos que, à medida que se somam os fatores intervenientes, diminuem as possibilidades de resolutividade, multiplicam-se os problemas identificados, necessitando dividir responsabilidades entre o idoso, a família e os profissionais de saúde.

II) Encontrando dificuldades relacionadas ao cuidador.

O processo de cuidar é dinâmico e interativo. Nele estão envolvidos não apenas os sujeitos, mas também o ambiente em que o cuidado se concretiza.

O cuidador do idoso hipertenso desenvolve sua prática numa condição especial, em que a maioria dos anciãos ainda possuem um certo grau de autonomia e independência. Nesse sentido, o cuidado envolve apoio, ajuda, respeito, complementaridade, o que, de modo algum, menospreza a importância de seu trabalho.

No domicílio, o cuidador é a figura sempre presente, disponível, solícita, ainda que vivenciando uma situação adversa, a começar pela escassez de recursos e prosseguindo com a sobrecarga de atividades, a falta de orientação para o cuidado, não se esquecendo, ainda, das suas próprias necessidades de saúde.

Um dos principais problemas enfrentados pelo cuidador familiar é a prática solitária do cuidado. Mesmo demandando pouco desgaste físico (exceto nos casos de idosos acometidos por complicações), o cuidado com o idoso hipertenso exige responsabilidade com o desenvolvimento de atividades diárias, como a administração de medicamentos, preparo da dieta, marcação de exames, encaminhamento às consultas, entre outras, como apresentadas e discutidas na categoria anterior.

As unidades de análise que abordam as dificuldades encontradas para o cuidado do idoso hipertenso, relacionadas à pessoa do cuidador, estão reunidas no Quadro 10.

Quando a mulher exerce o papel de cuidadora, ela não abandona as suas tarefas enquanto doméstica, mãe, esposa e avó, mas se sobrepõe, podendo comprometer a sua saúde física, mental, social e espiritual.

ENCONTRANDO DIFICULDADES PARA O CUIDADO	
SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
Encontrando dificuldades relacionadas ao cuidador. (EDRC)	<p>[...]quando num tem ninguém é eu mesmo [...]falta uma pessoa pra mó de cuidar dela [...]eu tava com pressa, não podia ficar lá [...]o que acontece é que eu sempre saio na rua porque não tem quem vá [...]mas a gente aqui num tem ninguém, só nós dois [...]mas infelizmente, aqui no dia a dia só tem nós dois [...]dou café aos meus filhos [...]minha avó também tem problema de coração[...]eu tenho que cuidar dele [...]da casa [...]da comida [...]dos remédios [...]tenho que cuidar dos meus filhos [...]tenho que fazer o almoço [...]pra quando chegar 11 horas tá tudo pronto [...]je ainda tenho essa menininha que a mãe dela saiu [...]foi embora, e ficou pra mim cuidar [...]eu tenho que cuidar [...]e às vezes ela chora porque quer a mãe [...]e eu tenho que entender os dois [...]eu tenho que cuidar dele e cuidar dela [...]é muita coisa na mente da gente [...]tem a vendinha aí que eu tenho que correr [...]às vezes eu to lá embaixo [...]quando eu vejo que tem alguém na janela, eu tenho que correr né? [...]eu corro, eu acho, não sei quantos km por dia [...]corro pra lá e pra cá [...]pra cuidar só eu só [...]de vez em quando meus irmãos vem aqui, mora aqui perto [...]jo mais novo demora oito quinze dias [...]jo mais velho, tá pior do que pai, tá fazendo diálise três vezes [...]eu estava trabalhando [...]eu saio vou pra feira [...]teve mesmo um dia que eu estava trabalhando [...]ele levanta mais tarde [...]mas, o alimento eu que dou porque meus filhos é tudo fraquinho [...] não pode, não tem nada pra me dar.[...] e aí eu fico dentro de casa cuidando deles[...] a menina terminou ficando aqui [...]ela tem pai, mas o pai é fraquinho e a mãe já tem cinco filhos [...]e ela está aqui desde pequinininha, já tem 10 anos [...]ela dorme, ela merenda, ela come tudo aqui [...]tem um cachorro aí, também eu me preocupo [...]tem 05 filhos, mas não tem tempo não [...]eu me sinto muito cansada [...]cuido dela, das duas meninas [...]mas, na luta que eu estou [...]tem dia que dá nove horas é que eu lembro, aí eu tomo [...]eu tenho essa menina pequena aqui, e não posso ir [...]eu ainda lavo roupa de um velho e ganho R\$10 por mês [...]aí eu compro pra ele um lápis, uma caneta, pra ele [neto] ficar bem sabidinho e fazer o futuro dele [...]amanhece o dia, eu faço um cafezinho pra beber, limpo a casinha, lavo prato e vou pro tanque lavar a roupa [...]uma nora minha ganhou neném e ficou aqui e eu ainda ajudava lavar a roupa do menino [...]eu ainda crio uma menina que já tem 15 anos [...]esses outros [03 crianças pequenas] não sai daqui [...]minha filha é fraca, vive batalhando também e eu preciso ficar com os meninos pra ela trabalhar [...]qual é a mãe que vai ver um filho precisando e não vai ajudar? [...]eu cuido de tudo aqui na casa e, ainda crio essa netinha de 8 anos [...]e aí eu fui falar com o médico se era pra parar ou continuar [...]jo médico não explicou se era pra continuar tomando, ou era pra parar [...]aí ele passou a receita mais num explicou [...]aí também acabou os medicamentos, e aí acabou [...]eu não dou o remédio do médico todo dia não [...]eu falho dois dias [...]falho sábado e domingo [...]e quando eu chego está tarde [...]e bebia cachaça [...]aí, ela toma emprestado com a filha que tem pressão alta [...]ela tava aqui com a gente, mas não sabia que ela tinha esse problema [...]mas, eu não sei qual é [...]cozinhei uma banana-da-terra pra ele, e ele disse que faz mal [...]você já viu banana-da-terra fazer mal pra alguém? [...]faço uma sopinha com Knor ele não toma porque diz que faz mal. [...]uma vez eu também tive pressão [...]eu fiquei quase doido [...]quase zozzo [...]eu não sabia onde era [...]vim saber onde tava com 5 dias [...]andando, conversando, sem saber onde tava [...]de vez em quando também tomo desses comprimido aí também [...]encontro a diferença, em mim mesmo eu encontro a diferença [...]eu sou muito avexado [...]quando a gente é novo, a gente tem muita paciência [...]mais quando vai ficando idoso [...]e eu já com um bando de coisa [...]tanto ela, quanto eu já tivemos que ir pro hospital, por conta da pressão [...]e quando eu cheguei aqui, cheguei foi ruim [...]ela não vem sofrendo certos tipos de coisa como eu venho sofrendo [...]e eu também to chegando na minha idade [...]por causa de mim mesmo [...]eu quando era mais moderna tive um derrame [...]esses dias eu adoeci [...]aí eu fui no médico e ele me disse que meu caso era pra internar [...]aí ele passou a medicação e eu fiquei em casa [...]eu também tomo remédio [...]porque eu também sinto [...]o problema meu da tontica [...]já senti muita dor de cabeça [...]já senti muito [...]eu levanto mais cedo, eu tomo logo meu remédio de manhã [...]vou falar a verdade: eu esqueço [...]ainda é minha valença [...]porque eu não posso passar [...]jo mesmo do meu é o dele [...]mas todo mês eu meço minha pressão [...]sofro eu e sofre ele porque eu já estou nessa idade [...]na hora que Deus mandar me chamar, como é que ele fica? [...]hoje ele é até mais sadio do que eu.[...] eu também tomo remédio da pressão [...]quando eu comece quase eu morro [...]fui duas vezes pro pronto socorro [...]fui 7:30 da noite, voltei 8 da manhã [...]com oito dias ela baixou de mais, me levaram pro posto [...]e de lá fui pro pronto socorro de 9 da manhã até 7:30 da noite [...]até 18 ela já foi [...]a minha pressão também é alta e eu também tenho diabetes [...]jas mulher reclama dizendo que é pra ter cuidado com os pé, mas eu me corto e sara logo [...]eu também sinto pressão alta [...]problema de coluna, tem dia que eu to ruim, não agüento fazer nada [...]eu tenho um problema de varizes na perna</p>

QUADRO 10 – DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA ENCONTRANDO DIFICULDADES PARA O CUIDADO RELACIONADAS AO CUIDADOR, SEGUNDO OS CUIDADORES FAMILIARES RESIDENTES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

Os efeitos que a relação de ajuda tem para o cuidador foram descritos numa publicação do Ministério do Trabalho e Assuntos Sociais da Espanha (IMSERSO, 1999). Após uma grande investigação iniciada desde o ano de 1993 acerca dos cuidados na velhice e o apoio informal, foi verificado que as repercussões para o cuidador ocorrem, principalmente, no âmbito da saúde, da vida familiar, do lazer e do trabalho.

Nos dois depoimentos a seguir, temos situações diferenciadas, onde os cuidadores são do sexo masculino.

[...] eu, outra hora, boto gente pra dar banho nela, esses negócio, quando não tem ninguém é eu mesmo. Eu dou banho nela, eu mudo a roupa, lavo roupa, às vez falta uma pessoa pra de cuidar dela... (C 01).

[...] o que acontece é que eu sempre saio na rua porque não tem quem vá, mas ela não sai daqui de dentro de casa, a não ser uma viagem na casa de um parente... (C 02).

O papel de cuidador é atualmente associado às mulheres, por razões demográficas, sociais e culturais. Mas, com a saída dos filhos e o “esvaziamento do ninho”, cabe ao cônjuge responsabilizar-se pela esposa. A cooperação vai desde o apoio na realização das AVD, até as AIVD, tais como as relacionadas às compras, pagamento de contas e cuidados com o ambiente doméstico.

Se, para a mulher, ser cuidadora é uma tarefa difícil, para o homem, em condição de conjugalidade, parece ser ainda pior, pois, em geral, são mais velhos e não têm nenhum preparo ou habilidade com as tarefas que necessitam desempenhar.

Ficou explícito nas declarações supracitadas que os homens se sentem sobrecarregados e só assumem o cuidado porque não há ninguém para fazê-lo. Contudo, a relação desenvolvida entre o cuidador e a esposa hipertensa, em ambos os casos, figurou-se como saudável, amigável, de reciprocidade.

Já no testemunho das mulheres cuidadoras, elas comunicam o desgaste em acumular a responsabilidade com o lar, com o idoso, com os filhos, com os netos e com os animais domésticos.

[...] levanto de manhã, varro casa, lavo os pratos, dou café aos meus filhos, faço café pra ele, ponho a comida no fogo (C 03).

[...] eu tenho que cuidar dele, da casa, da comida, dos remédios, tenho que cuidar dos meus filhos, tenho que fazer o almoço pra quando chegar 11 horas tá tudo pronto, e ainda tenho essa menininha que a mãe dela saiu, foi embora, e ficou pra mim cuidar (C 04).

[...] eu fico imaginando é que eu nem posso sair e deixar ele. Não tenho dinheiro para fazer uma feirona e deixar, tem um cachorro aí, também eu me preocupo (C 15).

[...] eu aqui mesmo limpo a casa, lavo os prato, boto feijão no fogo. [...] eu ainda lavo roupa de um velho e ganho R\$10 por mês. [...] amanhece o dia, eu faço um cafezinho pra beber, limpo a casinha, lavo prato e vou pro tanque lavar a roupa. [...] eu não saio minha filha, cuidando deles e da casa. Uma nora minha ganhou neném e ficou aqui e eu ainda ajudava lavar a roupa do menino (C 27).

Os novos arranjos domiciliares que surgiram, após as sucessivas crises econômica e social, favoreceram o convívio multigeracional. É possível verificar, numa mesma residência, bisavós, avós, filhos e netos convivendo juntos. A demanda de recursos e atividades para manutenção de um ambiente ordeiro, quase sempre, recai sobre os membros adultos e de meia-idade, entre os quais se encontra a mulher cuidadora. O cotidiano dessas mulheres é tão árduo que chega a ser comparado com uma batalha, muitas vezes desprovidas de preparo e instrumentos: “[...] a gente tá na luta desse tratamento com ele, já tem mais ou menos um ano, lutando, lutando” (C 21).

Como cuidadora principal, assume integralmente as tarefas de supervisionar, orientar, acompanhar e cuidar diretamente do idoso, pois é raro contar com o apoio de outras pessoas.

[...] pra cuidar só eu só, mas tem uma irmã que ajuda na parte financeira. Casei, não deu certo, aí eu vim pras morar com eles. Minha mãe faleceu com 79 anos com o diabete, e eu continuei cuidando dele. [...] de vez em quando meus irmãos vem aqui, mora aqui perto. O mais novo demora oito, quinze dias. O mais velho tá pior do que pai, tá fazendo diálise três vezes. [...] meus irmãos chegam dizem, oi, pai olhou e pronto, ele fica... Ele gosta de atenção (C 06).

[...] as filhas mora um lá pra cima, outras em SP. [...] tem 05 filhos, mas não tem tempo não (C 17).

Segundo a descrição de Santos (2003, p.17), cabe aos cuidadores secundários “[...] desempenhar o mesmo tipo de tarefa dos cuidadores primários, mas não têm o mesmo grau de envolvimento e responsabilidade pelo cuidado”, e aos cuidadores terciários, auxiliar esporadicamente em situações excepcionais.

Embora conviva com várias pessoas, a mulher cuidadora parece trabalhar na solidão. O dilema vivido por elas foi também relatado por Alvarez (2001, p.131): “[...] o cuidador se divide entre cuidar do idoso com quem na maioria das vezes tem uma relação afetiva e um compromisso moral, e de seus próprios filhos que também necessitam de sua atenção por serem crianças pequenas ou adolescentes”.

Como consequência de horas de trabalho, sem qualquer remuneração, em condições insalubres, com pouca ou nenhuma orientação, o cuidador tem sua condição de saúde agravada ou deflagra algum problema físico, psíquico ou emocional, durante o processo.

O cuidado com o idoso e a família são prioritários. O tempo reservado para o autocuidado parece ser mínimo, como confessa esta cuidadora também hipertensa: “[...] ele levanta mais tarde, eu levanto mais cedo, eu tomo logo meu remédio de manhã. Vou falar a verdade: eu esqueço” (C 14). Quando a cuidadora assume esta conduta, toda a família corre o risco de precocemente ficar desprovida de sua atenção e zelo, pois o esgotamento físico e complicações na saúde são muito prováveis de acontecer.

Nos relatos seguintes, os cuidadores explicitam sua condição de saúde que, de acordo com suas avaliações, interfere na qualidade do cuidado prestado.

[...] uma vez eu também tive pressão, eu fiquei quase doído, quase zozzo, e me panharam e me levaram pra o Perpétuo Socorro. Eu não sabia onde era, vim saber onde tava com 5 dias (C 01).

[...] ela não vem sofrendo certos tipos de coisa como eu venho sofrendo [...] tanto ela, quanto eu já tivemos que ir pro hospital, por conta da pressão (C 02).

[...] quando era mais moderna tive um derrame e ele cuidou de mim, acho que ele se preocupava em eu me acabar assim, de repente (C 05).

[...] eu também tomo remédio da pressão, quando eu comecei quase eu morro, fui duas vezes pro pronto socorro. [...] meu remédio é 7 da manhã e cinco da tarde. Mas, na luta que eu estou, tem dia que dá nove horas é que eu lembro, aí eu tomo (C 21).

[...] a minha pressão também é alta e eu também tenho diabetes. Eu num consigo ficar parado. As mulher reclama dizendo que é pra ter cuidado com os pé, mas eu me corto e sara logo (C 24).

[...] eu também sinto pressão alta, problema de coluna, tem dia que eu tô ruim, não agüento fazer nada (C 28).

[...] eu mesmo, quando estou doente, meu remédio é oração. Eu tenho um problema de varizes na perna, mais eu creio que um dia Deus vai limpar minhas pernas, porque eu não nasci com problema nas pernas, nasci com as pernas limpinha. Se eu creio nesse Pai que reina, nesse Deus que é vivo, ele vai me curar. Hoje eu não uso nem saia com vergonha porque minhas pernas é preta. Eu cuido de tudo aqui na casa e, ainda, crio essa netinha de 8 anos (C 30).

Em certas circunstâncias, diante da gravidade do problema de saúde do cuidador, é necessário o internamento. Mas, ao ver que não tem com quem deixar o idoso, o cuidador reluta e realiza o tratamento no domicílio.

[...] esses dias eu adoeci, aí eu fui no médico e ele me disse que meu caso era pra internar. Mas quem ia ficar com ele? Aí ele passou a medicação e eu fiquei em casa. Mas, não é por isso que eu vou achar que ele está me empatando. Se for uma coisa pior eu pago uma pessoa, porque ele não pode ficar só. Na mesma hora que ele está bom, na mesma hora ele diz que está tonto. Eu tenho que está sempre alerta (C 06).

Um outro aspecto importante percebido nos discursos dos cuidadores é que a falta de orientação dificulta o cuidado. A omissão de informações simples, porém importantes, pode estar contribuindo para os resultados negativos obtidos no controle da HA.

Parece que os profissionais de saúde, especialmente médicos, enfermeiros e nutricionistas, ainda não visualizam o familiar como um importante cooperador no cuidado ao idoso hipertenso, pois, para estes, não foram mencionadas informações acerca da duração do tratamento, sua natureza ininterrupta e sua especificidade.

[...] uma vez ele ficou mal, teve que ir pro hospital porque ele num tava tomando os remédios, num tava tomando os medicamentos. Chegou lá o médico disse: nem vê parar o remédio. Tinha que tomar o remédio direto [...] ele fez os exames e o médico não explicou se era pra continuar tomando, ou era pra parar. Aí ele passou a receita

mais num explicou. Aí também acabou os medicamentos, e aí acabou. Também tava bom, aí ele ficou inchano o rosto e inchano os pés, os olhos tava bem inchado e as perna bem inchada. Ele ficou sem se alimentar, aí começou a dormecer de um lado, um braço e uma perna. Aí eu falei: isso é perigoso porque pode dar um derrame, e fui levar ele no médico (C 04).

[...] eu não dou o remédio do médico todo dia não. Eu falho dois dias, falho sábado e domingo. Eu saio vou pra feira e quando eu chego está tarde (C 10).

[...] às vezes o remédio acaba antes do tempo. Aí, ela toma emprestado com a filha que tem pressão alta (C 17).

Sendo as mulheres as principais responsáveis pela compra e preparo dos alimentos, é pertinente que sejam orientadas sobre o que é ou não recomendável. Neste último relato a cuidadora não compreende por que seu esposo hipertenso e diabético não aceita a banana-da-terra e a sopa preparada com caldo de galinha industrializado.

[...] cozinhei uma banana-da-terra pra ele, e ele disse que faz mal. Você já viu banana-da-terra fazer mal pra alguém? Faço uma sopinha com Knor ele não toma porque diz que faz mal (C 30).

Desse modo, concluímos que, apesar de o cuidador oferecer o seu melhor trabalho, percebe que tem limitações provenientes da sobrecarga de atividades, das suas próprias condições de saúde e da falta de informação acerca do tratamento.

Esse conjunto de informações oferece-nos um vislumbre dos problemas cotidianos enfrentados pelos cuidadores. Ao compartilhar de necessidades semelhantes, esse grupo de pertença dá significado à sua prática. Comunicando a outros o que lhe é incômodo no processo de cuidar do idoso hipertenso, os cuidadores emitem opiniões e revelam atitudes de déficit no autocuidado, com as quais os profissionais de saúde devem estar atentos, pois a família deve ser vista como cliente e auxiliadora no autocuidado.

Ficou evidente que não existe uma separação entre o sujeito (cuidador) e o objeto (cuidado). O objeto está inserido num contexto, avaliado e refletido pelo sujeito, de acordo com os seus valores e sua história de vida.

III) Encontrando dificuldades relacionadas à condição econômica (EDCE)

Os recursos financeiros em quantidade suficiente para atender às necessidades básicas, são fundamentais para ter e manter uma condição de saúde. Quando a intervenção do Estado é incapaz de garantir a saúde como um direito, os riscos para as doenças e suas complicações tornam-se mais evidentes.

A população idosa merece atenção especial, pois tem maior risco de adoecer e morrer. Na situação específica dos idosos hipertensos, o tratamento prolongado requerido pela condição crônica exige a participação da família também com recursos financeiros, o que nem sempre é possível devido às condições econômicas de seus membros.

As sucessivas crises econômicas que assolaram o país contribuíram para a pauperização das famílias, aumentando o desemprego e o preço de serviços e produtos, tendo a aposentadoria do idoso uma significativa participação no orçamento familiar.

De acordo com os dados do IDB (2001), os estados do Nordeste possuem a menor renda familiar do país, sendo que na Bahia 45% das famílias têm renda de até meio salário mínimo.

Corroborando os dados supracitados, Camarano (2002) constatou que os idosos do Nordeste também têm os menores rendimentos, porém as famílias com pessoas idosas estão em melhores condições que as demais.

Segundo o último censo (IBGE, 2000), 20% do conjunto de domicílios brasileiros tem idosos como responsáveis, dos quais 64,7% destes moram com ou sem o cônjuge, mas com filhos e outros parentes na mesma casa.

Embora não tenhamos dados específicos acerca do número de idosos que chefiam famílias no bairro, lócus do estudo, informações do SIAB/Jequié-BA (2001) atestam que há uma média de 4,2 pessoas por domicílio. Existem, portanto, indicativos de que o benefício de

um salário mínimo da aposentadoria é redistribuído, garantindo não só a sobrevivência do ancião, mas também de seus familiares que se encontram desempregados ou subempregados.

Como consequência desse apoio financeiro do idoso aos familiares, há uma menor alocação dos recursos para suprir as próprias necessidades do idoso.

O Quadro 11 apresenta o agrupamento das unidades de significado referentes às dificuldades econômicas encontradas pelo cuidador familiar.

ENCONTRANDO DIFICULDADES PARA O CUIDADO	
SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
Encontrando dificuldades relacionadas à condição econômica. (EDRCE)	<p><i>[...]num é todo tempo que se tem o dinheiro [...]dá um tempo tem que dar uma falha, num é? [...]pai é um homem que sempre tem que estar com dinheiro no bolso [...]se faltar algum dinheiro, aí pronto [...]por exemplo, se chega a conta de telefone que vai vencer dia cinco [...]fora isso todo mês a conta vai chegar [...]mas, agora a gente não pode trazer ele pra cá [...]eu tô comprando material e vou guardando [...]depois vou conseguir o dinheiro do pedreiro [...]às vezes é aquela dificuldade, vai no médico mas não tem dinheiro pra comprar o remédio [...]que quando tem ela toma [...]pra levar não tem dinheiro pra pegar o táxi [...]o que mais preocupa ela é aluguel [...]dívida pra pagar, essas coisas assim [...]as contas vai chegando no final do mês [...]às vezes quando não tem o remédio [...]às vezes ele pega algum trocadinho [...]porque ele sai e pega uns sacos e lava, ele vende essas coisas [...]o povo dá a ele, ele lava, vende, faz aquele trocadinho [...]mas só dá pra comprar aquele pacotinho de bolacha, porque não dá pra comprar outras coisas [...]mas, assim mesmo quando eles vêm aqui, um me dá 20 [...]o outro que é pai desse menino, sempre me dá um trocadinho [...]Je o menino sempre recebe o trocadinho dele na escola [...]por enquanto, ta recebendo, porque é um mês sim, outro não do gás [...]quando é no mês ele tira e já me dá quinze que é pra ajudar no gás [...]eu compro gás que é 36 agora no depósito [...]e aí não peço esmola, não ando aborrecendo ninguém porque termina dando pra tudo [...]mas nós num pode comprar [...]nem eu pude comprar porque tava devendo muito [...]ficou sem comprar esse remédio [...]você sabe, esses médicos de hoje, se não tiver o dinheiro... [...]eu estou pedindo a Deus que ele aposentasse [...]com nada tinha o trocadinho dele [...] porque o meu, eu morrendo, não serve mais pra ninguém, eu recebo é pensão [...]Não tenho dinheiro para fazer uma feirona e deixar [...]quando chega uma conta ela fica preocupada porque não pode pagar [...]o dinheiro dela não dá pra nada[...]às vezes o remédio acaba antes do tempo.[...] Uma verdura não tem, um leite não tem.[...]o remédio vai acabar e só pode comprar outro com receita [...]ela não pode comprar uma coisa na mão da pessoa e não pagar que ela fica preocupada [...]no posto não dá o Aldactone, tem que comprar [...]aí ela diz que o dinheiro não dá [...]depois que veio pra aqui, a preocupação de pagar imposto de coisa, tanta coisa, que perturba a pressão [...]ó minha filha eu sou aposentada, ele num é, ganho salário, e ele nem pode trabalhar [...]tenho que comprar lápis, caderno, farda [...]ainda tem que fazer revisão em Salvador [...]Je pagar R\$ 80,00 na consulta com o Cardiologista [...]a vida nossa é uma vida difícil mesmo [...]porque pagar água, luz, botijão, feira... [...]se o médico não vem tem que pagar pra levar ele [...]o dinheiro ta muito difícil de ganhar.</i></p>

QUADRO 11 – DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA ENCONTRANDO DIFICULDADES PARA O CUIDADO RELACIONADAS À CONDIÇÃO ECONÔMICA, SEGUNDO OS CUIDADORES FAMILIARES RESIDENTES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

As pessoas idosas foram criadas, em sua maioria, com princípios rigorosos de honestidade, da palavra empenhada, do zelo pelo nome da família. Sendo assim, o

estabelecimento de uma crise financeira ameaça o cumprimento de compromissos pré-estabelecidos, gerando extrema ansiedade no idoso, conforme observamos nas declarações a seguir:

[...] pai é um homem que sempre tem que estar com dinheiro no bolso. Se faltar algum dinheiro, aí pronto. [...] por exemplo, se chega a conta de telefone que vai vencer dia cinco, aí ele não quer esperar, é preocupação, o telefone vai cortar (C 06).

[...] o que mais preocupa ela é aluguel, dívida pra pagar, essas coisas assim. As contas vai chegando no final do mês e ela vai pensando que não vai dar (C 11).

[...] quando chega uma conta ela fica preocupada porque não pode pagar, o dinheiro dela não dá pra nada. A filha dela é que toma conta do dinheiro dela. [...] uma verdura não tem, um leite não tem (C 17).

[...] ela é muito preocupada. Ela não pode comprar uma coisa na mão da pessoa e não pagar que ela fica preocupada (C 23).

Quando o idoso contribui com o seu salário nas despesas domiciliares, seus recursos tornam-se insuficientes para a aquisição de alimentos saudáveis, como frutas, verduras, carnes magras, restando poucas opções para o cuidador preparar refeições atrativas. Como resultado, supomos que há uma menor aceitação, por parte dos idosos da dieta que lhes é oferecida.

Outra dificuldade enfrentada pelo cuidador é o fornecimento irregular da medicação anti-hipertensiva pelo Centro de Saúde, ou do não fornecimento de medicações para o tratamento de complicações. Em tais situações é preciso solicitar a ajuda de parentes para a compra dos remédios e, caso não consiga arrecadar o suficiente, o idoso interrompe o tratamento implicando em posterior internamento.

Segundo Marcon et al (2002), questões culturais associadas à dificuldade financeira contribui para o uso irregular dos medicamentos, pois para a população importa a cura, e não o controle. Em casos extremos, a autora pôde notar uma adaptação do horário e doses prescritas com o intuito de alcançar maior durabilidade da medicação.

Nesse estudo, identificamos uma idosa que utilizava medicamentos de terceiros, na impossibilidade de compra: “[...] às vezes o remédio acaba antes do tempo. Aí, ela toma emprestado com a filha que tem pressão alta” (C 17).

Todavia, verificamos também a situação inversa, quando a família colabora financeiramente com o tratamento do idoso. Observamos ser esta prática mais freqüente em idosos portadores de complicações como AVE e ICC.

Achados semelhantes foram encontrados por Alvarez (2001), ao constatar que a aposentadoria do idoso dependente era suficiente para pagar os remédios e as fraldas e nada mais, sendo as demais despesas complementadas pela família. A autora observou, ainda, que o orçamento doméstico ficava ainda mais comprometido porque um familiar economicamente ativo tinha que deixar de trabalhar para cuidar do idoso.

No relato a seguir, o esposo da idosa hipertensa com seqüela de AVE confessou não dispor de recursos para manter ininterruptamente uma cuidadora informal para o auxiliar nas atividades básicas e instrumentais da vida diária.

[...] a gente que toma conta dela aqui. Eu, outra hora, boto gente pra dar banho nela, esses negócio. Quando num tem ninguém é eu mesmo. Eu dou banho nela, eu mudo a roupa, lavo roupa, às vez falta uma pessoa pra cuidar dela, a situação muito perigosa, não é todo tempo que se tem o dinheiro, dá um tempo, tem que dar uma falha, não é? (C 01).

Também mostrou-se freqüente a dificuldade em arcar com as despesas com transporte, em situações de emergência ou para consulta de acompanhamento ou com especialistas.

[...] ela não quer ir ao hospital. Pra levar não tem dinheiro pra pegar o táxi, mas a gente sempre consegue. Mais tarde ela vai ver se consegue ir no posto (C 09).

[...] quando o remédio acaba, o filho dele pega o remédio no posto com o cartão família. O médico disse que andar é bom pra ele, mas com esse problema é perigoso. Sair com o porrete, um carro ou moto pode pegar. Se o médico não vem tem que pagar pra levar ele. A feira qualquer pouquinho que a gente pega dá R\$140, 150. O dinheiro tá muito difícil de ganhar (C 30).

A visita domiciliar é uma modalidade de atenção adotada pelo PSF que visa atender as pessoas impossibilitadas de locomover-se até a Unidade de Saúde. As visitas costumam ser agendadas pelos ACS, pois conhecem detalhadamente as necessidades da comunidade. Nessa ocasião o médico e a enfermeira avaliam o cliente e disponibilizam a medicação para que possa dar continuidade ao tratamento.

Mesmo a Unidade de Saúde estando localizada no bairro, quando por condições adversas a equipe não comparece ao domicílio, o tratamento é interrompido, pois não há recursos para o pagamento de um transporte particular para conduzir o idoso até o posto.

Quanto ao deslocamento, em situações de emergência, recentemente foi inaugurado na cidade o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O atendimento pode ser solicitado durante 24h, pelo telefone 192. A equipe desloca-se até o endereço informado, com uma ambulância equipada para prestar os primeiros socorros, até ser o paciente encaminhado ao hospital. Desse modo, a família atualmente pode contar com mais este serviço, sem ônus adicional, além do pagamento de impostos.

Ao investigar os aspectos que influenciaram o processo de cuidar de idosos demenciados, Santos (2003) verificou que nas famílias com sérias limitações financeiras havia dificuldades na compra de medicamentos, alimentos, pagamento de transporte para consultas, entre outros.

Karsch (1998, p.111) corrobora afirmando: “[...] o cuidar provoca a reorganização da vida familiar. As adaptações são de ordem física, ambiental, financeira e comportamental”.

Nos depoimentos a seguir estão descritas algumas formas de ganho das famílias de idosos hipertensos. Os relatos confirmam a desigualdade social existente no país e revela que o aspecto econômico interfere na saúde física e mental do idoso e dos familiares que assumem seus cuidados.

[...] às vezes ele pega algum trocadinho porque ele sai e pega uns sacos e lava, ele vende essas coisas. O povo dá a ele, ele lava, vende, faz aquele trocadinho, mas só dá pra comprar aquele pacotinho de bolacha, porque não dá pra comprar outras coisas. Mas, o alimento eu que dou porque meus filhos é tudo fraquinho, não pode, não tem nada pra me dar. Mas, assim mesmo quando eles vêm aqui, um me dá R\$ 20,00, o outro que é pai desse menino, sempre me dá um trocadinho e o menino sempre recebe o trocadinho dele na escola. Por enquanto, ta recebendo, porque é um mês sim, outro não do gás, quando é no mês ele tira e já me dá quinze que é pra ajudar no gás, eu compro gás que é R\$ 36,00 agora no depósito, e vou vivendo assim, em nome de Jesus porque Deus é bom. E aí não peço esmola, não ando aborrecendo ninguém porque termina dando pra tudo, porque o pouco pra Deus é muito. E aí eu fico dentro de casa cuidando deles. A menina terminou ficando aqui, ela tem pai, mas o pai é fraquinho e a mãe já tem cinco filhos, e ela está aqui desde pequinininha, já tem 10 anos. Ela dorme, ela merenda, ela come tudo aqui. Aí ela lava um prato pra eu, passa um pano na casa. Ainda é minha valença. O rapaizinho é quem vasculha a casa e também passa pano na casa porque eu não posso passar (C 15).

[...] ele é mais velho do que eu, eu vou fazer 64 anos. Ele trabalha com a galinhota na feira. Tem a aposentadoria. Eu tô com um rapaizinho aí que já tá bem sabidinho na escola, mas não acha trabalho, tá um paradeiro. Eu ainda lavo roupa de um velho e ganho R\$10,00 por mês. Aí eu compro pra ele um lápis, uma caneta, pra ele ficar bem sabidinho e fazer o futuro dele. Mas agora a escola tá em greve, já tem três semanas que ele não estuda (C 27).

[...] ó minha filha eu sou aposentada, ele não é. Ganho salário, e ele nem pode trabalhar. Eu ainda crio uma menina que já tem 15 anos. Tenho que comprar lápis, caderno, farda. Ele fez cateterismo e o médico proibiu ele de pegar peso e fazer esforço. Ele trabalhava de carpinteiro e de pedreiro. Tem dia que ele toma 18 comprimido por dia, ainda tem que fazer revisão em Salvador e pagar R\$ 80,00 na consulta com o Cardiologista. É nessa vida que nós vive, pela misericórdia de Deus. [...] a vida nossa é uma vida difícil mesmo. Estamos vivendo seguro na mão de Deus mesmo. Os netos foi quem ajudou pra pagar a consulta. Porque pagar água, luz, botijão, feira (C 28).

Com efeito, o ponto de vista dos cuidadores em relação às dificuldades financeiras e sua interferência no processo de cuidar do idoso hipertenso representa uma porção simbólica do que vivencia a coletividade deste grupo de pertença.

Enquanto os especialistas detêm o saber como ciência, os cuidadores têm o saber fazer enquanto prática. Para que este fazer se torne concreto, é necessário transpor as barreiras cotidianas, para as quais não há um esquema pré-estabelecido.

Ser responsável por ajudar o idoso na condução do tratamento, nem sempre é uma tarefa escolhida de forma espontânea. “Tendo que cuidar” (ALVAREZ, 2001) é o que ocorre na maioria dos casos.

Os relatos acerca das dificuldades econômicas atestam que quando não há como modificar uma dada situação, cabe adaptar-se a ela.

IV) Encontrando dificuldades relacionadas ao serviço de saúde.

A grande maioria da população investigada utiliza o SUS para atender às suas necessidades de saúde. Apesar da sua criação desde 1988, o modelo de saúde almejado, com características de universalidade, equidade, resolutividade e intersetorialidade, encontra-se, ainda, em processo de construção. A cada ano vitórias são alcançadas e surgem novos desafios a serem conquistados.

Segundo os relatos das cuidadoras, problemas relacionados ao serviço de saúde são os que menos interferem no cuidado com o idoso hipertenso.

Esta é, sem dúvida, uma avaliação positiva acerca da qualidade dos serviços oferecidos pelas ESF instaladas no bairro, lócus do estudo. A presença da Unidade de Saúde facilita o acesso aos profissionais que vão ajudar a resolver os problemas de saúde.

Não podemos deixar de mencionar o importante papel desempenhado pelos ACS, que diariamente visitam as famílias, identificando situações de risco e informando aos membros da equipe as necessidades detectadas. Desse modo, acaba por contribuir para que o sistema seja mais ágil e resolutivo.

Dentre os problemas enfrentados pelos cuidadores no aspecto da acessibilidade e qualidade dos serviços prestados, notamos que eles fizeram referência à unidade básica de saúde e ao atendimento hospitalar. As unidades de análise correspondentes às dificuldades encontradas para o cuidado relacionadas aos serviços de saúde foram agrupadas no quadro 12, apresentado a seguir.

ENCONTRANDO DIFICULDADES (ED)	
SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
Encontrando dificuldades relacionadas aos Serviços de Saúde. (EDRSS)	<i>[...] não fui atendido na hora, aí passo [...]. Entonce, a gente passa tempo aqui sem tirar pressão [...]. Mas tinha gente [...]. Aí eu vim embora sem tirar a pressão [...]. Passei lá toda a vida e não tirei [...]. Eu saí porque sou muito escabriado [...]. O bairro aqui é muito grande [...]. Tudo atende ali naquele setor [...]. Entonce, tem muita gente que vai e volta sem ser atendido [...]. O doutor pouco [...]. Porque quando tem muito doutor que um atende e outro atende, quebra um galho [...]. Mas tem um doutor só [...]. Faz o que ele tá fazendo e vai embora [...]. Já agora só 30 dias [...]. Não vai esperar 30 dias [...]. Outros vai esperar pra 60 [...]. Num tem negócio disso, que sumiu o aparelho, [...] aquelas funcionária que diz quem vai medir é fulana que tá lá dentro [...]. E essa fulana nunca aparece [...]. É preciso o sujeito ir atrás [...]. Eu nem sei como vai ser pra medir a pressão dele [...]. Que paga uma consulta pra medir [...]. Porque a agente [ACS] daqui dessa área tirou [...]. Num tá mais, aí tem que ver quando vai entrar outro [...]. Porque a outra do lado de lá não pode, né? [...]. Era um caso de internamento, mas como num tinha uma vaga [...]. Aí fica esperando a oportunidade de pegar no posto [...]. Aí não puderam atender ela [...]. Mas, ela falou que era domingo, não ia ter médico [...]. Já ficar demorando, ia ser pior [...]. E aí ficou, ia no médico não podia internar [...]. Ela passou num concurso, saiu e, não colocaram outra [...]. Já agora sumiu tudo</i>

QUADRO 12 – DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA ENCONTRANDO DIFICULDADES PARA O CUIDADO DOS IDOSOS HIPERTENSOS RELACIONADAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGUNDO OS CUIDADORES FAMILIARES RESIDENTES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

Quanto ao atendimento na Unidade Básica, os depoentes demonstraram satisfação com a organização e qualidade das consultas, agendadas previamente. Todavia, reclamaram da dificuldade que o idoso hipertenso tem para verificar a PA fora da data de consulta.

[...] eu fui a semana passada tirar no posto, mas tinha gente, eu tava com pressa, não podia ficar lá, aí eu vim embora sem tirar a pressão. Esse posto aí, fui atendido uma vez pelo médico, ele me receitou, muito bom, mas depois eu fui pra tirar só a pressão, passei lá toda a vida e não tirei, eu saí porque sou muito escabriado. O bairro aqui é muito grande, Vovó Camila, Loteamento Água Branca, Bom Sossego e o INOCOOP, tudo atende ali naquele setor. Entonce, tem muita gente que vai e volta sem ser atendido (C 01).

[...] pra medir a pressão a gente vai no posto, e lá os funcionário que trabalha ali, mede. [...] quando não tá assim, eu vou na farmácia 24h, que qualquer hora pode medir. Num tem negócio disso, que sumiu o aparelho, aquelas funcionária que diz quem vai medir é fulana que tá lá dentro, e essa fulana nunca aparece, é preciso o sujeito ir atrás. O sujeito vai se contrariando e até a pressão vai subindo mais (C 02).

Apesar de a HA ser uma doença predominantemente, oligossintomática ou assintomática, os idosos hipertensos, ao manifestarem cefaléia, tontura, escotomas ou rigidez de nuca, suspeitam da elevação súbita da PA. Para confirmar a suspeita, são conduzidos até a

US, por seus cuidadores. Lá chegando, enfrentam problemas relacionados à disponibilidade de pessoal e instrumental, retornando para casa insatisfeitos.

Para evitar constrangimentos, os que possuem melhor condição financeira pagam a terceiros para realizar o procedimento.

[...] quando num tá assim, eu vou na farmácia 24h, que qualquer hora pode medir (C 02).

[...] pra medir a pressão dele eu nem sei como vai ser pra medir a pressão dele, porque só mede quando vai no médico, que paga uma consulta pra medir (C 04).

A alternativa utilizada por uma das cuidadoras foi comprar o aparelho e ela mesma, ou alguém da família, aprender a verificar a PA.

[...] de primeiro a gente tinha um aparelho e meu menino aprendeu com a doutora, com a pessoa do hospital, as enfermeira deu explicação a ele e ele andou medindo a pressão dela muitas vezes. Media e quando elas chegava aqui, tava certo. Foi indo e deu problema no aparelho. Poucas horas vem dizendo que não é pra medir, não é todo mundo pra medir a pressão, é só lá no posto com as enfermeira, nem na farmácia (C 01).

[...] eu mesmo vejo a pressão, quem me ensinou foi uma auxiliar de enfermagem que era minha vizinha. Ela disse que meu pai andava doente e que era bom que eu aprendesse. Comprei o aparelho e ela me ensinou, foi bem melhor (C 06).

Porém, esta não parece ser uma prática coletiva. Apenas dois, dos trinta familiares investigados, desenvolvem esta atividade, sendo que um confessou ter abandonado por orientação de um profissional de saúde. Em seu discurso revelou dificuldades quanto à manutenção do aparelho e a insegurança quanto a veracidade da pressão auscultada por leigos.

Contudo, de acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de HA (SBH, SBC, SBN, 2002), a Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA) possui vantagens que merecem destaque, tais como: diminuir o número de visitas à US, melhorar a correlação com lesão de órgãos-alvo, melhorar a adesão do paciente, aumentar o número de medidas, entre outras.

Especialistas que participaram dos grupos de trabalho para a construção deste documento orientam que a MRPA seja realizada em aparelhos eletrônicos devidamente calibrados, devendo os pacientes serem adequadamente treinados para obter as medidas.

Mulrow e Brand (2002), a esse respeito esclarecem que “[...] pacientes mais idosos, particularmente as mulheres, apresentam Hipertensão por jaleco branco¹⁵” (ibidem, p.101), por isso recomendam a aferição freqüente da PA, fora do consultório.

Ficou explícito que a MRPA é recomendável, porém nesse sentido vemos as condições econômicas precárias e o nível de escolaridade como barreiras para a aquisição, manutenção e manuseio do aparelho.

Para os clientes impossibilitados de comparecer à US, as cuidadoras contam com o auxílio de ACS, devidamente treinadas. Na ausência destes, os familiares manifestam sua preocupação.

[...] pra medir a pressão dele eu nem sei como vai ser pra medir a pressão dele, porque só mede quando vai no médico, que paga uma consulta pra medir. Agora eu tenho que ver aí no posto porque a agente [ACS] daqui dessa área tirou, num ta mais, aí tem que ver quando vai entrar outro, porque a outra do lado de lá não pode, né? Quando ela tava aqui com a gente, vinha cá, media a pressão, e agora (C 04).

[...] a agente sempre passava aqui, olhava a minha pressão, a dele, mais nunca mais veio. Ela passou num concurso, saiu e, não colocaram outra (C 30).

Em relação ao atendimento hospitalar, as dificuldades foram percebidas quando o idoso se encontrava em situação de urgência, conforme podemos observar nos seguintes testemunhos.

[...] eu peguei ela e chamei o menino ligeiro e levei ela para o hospital, não fui atendido na hora... (C 01).

[...] era um caso de internamento, mas como num tinha uma vaga, aí fez a consulta e veio pra casa. Aí ele piorou novamente, e pagou uma outra consulta e internou (C 04).

¹⁵ Hipertensão do jaleco branco, do avental branco ou de consultório, é uma terminologia utilizada para pacientes que apresentam níveis pressóricos elevados em consultório, apresentando a PA normal fora do ambiente médico. A prevalência tem sido estimada em 21%.

[...] ontem eu falei que ia levar ela. Mas, ela falou que era domingo, não ia ter médico, ia ficar demorando, ia ser pior (C 09).

[...] daí, quando ele chegou no hospital, o médico disse que a dor de cabeça dele era da pressão. A pressão subiu tanto que quase zera, não faltou nada pra ele morrer e que foi um negócio no cérebro. E aí ficou, ia no médico não podia internar. Você sabe, esses médicos de hoje, se não tiver o dinheiro... (C 15).

No estudo realizado por Karsch (1998) junto a cuidadores de idosos com AVE, constatou-se que 30% desses cuidadores referiram alguma insatisfação com os serviços hospitalares prestados. Para a autora, quando o paciente não tem atendimento adequado, cria-se um círculo vicioso: “[...] doença, falta de tratamento, agravamento da doença” (ibidem, p.117).

Nesse estudo, as queixas referiram-se às dificuldades para iniciar o tratamento, na disponibilidade de profissionais e vagas para internamento.

Para finalizarmos, diríamos que as dificuldades percebidas pelo cuidador tem origem multifatorial, em aspectos amplos e complexos como questões biológicas, culturais e sociais. Conhecer esta realidade aumenta a responsabilidade do enfermeiro ante o desafio de cuidar de quem cuida.

4.3.3 3ª Categoria – Percebendo os Cuidados Implementados

Os cuidados prestados ao idoso hipertenso têm se revelado numa prática de apoio e ajuda a pessoas com mais de 60 anos que apresentam fragilidades impostas pela idade e/ou pela doença crônica.

Auxiliar pessoas enfermas, ao longo dos anos, tem sido uma tarefa socialmente atribuída às mulheres. Os motivos para o predomínio feminino na arte de cuidar envolvem a intuição, a sensibilidade da mulher, a experiência da maternidade, mas também a manutenção das relações de poder homem/mulher. Ao atribuir à mulher mais uma tarefa não remunerada e

de pouca visibilidade, o homem firma-se numa posição vantajosa sobre aquela, pois, para esta mulher pouco tempo e disposição para a sua qualificação profissional, ao ter que cuidar das crianças e dos membros fragilizados da família.

Collière (1989) comenta que a ajuda oferecida pelas mulheres não é remunerada, porque é considerada como um serviço inato, associado ao amor fraternal. Com tantas atividades, as mulheres cuidadoras acabam ficando à margem do sistema econômico.

Embora já esteja evidenciada a importância do cuidador na qualidade de vida dos idosos doentes e/ou fragilizados, a representação social do cuidador traz pouca inspiração a outros.

A tarefa de cuidar é, na maioria das vezes, uma condição imposta pelas circunstâncias à mulher que tem algum grau de parentesco com o idoso ou está próxima física ou afetivamente a ele. Nestas circunstâncias, o cuidado tem uma conotação moral, de responsabilidade diante de uma necessidade (WALDOW, 2004).

É possível verificar, neste e em outros estudos, como o de Alvarez (2001) e Karsch (1998), que o cuidado é muito solitário, com poucas contribuições esporádicas. Em se tratando da assunção do cuidado e do cuidador, Karsch comenta: “[...] a assunção do cuidado não é uma opção, porque, em geral, o cuidador não toma a decisão de cuidar, mas “escorrega para dentro” da situação” (ibidem, p.138).

Nesse contínuo viver/cuidar, o cuidador familiar tem experiências positivas e negativas em que, após serem refletidas são construídas imagens repletas de significado. São sentimentos e momentos vividos que contribuem para a elaboração de uma percepção ou impressão do cuidado prestado.

Não obstante a pluralidade dos cuidados prestados e das dificuldades enfrentadas, 69,2% das unidades de análise pronunciadas pelas cuidadoras, fazem referência ao cuidado como gratificante, recompensador, enquanto que apenas 30,8%, apontam o cuidado ao idoso

hipertenso como uma atividade estressante, desgastante ou penosa, conforme mostra a tabela 6, a seguir.

TABELA 6 – DESCRIÇÃO DA FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DE SUBCATEGORIAS RELACIONADAS A CATEGORIA: PERCEBENDO OS CUIDADOS IMPLEMENTADOS, JEQUIÉ-BA, 2004

PERCEBENDO OS CUIDADOS IMPLEMENTADOS		
SUBCATEGORIAS	F	%
Gratificante (PCG)	63	69,2
Estressante (PCE)	28	30,8
Total	91	100,0

A representação que os cuidadores fazem do cuidado prestado parece envolver aspectos tais como: o sexo, a idade do cuidador, seu relacionamento com o idoso antes do diagnóstico, o exercício da religiosidade, tempo que oferece os cuidados, o grau de comprometimento da Capacidade Funcional do idoso e a contribuição deste no cuidado.

Observamos também que apesar de alguns cuidadores referirem implicações negativas do cuidado com o idoso hipertenso, identificavam a sua tarefa como gratificante.

Na seqüência, apresentaremos a percepção do cuidado prestado, suas imagens e impressões que deixa no cuidador.

I) Percebendo o cuidado como gratificante (PCG)

Em seus discursos notamos que para este grupo de familiares cuidadores, o cuidado com o idoso hipertenso é gratificante porque tem uma conotação de retribuição ao que foi feito em tempos pregressos ou porque demonstra resultados positivos.

A primeira condição ocorre, freqüentemente, na relação conjugal e entre pais e filhos.

[...] não é todas as pessoas que tem essa idade, que nem ele. Ele nunca pensou em me abandonar e eu nunca falei em abandonar ele. E eu também to chegando na minha idade, eu sou por ele e ele é por mim (C 05).

[...] eu tenho mesmo aquela paciência de lutar com ele, com aquele amor. Eu não quero nada de ruim pra ele, só quero o que é bom. Eu tenho o maior cuidado com ele. Brigo com os meninos pra não fazer zoada. Digo pra ele: a saúde é que interessa, o resto não tem pressa. Abaixo de Deus, ele é um tudo pra mim. É o pai, é a mãe, é o irmão, num tem nem filho. Eu só quero o que é bom pra ele (C 28).

Na segunda situação, o cuidador vê o fruto do seu trabalho, avaliando-o satisfatoriamente, pois percebem que:

[...] ele andava arrastando e agora ele tá levantando o pé. Ele já segura a mangueira, toma banho (C 04).

[...] a pressão dela não sobe direto (C 08).

[...] agora ela tá tomando o remédio certinho. [...] a pressão agora está controlada (C 11).

[...] depois que ele pegou a fazer o tratamento aqui no posto, nunca mais... [deu crise hipertensiva] (C 12).

[...] depois que chegou aqui nunca precisou ir pro hospital com pressão alta (C 21).

[...] Agora mãe não sente nada (C 26).

De acordo com Alvarez (2001), o cuidado é gratificante quando ele é reconhecido pela família e pelo idoso. Contudo, nesse estudo, não houve relatos de que os idosos, ou demais membros da família reconhecem e/ou valorizam o cuidado oferecido, mas a satisfação está em ver o idoso hipertenso com a pressão controlada e com menor risco de apresentar complicações. Dessa maneira, esses resultados servem como incentivo para continuar cuidando.

Os cuidadores demonstram que ao cuidar tem a “consciência limpa” por fazer o que está ao seu alcance para ajudar o idoso no controle da Hipertensão. Caso ocorram complicações, ou até mesmo óbito, sentir-se-ão isentas de responsabilidades: “[...] e a gente sabe que os mais fortes têm que ajudar os mais fracos. O que eu posso fazer, eu faço” (C 30).

As unidades de análise que apontam para a representação do cuidado ao idoso hipertenso como gratificante estão agrupadas no quadro 13, a seguir.

PERCEBENDO OS CUIDADOS IMPLEMENTADOS (PC)	
SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
Percebendo os cuidados implementados como gratificante. (PCG)	<p>[...]boa não, melhorou [...]ficou naquele normal que tava [...]mas tem tempo que minha pressão ta toda certinha [...]melhorou logo [...]pegou a conversar [...]já acalma um pouco [...]também tava bom [...]tá forte [...]e agora ele tá levantando o pé [...]ele já segura a mangueira [...]toma banho [...]ele não bebe [...]não fuma [...]não briga com ninguém [...]é amigo [...]foi bem melhor [...]mas minha mãe está bem [...]ele nunca foi pro hospital com pressão alta [...]mas agora que ela ta controlando um pouco, nunca mais ela ficou descontrolada [...]agora ela tá tomando o remédio certinho [...]a pressão agora está controlada [...]mas, depois que ele pegou a fazer o tratamento aqui no posto, nunca mais[...] aí ele não teve mais essas crises [...]aí não tem mais problema [...]depois é uma só [...]ele sentia aquele alívio [...]mas também to melhor [...]e achou que tava se dando.[...]mas, graças a Deus ele ta andando [...]mas, depois parou com isso [...]mas tem 40 anos que deixou de fumar, beber, e deixou de comer carne, peixe e frango [...]mais nunca mais botou [...]depois que nós chegou aqui nós nunca precisou ir pro hospital com pressão alta [...] todo mês, todo mês, todo mês [...]mas, eu tô vendo efeito [...]mas hoje em dia ta oito por doze [...] a pressão dele até que tá boa [...]mediu a pressão, disse que tava boa [...]durante o tempo a pressão dele alterou muito poucas vezes [...]a pressão já tava mais controlada, nunca mais ficou alterada [...]mais, aí graças a Deus ela foi tomou os remédio [...]e ela num precisou ir mais não [...]faz o tratamento certinho [...]tem vezes que ela diz que ta normal [...]aí ela acalma [...]e aí agora nunca mais ela teve nada porque tá fazendo o tratamento [...]esses dias num tá muito alterada não, controlou [...]mas, agora tá controlada [...]o que eu posso fazer, eu faço [...]mas, depois parou com isso [...]mas tem 40 anos que deixou de fumar, beber, e deixou de comer carne, peixe e frango [...]mais nunca mais botou [...]depois que nós chegou aqui nós nunca precisou ir pro hospital com pressão alta [...]todo mês, todo mês, todo mês [...]mas, eu tô vendo efeito [...]mas hoje em dia ta oito por doze [...]a pressão dele até que ta boa [...]mediu a pressão, disse que tava boa [...]durante o tempo a pressão dele alterou muito poucas vezes [...]a pressão já tava mais controlada, nunca mais ficou alterada [...]mais, aí graças a Deus ela foi tomou os remédio [...]e ela num precisou ir mais não[...] faz o tratamento certinho [...]tem vezes que ela diz que ta normal [...]aí ela acalma [...]e aí agora nunca mais ela teve nada porque tá fazendo o tratamento [...]esses dias num tá muito alterada não, controlou.[...]mas, agora ta controlada [...] o que eu posso fazer, eu faço</p>

QUADRO 13 – DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA PERCEBENDO OS CUIDADOS IMPLEMENTADOS COMO GRATIFICANTE, SEGUNDO OS CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS HIPERTENSOS, RESIDENTES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

Constatamos que o cuidado torna-se também gratificante quando é fácil. A facilidade é proveniente da colaboração do idoso no cuidado, especialmente no que concerne à aceitação da dieta.

[...] comida dele é com pouco sal, com pouca gordura, ele é bom pra comer. Ele come muita verdura e o que a gente dá pra ele comer, ele come. No café ou na janta, no almoço, o que der pra ele comer, num reclama não (C 04).

Ele não reclama da comida (C 05).

[...] faço a comida sem sal sem gordura. Minha tia come sem reclamar (C 26).

Para esta outra cuidadora, o cuidado torna-se fácil porque ela pode adaptá-lo à sua realidade, inserindo-o no seu cotidiano: “Eu já me acostumei a cuidar dele [...] não é por isso que eu vou achar que ele está me empatando” (C 06).

Não obstante, 42% dos familiares serem responsáveis pelo cuidado ao idoso hipertenso por mais de 10 anos, e nem sempre cuidarem por opção, mas por necessidade, a representação que fazem do cuidado é positiva.

Santos (2003, p.157), ao investigar famílias que cuidavam de idosos dementados, constatou que: “[...] aprender a cuidar e verificar resultados positivos fazia com que alguns cuidadores percebessem que haviam superado seus limites, o que os motivava a ver no cuidado uma atividade prazerosa e melhorava a sua auto-estima”.

Ao avaliar o seu trabalho como gratificante, o cuidador põe em evidência os resultados obtidos, e não os problemas enfrentados para alcançá-lo. A falta de recursos para adquirir o medicamento, a alimentação e pagar transporte em situações de urgência, bem como as várias horas perdidas para marcar consultas e exames especializados, parece ser esquecida diante da recompensa de ver a PA sob controle.

A participação ativa do idoso hipertenso no seu tratamento é o que mais desejam os profissionais de saúde e os familiares cuidadores. Todavia, não se sabe quanto tempo irá demorar para que o idoso assuma o autocuidado, ou se isso será possível em sua totalidade.

Mudar hábitos de vida depende do ato de conhecer e querer (FIGUEROA, 1997). O conhecer parte do acesso à informação, o que não é difícil implementar. Mas, a complexidade reside no querer mudar, de estar determinado para fazer algo que vai alterar uma prática antiga, incorporada no cotidiano.

Nesse sentido, Figueroa (1997) enfatiza que:

[...] enquanto não for importante para a essência do ser o que se lhe está sendo apresentado, não encontrará um fundamento real para realizar ou cambiar uma determinada conduta. Isto implica que o educador terá que favorecer este equilíbrio,

entregando conteúdos educativos essencialmente relevantes capazes de motivar uma conduta deliberada e intencional, e responsabilizando-se por desencadear o desejo de querer e conhecer de cada usuário, o que possibilita uma conduta ativa em seu processo educativo em saúde (ibidem, p.141).

Portanto, é preciso conhecer o que é representativo para o idoso, quais são as suas aspirações. Fazê-lo refletir sobre a diferença da velhice com dependência e a velhice independente, da importância de se estabelecer metas a serem alcançadas enquanto viver.

Como cidadãos, os idosos pensam, refletem e comportam-se diante de uma dada situação. Dessa forma, concordamos com Vala (2000), ao afirmar que os indivíduos não são meros reprodutores de informações, mas que estas ao serem refletidas se enchem de significados, de acordo com a realidade social na qual a pessoa está inserida.

Sendo assim, os cuidadores precisam receber apoio para que na ânsia pelo controle da HA, o idoso não perca a sua autonomia. A mudança de hábitos de vida não deve ser imposta, e sim uma decisão consciente. A colaboração é uma consequência natural do estar informado e motivado para o autocuidado.

Considerando que toda representação é uma forma de visão de um objeto (ABRIC, 1998), o cuidado com o idoso hipertenso é visto por um grupo de cuidadoras de um bairro periférico de Jequié-BA como uma atividade gratificante. Esta opinião consensual não foi determinada ou induzida, mas sim construída pelo grupo, a partir de seu sistema cognitivo, dos seus valores e contexto social.

Portanto, a enfermagem deve ter, neste grupo, uma expectativa positiva em relação a participação familiar no cuidado com o idoso hipertenso, pois esta representação prescreve comportamentos e práticas (função orientadora).

II) Percebendo o cuidado como estressante (PCE)

O primeiro questionamento a que nos submetemos foi pensar por que estes cuidadores tiveram uma imagem negativa do cuidado? Como se comportam diante do objeto, ao representá-lo deste modo?

Analisando as características destes depoentes verificamos que eram em sua maioria mulheres, que cuidavam de idosos com idade superior a 70 anos, portadores de pluripatologias. Tinham os seus momentos de lazer comprometidos, as situações de emergência e internamento, recorrentes e diante de tantos esforços, a PA do idoso, freqüentemente, apresentava-se descontrolada.

As unidades de análise que apontam o cuidado ao idoso hipertenso como estressante, estão reunidas no Quadro 14.

PERCEBENDO OS CUIDADOS IMPLEMENTADOS (PC)	
SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
Percebendo os cuidados implementados como estressante. (PCE)	<i>[...]já basta essa cruz que eu tomo aqui com ela nas costas [...]você sabe o tanto que eu penso por essa mulher aí? [...]aí eu fico estressada [...]é muito complicado [...]é complicado [...]é uma confusão [...]ela é um carma às vezes [...]e é uma confusão [...]por esses dias aí eu nem tenho ido pra igreja [...]porque não tem como, né? [...] porque o culto começa às 7:30h, mas o horário do remédio dele é 8h, aí pra mim não tem como[...]e também tem mais outra coisa, eu não posso sair daqui pra deixar ele sozinho [...]pra mim sair tem que deixar uma pessoa com ele [...]mas quem ia ficar com ele? [...]eu fico imaginando é que eu nem posso sair e deixar ele [...]quem labuta com gente doente é igual ta lutando com criança [...]eu não saio minha filha, cuidando deles e da casa [...]mas toma todos os dias [...]se leva dez ou doze anos [...]eu fico nessa [...]tinha que tomar o remédio direto [...]ele disse: tem que continuar tomando até no sei quando [...]até o dia em que Deus proverá [...]mas também só passava aquela hora [...] ela toma o remédio direto, Propanolol, Captopril</i>

QUADRO 14 – DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA PERCEBENDO OS CUIDADOS IMPLEMENTADOS COMO ESTRESSANTE, SEGUNDO OS CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS HIPERTENSOS, RESIDENTES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

O cuidado, quando relacionado às doenças crônicas, é contínuo e duradouro. Realizar as mesmas atividades pode ocasionar tanto uma sensação de naturalidade, como de tédio, por estar fazendo algo maçante. Nesse sentido, a referência do tempo é notória.

[...] se leva dez ou doze anos eu fico nessa (C 01).

[...] é muita coisa na mente da gente, o medicamento tem o horário das 7h, das 9h, das 10h, das 6h e das 8h da noite (C 04).

[...] ela toma o remédio direto, Propanolol, Captopril, que consegue no posto. Dou 8h do dia e 8h da noite (C 26).

O cuidado desvantajoso descrito por Alvarez (2001), foi identificado nos seguintes relatos:

[...] por esses dias aí eu nem tenho ido pra igreja, porque não tem como, né? Porque o culto começa às 7:30, mas o horário do remédio dele é 8h, aí pra mim não tem como (C 04).

[...] Eu fico imaginando é que eu nem posso sair e deixar ele. Não tenho dinheiro para fazer uma feirona e deixar, tem um cachorro aí, também eu me preocupo (C 15).

[...] Eu tenho uma filha que mora no mutirão e já tem dois anos que eu não vou lá. Eu não saio minha filha, cuidando deles [esposo hipertenso e netos] e da casa (C 27).

Alguns familiares vivenciam a realidade de que, após terem assumido a responsabilidade com o idoso hipertenso, como cuidador principal, tiveram que abdicar de sua liberdade que antes gozavam. Suas relações sociais, na comunidade, na igreja e no trabalho, ficaram prejudicadas. Nesta situação, a hipertensão estava associada à fragilidade e à complicações provenientes desta. Desse modo, revela-se a importância da prevenção secundária. Se a fragilidade proveniente da idade avançada é inevitável, as complicações são preveníveis, e todo o esforço deve ser feito a fim de evitá-las.

Constatamos que o cuidado com o idoso hipertenso, enquanto uma prática estressante, permitiu aos cuidadores a construção de conteúdo imagético. Foram utilizadas duas metáforas, a do cuidado com o idoso hipertenso como cruz e a do cuidado como carma.

[...] a gente tem muita paciência, mais quando vai ficando idoso, e eu já com um bando de coisa, já basta essa cruz que eu tomo aqui com ela nas costas você sabe o tanto que eu penso por essa mulher aí? (C 01).

[...] ela vai pro médico do posto uma vez por mês. Quando não vai, temos que comprar o remédio. Aí ela diz que o dinheiro não dá, que remédio é um porre. Ela é um carma às vezes. Tem que ter muita paciência, senão (C 25).

A cruz está associada ao sofrimento e representa o sacrifício de Cristo para salvar os pecadores. Quando o cuidador se referiu ao cuidado como cruz, provavelmente identificou-o como uma atividade em que é necessário sacrificar-se (por um longo tempo) para que sua esposa possa continuar a viver.

Quanto ao carma, este é um vocábulo bastante utilizado na comunidade espírita, referindo-se ao conjunto das ações do homem e de suas conseqüências. A neta vê o cuidado oferecido a sua avó hipertensa como algo que precisa cumprir e de que não pode desvencilhar-se.

Vala (2000) enfatiza que as metáforas são úteis, à medida que for possível, por meio delas, exprimir uma idéia, um pensamento.

Dada a riqueza dos discursos dos sujeitos, podemos identificar, na construção das RS do cuidado com o idoso hipertenso, o processo sociocognitivo da objetivação, explicitado em três momentos:

A *construção seletiva*, que pode ser definida como o momento inicial, em que são relacionadas as informações acerca do objeto, que serão úteis no cotidiano, mediante critérios culturais e normativos. Nesse estudo, observamos que os cuidados como abolir o tabagismo e o etilismo foram esquecidos. Ao suprimi-los, outros foram acentuados como a alimentação e o remédio.

O segundo momento, o da *esquematização estruturante* constitui-se na organização dos elementos da representação e na relação que guardam entre si. Partindo do princípio de que as RS se organizam em torno de um núcleo figurativo, Abric propôs a Teoria do Núcleo Central. Exemplificando, temos: o elemento alimentação relacionando-se com sal e gordura; do remédio relacionando-se com horário e posto.

Na *naturalização*, última fase do processo de objetivação, os conceitos abstratos adquirem materialidade por meio de imagens naturais à realidade do indivíduo, como a cruz para representar o cuidado enquanto atividade estressante, difícil e penosa.

Respondendo o segundo questionamento que fizemos inicialmente, acerca do comportamento dos cuidadores ao representarem negativamente o cuidado, concluímos que há pouca satisfação e motivação para cuidar. Há desesperança quanto ao controle da Hipertensão e às mudanças no estilo de vida, diante dos resultados obtidos. Todavia, mesmo o cuidador percebendo o cuidado como uma atividade estressante, ele cuida pela necessidade e por um dever moral.

4.4 RECONSTRUINDO O CUIDADO COM IDOSOS HIPERTENSOS - A VISÃO DO SENSO COMUM

Dada a elevada incidência da Hipertensão, em especial na faixa etária idosa, os conhecimentos especializados acerca dos cuidados necessários para o controle da doença foram circulando com maior frequência nos processos comunicacionais, no ambiente comunitário.

Ao considerarmos os aspectos demográficos epidemiológicos, a população idosa mostrou-se com maior susceptibilidade às doenças crônicas. Diante das condições de fragilidade biológica, econômica e social, os anciãos têm nos cuidadores um importante instrumento para auxiliá-lo no controle da Hipertensão.

As informações circulantes no universo reificado, ao adentrarem o domicílio das famílias dos idosos hipertensos, ganham uma nova roupagem. Elementos são retirados, outros inseridos, uns esquecidos, outros acentuados. A teoria é (re)organizada, criando-se uma nova teoria do cuidado na Hipertensão, na visão do senso comum.

Os cuidadores, como grupo pensante, recebem, processam a informação e constroem novos significados, que lhes serão úteis na vida cotidiana.

Essa nova visão do cuidado na Hipertensão, retrata a relação que está estabelecida entre o idoso, o cuidador e o ambiente cultural, social e ideológico em que são gerados os comportamentos diante do objeto.

Esse novo conhecimento não é apenas uma forma simplificada de ver o objeto, mas é fruto de uma atividade construtiva, simbólica, que representa a forma de expressar dos cuidadores.

É o pensamento do senso comum, portanto, é uma representação social, visto que é compartilhado por um conjunto de cuidadoras.

No universo consensual deste grupo de pertença, informações foram suprimidas, comportamento este que julgamos ser dependente de múltiplos aspectos: culturais, pelas características biológicas do idoso, pelas condições socioeconômicas, ou do acesso às informações.

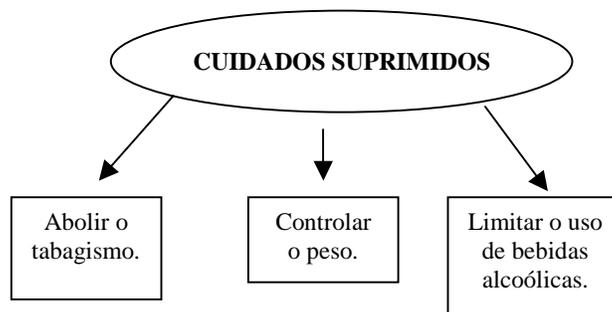


FIGURA 7 - CUIDADOS SUPRIMIDOS PELOS CUIDADORES DE IDOSOS HIPERTENSOS, RESIDENTES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

Em nossa experiência profissional, notamos que há uma crença, especialmente circulante entre as pessoas com baixo grau de instrução, de que os efeitos maléficos do cigarro são dependentes do tipo (industrializado ou artesanal) e da forma como é utilizado (se a fumaça é tragada ou não).

De igual modo, o álcool em doses menores é utilizado nos momentos sociais da família, não havendo ocorrência de relatos acerca do perigo de associar este com medicamentos.

O fato é que, ao não mencionarem estes cuidados, os familiares cuidadores estabelecem uma construção seletiva, eliminando-os por problemas de difusão deste saber, por terem suas crenças fortalecidas à respeito do tabagismo e do uso do álcool, ou porque estes são hábitos abandonados pelo idoso há muito.

Quanto ao controle de peso, observamos durante a coleta de dados, que alguns idosos tinham características associadas ao sobrepeso. Outros, estavam emagrecidos, apontando para a influência do biótipo, como também das condições socioeconômicas.

Vemos, pois, que, nesta construção seletiva, os critérios adotados são correspondentes ao contexto do grupo e atende as suas necessidades.

Retomando a descrição de Moscovici (1978, p.58): “[...] representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo”. Os cuidadores, ao elaborarem a representação do cuidado com o idoso hipertenso, filtraram e organizaram elementos, permanecendo aqueles que lhes são úteis no cotidiano.

Se, por um lado, cuidados foram “esquecidos”, outros foram acentuados, como os que se referem a alimentação, ao uso de medicamentos e ao controle das emoções.

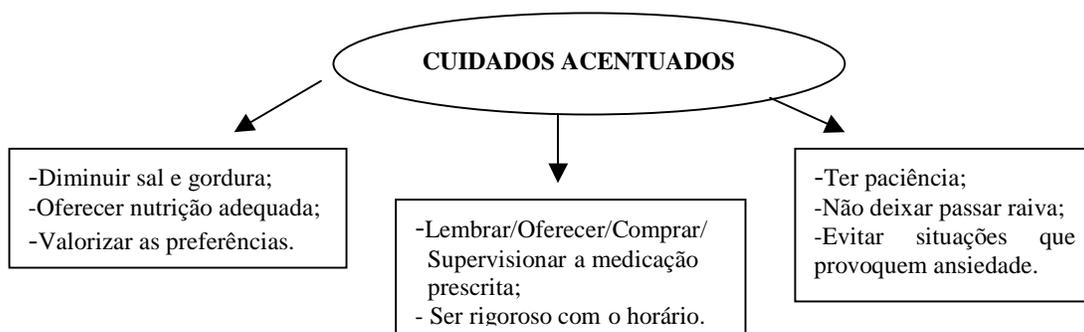


FIGURA 8 - CUIDADOS ACENTUADOS PELOS CUIDADORES DE IDOSOS HIPERTENSOS, RESIDENTES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

Estes cuidados em evidência pertencem ao núcleo central das RS, são rígidos e em torno deles os demais elementos estão organizados. São os símbolos prontamente evocados. Atribuímos esta atitude aos seguintes fatores:

- Fatores Ideológicos: há um sistema, reconhecidamente estabelecido de propaganda dos laboratórios farmacêuticos, que disputam o monopólio para a venda dos anti-hipertensivos. Existe, ainda que o percebamos sutilmente, de forma velada, a influência destes na preocupação que os familiares têm em dar o remédio. Não queremos aqui discutir os benefícios que o medicamento traz à vida do idoso, mas fazer uma alusão às “forças ocultas”, que determinam comportamentos.

- Fatores Comunicacionais: o acesso à informação é, sem dúvida, o cerne da questão. Há pouco tempo, os remédios disponíveis para o tratamento de doenças eram provenientes da natureza, cultivados e indicados por mulheres que aprendiam com suas avós e mães, e que, por sua vez, passavam para suas filhas. Com o avanço tecnológico e científico, este conhecimento foi tornando-se desvalorizado, mas, quase sempre, ainda aparece associado ao tratamento alopático. A valorização dos comprimidos é um fenômeno que se concretiza diariamente, nos meios de comunicação e nos diálogos mantidos em lugares comuns onde circulamos no cotidiano.

- Avaliação das necessidades e resultados: embora a avaliação seja um tema de tamanha complexidade, avaliar faz parte das atividades diárias que realizamos. Os julgamentos realizados pelos cuidadores tem o objetivo de apontar necessidades, e verificar a resolutividade do que foi implementado. Os critérios utilizados para esta avaliação não são estabelecidos previamente pelo grupo, mas emergem da capacidade individual de percepção de aspectos biológicos e psicológicos que emanam do idoso.

Assim, os cuidados relativos à alimentação, ao remédio e à emoção, são priorizados porque os cuidadores notam que os idosos hipertensos ao ingerir uma dieta hipossódica,

hipolipídica, passa a viver em harmonia com a família e as pessoas da comunidade, e a PA fica controlada. Como consequência, o idoso não apresenta edema, tontura, insônia, entre outros sinais e sintomas.

A observação e o convívio diário com o idoso portador de uma doença crônica permite que os cuidadores avaliem o que é realmente eficaz na percepção deles. Compreende-se pois, que: “[...] a comunicação que se estabelece entre conceito e percepção, um penetrando o outro, transformando a substância concreta comum, cria a impressão de realismo...” (MOSCOVICI, 1978, p.58).

Nesse caminho para a reconstrução do cuidado ao idoso hipertenso, os cuidadores inserem novos elementos no cuidado, dispostos na figura 9.

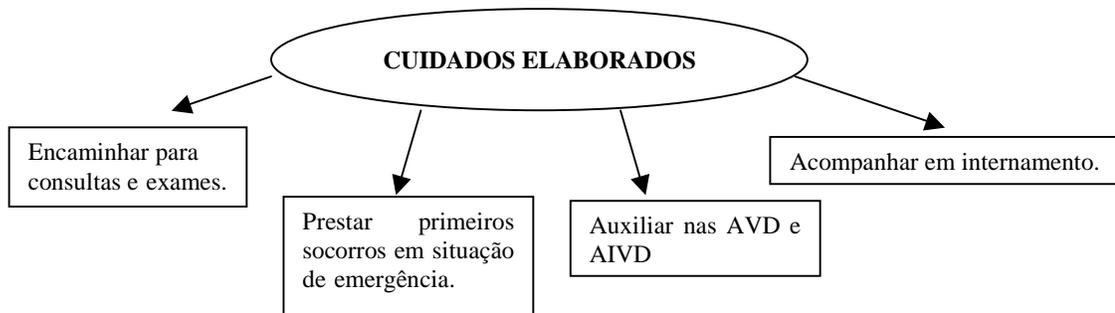


FIGURA 9 - CUIDADOS ELABORADOS PELOS CUIDADORES DE IDOSOS HIPERTENSOS, RESIDENTES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

Os cuidados elaborados são resultantes do potencial de interpretação da realidade em que vivem os cuidadores. Seria o equivalente a dizermos que uma necessidade percebida gera uma ação a ser realizada dentro de um contexto. Assim, ao serem implementados estes cuidados, confirmamos que não há separação entre o universo exterior e o universo individual. Estes são concebidos de forma ativa, dinâmica.

Nesse sentido, os cuidados elaborados são produtos de um esforço cognitivo, seguido de comportamentos que visam resolver problemas de um grupo social, por isso compreendemos que uma das funções das RS é transformar uma dada realidade.

Bonfim e Almeida (1992, p.80-81) enfatizam que “[...] o conhecimento do senso comum é elaborado socialmente e funciona no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade”.

Por fim, apresentamos os cuidados reconstruídos, como aqueles diferenciados, heterogêneos, que não ocorrem da mesma maneira para a maioria, porque são dependentes do contexto macro e microambiental.

O microambiente é aqui interpretado como o universo cognitivo do cuidador, seu espaço domiciliar e as relações que nele se propaga. O macroambiente tem uma conotação do contexto sócioeconômico e cultural da comunidade, aí inseridos o cuidador e o idoso cuidado. A figura 10 aponta quais são estes cuidados.

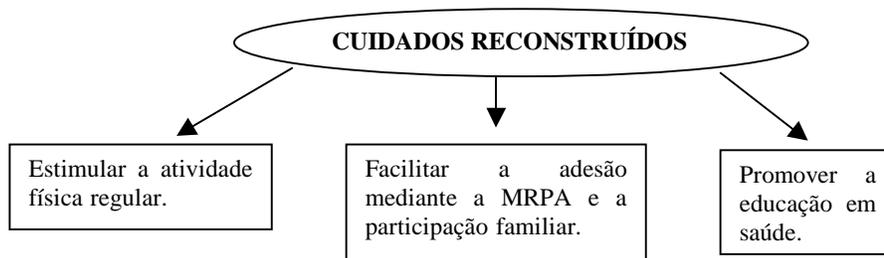


FIGURA 10 - CUIDADOS RECONSTRUÍDOS PELOS CUIDADORES DE IDOSOS HIPERTENSOS, RESIDENTES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2004

Os cuidados supracitados foram incluídos na prática dos cuidadores porque para eles têm significado. Todavia, não foram implementados tal qual circulam no universo reificado. Ao serem apropriados, estes cuidados receberam novas significações.

A valorização do exercício físico regular, por exemplo, foi fortemente influenciada pelos valores culturais do cuidador e do idoso. Esta é uma informação que transita com divergências na comunidade investigada, permitindo diferentes expressões do cuidar.

Em se tratando da MRPA, os fatores econômicos e o grau de instrução foram decisivos. A medida residencial da PA deu lugar a medida da PA na farmácia e no Centro de Saúde.

Quanto à participação familiar no cuidado, houve representações opostas, que oscilaram entre o gratificante e o estressante. Na promoção da educação em saúde, os estereótipos simbolizam a maneira de pensar e determinam a maneira de agir dos cuidadores.

Ao emitirem opiniões, os cuidadores destacam seus valores e contradições, tornando possível registrarmos comportamentos que se estabelecem no ambiente domiciliar. As representações apreendidas, a partir da evocação e dos depoimentos dos cuidadores, são uma fatia simbólica de um pensamento coletivo, portanto, uma construção psicossocial.

Num sentido estrito, verificamos que “[...] as RS alimentam-se não só das teorias científicas, mas também dos grandes eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações cotidianas” (VALA, 2000, p.458).

Sinteticamente, ousamos expressar, com base no TALP, a representação gráfica da forma como as cuidadoras pensam o cuidado com o idoso hipertenso.

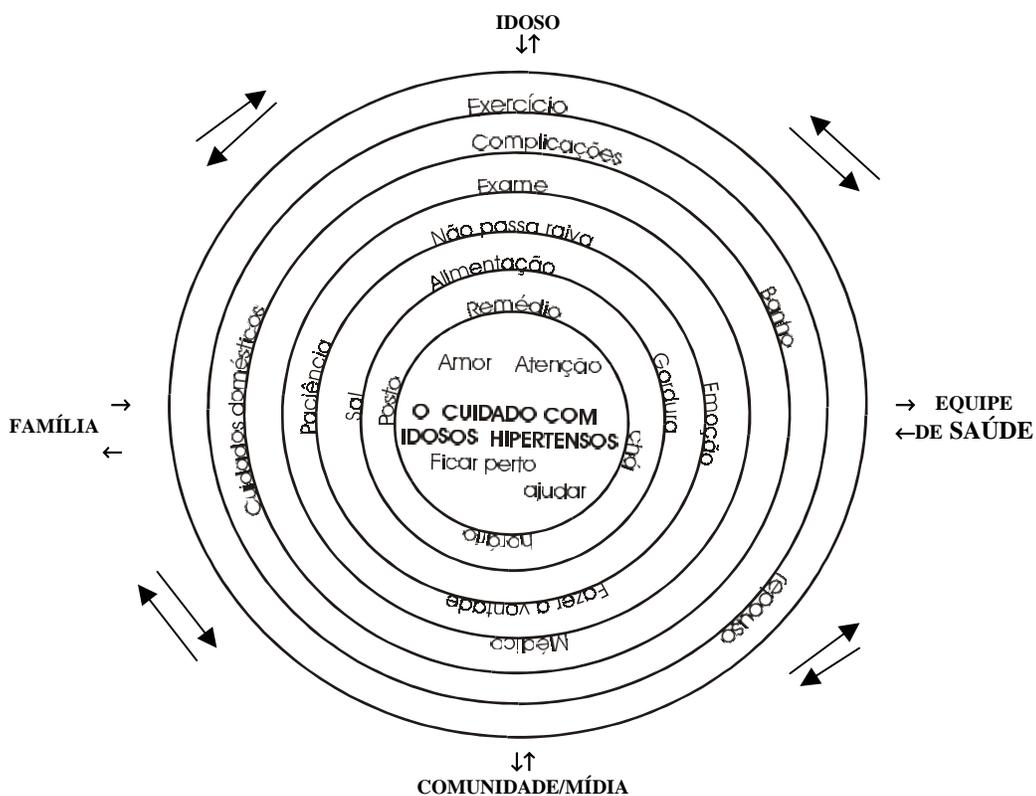


FIGURA 11 - SÍNTESE DO PENSAMENTO DO SENSO COMUM DE FAMILIARES CUIDADORES ACERCA DO CUIDADO COM IDOSOS HIPERTENSOS, JEQUIÉ-BA, 2004

Os círculos sobrepostos criam um efeito de propagação das informações que estão dispostas em todo o esquema. Essa comunicação ocorre por meio dos diálogos estabelecidos entre a família, a comunidade, a mídia, a equipe de saúde e o idoso, representado por meio de setas com dupla direção, simbolizando as trocas realizadas.

Ao centro da figura estão os construtos do cuidar mencionados por Waldow (2001) e referendados pelos cuidadores. À medida que avançamos, podemos encontrar, na porção superior de cada órbita, os elementos organizadores dos que estão dispostos na periferia do esquema. Estes elementos não são estáticos, porque circulam no universo consensual dos sujeitos.

Nesse estudo, procuramos mostrar não apenas o que os cuidadores sabem e pensam sobre o cuidado com idosos portadores de HA, mas também como ocorre, na realidade, a participação da família neste processo, bem como os percalços, os sucessos e os fracassos que permeiam o cotidiano dos que cuidam de idosos com doença crônica. Uma trajetória singular, considerando que o cuidado é irrepetível, mas ao mesmo tempo coletivo, pois segue uma lógica comum.

5 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA

Motivada pela experiência pessoal e profissional, empreendemos esforços para investigar o cuidado com idosos portadores de Hipertensão Arterial Essencial, na perspectiva de seus familiares cuidadores. Partimos da premissa de que a família é o primeiro recurso disponível para atender as necessidades de saúde-doença do indivíduo, e que, portanto, exhibe comportamentos de cuidado e não-cuidado, de acordo com o seu modo de interpretar a doença, influenciada pelo seu contexto sociocultural.

Embora existam diretrizes que norteiam o tratamento de pessoas hipertensas, o ser idoso, em convívio familiar, morador de periferia e portador de doença crônica, reserva peculiaridades importantes a serem consideradas pelos profissionais de saúde envolvidos no cuidado destes.

Estereótipos acerca da velhice, conflitos intergeracionais, problemas econômicos e questões culturais são influências constantes no pensar e no agir das pessoas que lhes são mais próximas – seus cuidadores.

Desse modo, os aspectos preconizados por especialistas ganham um novo sentido. São reconstruídos, visando atender necessidades reais, dando a este conhecimento elaborado uma conotação prática.

Ao falarmos de reconstrução do cuidado com o idoso hipertenso, damos um sentido de construir de novo, mediante a organização, adaptação, criação de opiniões e conceitos acerca do objeto, que determinam atitudes diretivas próprias do indivíduo e de seu grupo de pertença.

Daí termos escolhido a Teoria das Representações Sociais como referencial desse estudo, pois consideramos que os cuidadores que ajudam o idoso no controle da HA são edificadoras de um saber – o senso comum, cuja gênese é psicossocial.

Para ter acesso a este conhecimento individual/partilhado, optamos por desenvolver um estudo quantitativo e qualitativo. Não era de nosso interesse saber apenas quantas e quais palavras estavam presentes no universo consensual dos cuidadores ao receberem um estímulo que fazia referência ao objeto (análise estrutural), mas como estas ganhavam sentido e imagens dentro de um contexto. Então, decidimos trabalhar com multimétodos, o Teste de Associação Livre de Palavras e a entrevista semi-estruturada, que aqui foram vistas como complementares.

Inicialmente, tivemos a impressão de que seria difícil realizar inferências, porque o discurso dos cuidadores poderia ser diferente do seu fazer diário. Contudo, ao nos aprofundarmos na TRS, nos detivemos na sua função de orientação, ou seja, nas opiniões que determinam condutas. Sendo assim, somos consciente de que os cuidadores revelaram o seu modo de agir.

Contribuíram com suas informações, 100 familiares cuidadores de idosos hipertensos, por meio do TALP, e 30 com depoimentos acerca do seu processo de cuidar. As palavras evocadas foram processadas no software Evoc, e as entrevistas submetidas à Análise de Conteúdo.

Durante vários meses estivemos mergulhada nestas informações, a fim de que pudéssemos responder os objetivos propostos, identificar implicações para a prática de enfermagem gerontogeriatrica e sugerir uma (re)orientação para o cuidado do idoso hipertenso.

Constatamos que o cuidado, não obstante ser uma dimensão ontológica do ser humano, mostrou-se majoritariamente (82%) ser uma responsabilidade feminina, atribuída às filhas e às esposas e, em menor grau, às netas.

Os “apoiantes” dos idosos hipertensos são na maioria mulheres do lar, casadas, com baixo grau de escolaridade, que estabelecem com o idoso uma relação de co-dependência, pois 56% destas sobrevivem da aposentadoria daqueles.

Dos seus discursos, foi possível destacar a pluralidade de atividades que desempenham no cotidiano. Os cuidados de apoio às Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária foram freqüentes nas famílias de idosos com complicações da HA (23,3%), exigindo destas uma maior demanda de tempo e esforço físico. Por isso, encontramos no sistema periférico termos que fazem referência a essas atividades, tais como banho e cuidados domésticos.

Os cuidados em situação de urgência foram mencionados por 73,3% das cuidadoras, revelando que o descontrole da Hipertensão é uma realidade na vida dos idosos e de seus familiares. Nesta ocasião, vizinhos e amigos, imbuídos de valores morais e afetivos, prestam apoio emocional à família, providenciam transporte e encaminham o idoso até o hospital.

Outra atividade referida pelos cuidadores foi o acompanhamento durante a internação por complicações da HA. Esta foi uma experiência marcante na vida desses cuidadores, sendo freqüentemente descrita com riqueza de detalhes, o que evidencia a peregrinação a que são submetidos desde a saída do domicílio até conseguir a vaga para o geronte.

Contudo, os cuidados de controle são os de que os cuidadores mais se ocupam. Nesta categoria estão incluídos o remédio, a alimentação, o preparo de chás, o apoio psicoemocional, o acompanhamento às consultas e exames e o incentivo à atividade física.

Comprar, oferecer remédio, lembrar ou supervisionar o seu uso é o cuidado mais importante na opinião dos cuidadores. Este é um símbolo comum, o elemento mais rígido da representação, e em torno dele são organizadas as demais atividades.

Seguido deste, verificamos que há uma preocupação com a alimentação do idoso. Comprar, preparar, oferecer e estimular a aceitação faz parte do cotidiano dessas mulheres, e, talvez, seja o cuidado mais estressante, pela sua natureza contínua. Na concepção dos cuidadores, a alimentação abrange não só a redução do teor de sal e gordura, mas também o oferecimento de nutrientes capazes de suprir as necessidades do ancião. Porém, nesse sentido, esbarram nas questões financeiras e culturais, lançando mão da sua criatividade para solucionar o problema.

Foi destacada pelos familiares a influência das emoções no controle da HA. Para eles, o idoso é nervoso porque é hipertenso e é hipertenso porque é nervoso, ou seja, o nervosismo, a ansiedade, na visão do senso comum, é ao mesmo tempo causa e efeito da Hipertensão.

Sendo assim, é exigida uma qualidade imprescindível aos cuidadores: ser paciente. Mayeroff, apud Waldow (2004), apresenta a paciência como um dos ingredientes essenciais para o cuidado. A paciência está em compreender as atitudes do idoso, ajudando-o a superar o seu momento de crise ou ansiedade.

Outro cuidado revelado foi não deixar o idoso “passar raiva” e fazer as vontades dele. A contrariedade, segundo os cuidadores, é proveniente, em especial, dos conflitos familiares que se tornam mais constantes devido aos arranjos estabelecidos, a fim de ajudar financeiramente os filhos e netos.

Na periferia da estrutura das RS foram encontrados os cuidados relativos ao preparo de chás, ao encaminhamento às consultas e exames especializados e à divergência entre incentivar ou não a atividade física.

Com relação ao uso de chás, esta é uma prática exercida em 60% nos domicílios, como um cuidado complementar ao uso dos anti-hipertensivos. As plantas utilizadas seguem uma herança cultural que se perpetua graças à comunicação oral estabelecida entre avós, mães e filhas. É o recurso disponível na falta da medicação.

Quarenta por cento dos cuidadores referiram acompanhar os idosos na consulta, pois estes se encontram frágeis, com risco de quedas e atropelamentos. Este é um momento valorizado, pois é quando recebem o remédio. Embora a enfermeira faça a consulta mensalmente, o seu trabalho foi relatado como de pouca visibilidade, enquanto que o profissional médico manteve o seu status adquirido historicamente.

A queixa principal dos cuidadores deveu-se à humilhação que sofrem para marcar exames e consultas especializadas recorrendo à ajuda financeira de parentes que, quando possível, pagam um atendimento particular, abreviando o sofrimento trazido pela espera e peregrinação.

Entre as famílias, foi também evidente que se encontram dificuldades para medir a PA do idoso fora do dia de consulta. Relacionam este fato à falta de manutenção do aparelho e à disponibilidade de funcionários. Como o idoso não dispõe de recursos para a compra de um tensiômetro, a Medida Residencial da Pressão Arterial torna-se inviável para a maioria.

O que diferiu entre as cuidadoras foi o incentivo à atividade física. Os relatos foram poucos e não consensuais. Supomos que os aspectos culturais e a crença do “resguardo” influenciaram a conduta dos familiares. Além desse fator, estiveram associados: a fragilidade do idoso, o relevo acidentado do bairro, a temperatura elevada do município e o pouco incentivo dos profissionais de saúde.

Para implementar os cuidados descritos, os cuidadores encontram obstáculos relacionados às condições econômicas, ao idoso, à própria cuidadora e de acesso aos serviços de saúde. As maiores dificuldades a serem sanadas são as que dizem respeito às atitudes do idoso, quando se mostram pouco colaborativos com o tratamento no que diz respeito ao enfrentamento das perdas na velhice e aos problemas do cotidiano. Segundo os familiares, estas são condições geradoras de ansiedade, que *a posteriori*, provocam a elevação da PA e sinais e sintomas como cefaléia, taquicardia, rigidez de nuca, tontura e vômitos.

Quanto à cuidadora, esta se encontra sobrecarregada por acumular responsabilidade com o idoso, com os filhos e netos. Sua atividade é, quase sempre, solitária. Não há uma rede de suporte, mas sim pessoas (amigos, vizinhos e parentes), que esporadicamente visitam o idoso ou que oferecem alguma ajuda financeira. Cabe à cuidadora estar supervisionando e colaborando com o idoso no que for necessário. Ela “escorrega cada vez mais para dentro”¹⁶, enquanto que o restante da família, como expectadores, “escorregam para fora”.

Pareceu-nos que os cuidadores elaboram um estereótipo de que o idoso é “teimoso”, ou seja, não cumpre as orientações dadas pela família e pelos profissionais de saúde em relação à alimentação.

Há percepções divergentes acerca do cuidado com o idoso hipertenso. Quando o ancião tem elevado grau de autonomia e independência e a PA encontra-se controlada, o cuidado é visto como gratificante, mesmo havendo pouca colaboração do idoso. Esta foi a percepção da maioria dos sujeitos.

Mas, quando o idoso tem complicações da HA, é pouco colaborativo e não consegue controlar a PA, mesmo com os esforços do cuidador (oferecendo a medicação, levando-o às consultas, preparando e oferecendo a dieta apropriada, entre outros), a imagem do cuidado é algo estressante. Nessa situação foram criadas metáforas do cuidado, como uma cruz, ou como um carma.

Diante destas evidências, é possível inferir que as representações sociais do cuidado com o idoso hipertenso são de apoio, ajuda, colaboração e auxílio; os cuidados objetivos, tais como dar o remédio e preparar a alimentação são prioritários; não há consenso entre os cuidadores acerca dos benefícios da atividade física para o idoso hipertenso; os cuidadores percebem uma forte relação entre as alterações psicoemocionais e a elevação da PA; os recursos financeiros escassos, na opinião das cuidadoras, é um fator importante, mas não a

¹⁶Escorregar para dentro é uma expressão utilizada por Karsch (1998), fazendo referência aos estudos de Urgerson e Mendes.

principal dificuldade para o controle da HA no idoso; os cuidados prestados por familiares estão ancorados nas experiências prévias, na sabedoria popular, na orientação de profissionais e nas relações afetivas, e a participação do familiar no tratamento parece contribuir positivamente para o controle da HA, todavia o autocuidado deve ser sempre incentivado.

Creemos que esse estudo pode contribuir para a construção do conhecimento de áreas importantes na atualidade, como a família, o cuidado, a geriatria e a gerontologia. Diante da transição demográfica e epidemiológica, se faz relevante e oportuno, pois é preciso conhecer a realidade dos idosos portadores de patologias crônicas e de suas famílias para desenvolver estratégias adequadas à sua realidade, garantindo melhor qualidade de vida para os gerontes. O caráter inovador contribuiu para mostrar a participação familiar no cuidado de idosos com HA, apresentar aspectos da velhice e sua relação com o controle da HA, bem como revelar opiniões, dificuldades e atitudes acerca da temática, que circula no ambiente domiciliar e comunitário. Até então, dispúnhamos de trabalhos nacionais e internacionais que apresentavam o cotidiano dos cuidadores de idosos dependentes. Através deste, foi possível conhecer também a prática da prevenção secundária nas famílias.

Recomendamos a sua leitura a graduandos, pós-graduandos e profissionais da área de saúde que estão envolvidos diretamente na prática ou no planejamento das atividades dos Programas de Controle da Hipertensão Arterial, ou, ainda, para aqueles que buscam aprofundar-se na dinâmica do cuidado familiar.

Seguem sugestões, as quais acreditamos contribuir para a (re)orientação do cuidado com o idoso hipertenso, considerando a família como cliente e parceira da enfermagem.

1. Estabelecer e/ou fortalecer a intersetorialidade, pela parceria entre as instituições de ensino e a Secretaria Municipal de Saúde, visando a: implementação da Avaliação Multidimensional do Idoso pelas ESF; facilitar a identificação de aspectos biopsicossociais

da velhice que possam estar interferindo no controle da HA e no bem-estar do idoso; e criar um programa de incentivo e orientação de atividade física para pessoas da Terceira Idade.

2. Considerando a multifatorialidade da doença, estabelecer e/ou fortalecer a interdisciplinaridade, agregando outros profissionais (assistente social, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros) à equipe de saúde, na perspectiva de atender às necessidades de saúde do idoso.

3. Discutir e implementar formas de facilitar a acessibilidade do idoso aos exames e consultas especializados e aferição da PA, além do dia da consulta.

4. Estimular e instrumentalizar a família para a participação no cuidado de idosos hipertensos, visualizando o cuidador (filho(a) e neto(a)) como um “hipertenso(a) em potencial”, estendendo a estes as orientações para a adoção de um estilo de vida saudável e a aferição anual da PA.

5. Despertar o idoso e a comunidade para a construção da cidadania, privilegiando discussões na associação de moradores e em outras instâncias, acerca da necessidade de cobrar das autoridades a implementação de Políticas Públicas para geração de emprego e renda, a fim de amenizar os problemas financeiros que se apresentaram como fatores determinantes de saúde.

6. Estimular a convivência social do idoso com a criação de Grupos de Convivência, Grupos de Ajuda Mútua ou, ainda, a participação em comunidade eclesiais na qual os idosos terão a oportunidade de expor suas ansiedades e desenvolver atividades que proporcionem bem-estar e um melhor enfrentamento das perdas na velhice.

7. Estabelecer, junto com a família e o cuidador, metas possíveis de serem alcançadas, maximizando o potencial de mudança do idoso e sua capacidade para o autocuidado.

8. Considerando que a comunicação é essencial para a formação de uma representação e condutas, deve-se incrementar a divulgação do tratamento não medicamentoso da HA, de forma contextualizada, por meio dos ACS, voluntários e radioemissora comunitária.

REFERÊNCIAS

AAGRUTI. **Estatuto Social da Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade**. Jequié-BA, 2001.

ABRIC, J-C. Lês representations sociales: aspects théoriques. In: _____. (Org.). **Pratiques sociales et representation**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

ALENCAR, Y. M. G. O idoso cuidador. **Gerontologia**. v. 5, n. 4, p.179-180, 1997.

ALMEIDA, J. F. **A Bíblia Sagrada**. Edição Revista e Corrigida. Barueri-SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969.

ALTHOFF, C. R.; ELSEEN, I.; LAURINDO, A. C. Família: o foco de cuidado na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis. v. 7, n. 2, p. 320-327, mai/ago, 1998.

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. Florianópolis: UFSC, 2001.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições, 1977.

BASTOS, D. S.; BORENSTEIN, M. S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um Centro Municipal de Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 13, n. 1, p. 92-99, jan-mar, 2004.

BENJUMEA, C. C. Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 13, n. 1, p. 137-146, jan-mar, 2004.

BERGER, L. O consumo de medicamentos pelos idosos. In.: _____. **Pessoas idosas**. Uma abordagem global. Lisboa, Lusodidacta, 1995.

BOEHS, A. E. Construindo um marco conceitual e um processo de Enfermagem para cuidar de famílias em expansão. In: ELSEEN, I et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis, Série enfermagem – Repensul. Editora da UFSC, 1994.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BONFIM, Z. A. C., ALMEIDA, S. F.C de. Representação Social: conceituação, dimensão e funções. **Revista de Psicologia**. Fortaleza: Ceará. v. 9, jan/dez, 1991/1992.

BRANDÃO, P. B.; et al. Hipertensão Arterial no Idoso. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002.

BRANDÃO, A. P. et al. Epidemiologia da Hipertensão Arterial. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**. v. 13, n.1, p.7-19, jan/fev, 2003.

BRASIL, Ministério da Justiça. Decreto nº 1948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e de outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 4 de julho de 1996. Seção 1, p. 12.277.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **RESOLUÇÃO 196/96**. Disponível em: < <http://www.fop.unicamp.br/cep/epi.pri.htm>>. Acesso em: 07 ago.2003.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 280/1999. Acompanhante hospitalar de idoso. **Diário Oficial da União**. n. 66-E, p. nº 14, seção I, em 08/04/99.

BRASIL. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB)**. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/web/relatorios/destaques/200.3057rf.pdf>>. Acesso em: 04 abr.2004.

BRICKMAN, A. L.; EISDORFER, C. Ansiedade no Idoso. In: BUSSE, E. W.; BLAZER, D. G. **Psiquiatria Geriátrica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CALDAS, C. P. Cuidando do idoso que vivencia uma síndrome demencial: a família como cliente da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.10, n.2, p. 68-93, maio/ago, 2001.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CANCELLIÈRE, C. Perfil psicológico do paciente hipertenso. **Revista Racine**. Ano XIII, n. 74, p. 38-44, maio-jun, 2003.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CAPUTO, M^a; TORRES, T. Refletindo o processo Ensino-Aprendizagem nas Ações de Educação em Saúde. **Manual para Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família**. Salvador-BA, 2001.

CARVALHO F^o, E.T. Medicina Preventiva no idoso. **Revista Brasileira Clínica e Terapêutica**. v. 29, n.1, p.8-18, jan, 2003.

CERESER, H. L. A vivência da Hipertensão Arterial na família: quando o doente é a mulher. In: ELSEN, I; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. da (orgs). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções, alternativas. **Revista de Saúde Pública**. v. 31, n.2, p. 184-200, 1997.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**. Da prática das mulheres de virtude, aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COUTO, A. A. de. Fisiopatologia da Hipertensão Arterial Sistêmica. In: COUTO, A. A.; KAISER, S.E. **Manual de Hipertensão da SOHERJ**. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

COUTO, A. A. de; PINHEIRO. L. A. de F. Crise Hipertensiva. In: COUTO, A. A.; KAISER, S.E. **Manual de Hipertensão da SOHERJ**. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

CRUZ, E. A. da. **Práticas profissionais dos trabalhadores em central de material e esterilização**: Representações Sociais da Equipe de Enfermagem. Fortaleza, 2003. 176f. Tese de Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará – UFC.

DOLL, J. Luto e viuvez na velhice. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

EIZIRIK, C. L.; CANDIAGO, R. H.; KNIJNIK, D. Z. A velhice. In: EIZIRIK, C. L. et al. **O ciclo da vida humana**: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: ed. Artmed, 2001.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. da (orgs). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

ERDMANN, A. L. O sistema de cuidado. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis. v. 7, n. 2, p. 52-69, mai/ago,1998.

ESCUDEIRO, C. L.; SILVA, I. C. M. **Adoçando o fel do pesquisar**. A doce descoberta das Representações Sociais, 1998.

FERREIRA, J. P (org). **Enciclopédia dos municípios brasileiros**. v. XX. Rio de Janeiro: IBGE, 1958.

FERREIRA, A. B. de H. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FIGUEROA, A. A. Livre vontade do usuário frente à Educação em Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 131-147, set/dez, 1997.

FIRMO, J. O. A.; BARRETO, S. M.; COSTA, M. F. L. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factores associated with the treatment of hipertension in older adults in the community. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 1, n. 3, mai/jun , 2003.

FRANCO, M. C.; JORGE, M. S. B. Sofrimento do familiar frente à hospitalização. In: ELSÉN, I; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. da (orgs). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

FREITAS, E. V. de; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e Avaliação Geriátrica Global. In.: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FRETWELL, M. D. Avaliação Funcional Completa. In: ABRAMS, W. B.; BERKOW, R. (editores). **Manual Merck de Geriatria**. São Paulo: Roca, 1994.

FUCHS, F. D. **JNC – VII: Novos Paradigmas para Diagnóstico e Tratamento da HA**. Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Funcor, 2003.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A., M.; SANTOS, S. M. A. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: DUARTE, Y. A . O.; DIOGO, M. I. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

GONÇALVES, L. H. T; ALVAREZ, A. M. O cuidado na Enfermagem Gerontogeriatrica: conceito e prática. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GORDILHO, A. Depressão, Ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HERZLICH, C. A problemática da Representação Social e sua utilidade no campo da doença. **Physis**. Revista de Saúde Coletiva. v. 1, n.2, p. 23-36, 1991.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index2.html>>. Acesso em: 05 ago.2003.

INSTITUTO DE MIGRACIONES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO). **Cuidados en la vejez**. El apoyo informal. IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Madrid, 1999.

JODELET, D. Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: MOSCOVICI, S. (org). **Psychologie sociale**. Paris: Presses Universitaires de France, 1984.

_____. **Les Représentations Sociales**. Paris, Presses Universitaires de France. 4. ed., 1989.

KAISER, S. E. Hipertensão Arterial: prevalência, significado, prognóstico e estagiamento. In: COUTO, A. A.; KAISER, S.E. **Manual de Hipertensão da SOHERJ**. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

KARSH, U. M. S. (org). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998.

KING, L. W. **Código de Hammurabi**: escrito em cerca de 1780 a. C. Tradução para o português de Júlia Vidili. São Paulo: Madras, 2004.

LAKATTA, E. G. Alterações normais do envelhecimento. In: ABRAMS, W. B.; BERKOW, R. (editores). **Manual Merck de Geriatria**. São Paulo: Rocca, 1994.

LAVINSKY, A. E. O cuidar de idosos com Acidente Vascular Encefálico: Representações de familiares cuidadores. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 15; n 1/2, p. 75-84, jan-ago, 2002.

LEININGER, M. **Transcultural nursing concepts theories and practices**. New York: John Wiley & Sons, 1978.

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

LESSA, I. **Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Hucitec/Abrasco. São Paulo – Rio de Janeiro, 1998.

LEVY, S. M. Avaliação Multidimensional do paciente Idoso. In: REICHEL, W. **Assistência ao Idoso**. Aspectos Clínicos do Envelhecimento. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MACHADO, C. A.; FRAIGE Fº, F. Presidente Luís Inácio Lula da Silva, o Plano de Reorganização da Atenção à HA e ao DM precisa continuar. **Diabetes Clínica**. v. 7, n.1, p. 3-5, nov-dez, 2002.

MACIEL, I.C.F; ARAUJO, T.L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a Programas de HA, em Fortaleza. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 11, n.2. Ribeirão Preto, mar/abril, 2003.

MARCON, S. S. et al. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos. In: ELSEN, I; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. da (orgs). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 1988.

MINAYO, M^a. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dona saúde vai entrar**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf>>. Acesso em: 07 ago.2003.

MION JR, D.; PIERIN, A. M. G. **Atualização em HA**. Disponível em <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 04 jan.2004.

MOSCOVICI, S. **A representação social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. On Social Representation. In: FORGAS, J. P. **Social Cognition: perspectives on everyday understanding.** Londres, Academic Press, 1981.

MOTTA, M^a. G. C. da. O entrelaçar de mundos: família e hospital. In: ELSSEN, I; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. da (orgs). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduem, 2002.

MULROW, C. D.; BRAND, M. B. A Hipertensão Arterial no Idoso. In: REICHEL, W. **Assistência ao Idoso.** Aspectos Clínicos do Envelhecimento. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NERI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. de L. O Bem-estar do Cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NÓBREGA, S. M. da. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. (org). **Representações Sociais: Teoria e Prática.** João Pessoa: Editora Universitária / Autor associado, 2001.

_____. **O teste de associação livre de palavras.** Notas de aula. Salvador, 2003.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das Representações Sociais. In: PAREDES, A. S. **Metodologia de estudo das Representações Sociais.** Editora UFPB/Portugal, João Pessoa e Lisboa, 2003 (no prelo).

OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial de Saúde – Brasília, 2003.

OPAS/OMS. **La salud en las Américas.** Washington, 2002

PATRÍCIO, M. Z. Cenas e cenários de uma família. In: ELSSEN, I et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias.** Florianópolis, Série enfermagem – Repensul. Editora da UFSC, 1994.

PAULA, J. A. M.; TAVARES, M. C. G. C. F.; DIOGO, M. J. D. Avaliação Funcional em Gerontologia. **Gerontologia.** v. 6, n. 2, p. 81-88, 1998.

RAMOS, L. R. O país do futuro não pensa no futuro. **Gerontologia.** v. 3, n. 1, p. 52-54, 1995.

_____. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RICHARDSON, R et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

RODRIGUES, M.T.M. **Caminhos e descaminhos da adesão ao tratamento anti-hipertensivo:** um estudo com usuários do PACHA do Hospital Universitário Onofre Lopes. Natal, 2003. 181f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

RONDON, M. U. P. B.; BRUM, P. C. Exercício físico como tratamento não-farmacológico da Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 10, n. 2, p. 134-139, abril/jun, 2003.

ROSSI, M^a. J. S. O curar e o cuidar. A história de uma relação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 44, n. 1, p. 16-21, jan/mar, 1991.

SÁ, C. P. de. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (org). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

_____. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SALES, Z. N. **Representações Sociais do cuidado no diabetes mellitus**. Fortaleza, 2003. 160f. Tese de doutorado em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará – UFC.

SANTOS, S. M. A. **Idosos, família e cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas, São Paulo: Editora Alínea, 2003.

SAWAIA, B. B. Representação e ideologia – o encontro desfetichizador. In: SPINK, M. J. (org). **O conhecimento no cotidiano**: as impressões sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SENA, E. L. S.; CARVALHO, K. R. **A influência da UATI/UESB no processo de viver e Envelhecer dos idosos integrantes/estudantes**. Relatório Final de Pesquisa. Vitória da Conquista, 2002.

SIAB. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Secretaria Municipal de Saúde. Jequié-BA, 2001.

SILVA, L. F. et al. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C. (orgs). **Saúde e Doença**: uma abordagem cultural da Enfermagem. Florianópolis: Papa-Livro, 1996.

SILVA, A. L. Cuidado como momento de encontro e troca. Mesas redondas. **Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Salvador-Ba, p.74-79, 1998.

SILVA, L. F. et al. Doença Crônica: o enfrentamento pela família. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 15, n. 1, p. 40-47, jan-mar, 2002.

SILVA, D. M. G.; SOUZA, S. S.; MEIRELLES, B. S. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 50-56, jan-mar, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). I Diretrizes do Grupo de Estudos em Cardiogeriatrics. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 79, Suplemento I, julho, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, DE CARDIOLOGIA E DE NEFROLOGIA (SBH, SBC, SBN). **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: Campos do Jordão, 2002.

SOUZA, A. S; MEIRA, E.C; ASSUNÇÃO, P.L. Um cuidado domiciliário ao idoso: uma ação interdisciplinar. **Sanitas**. Campina Grande, Paraíba. Edições CCBS/UEPb. v. 7, n. 14, p. 22-27, maio, 2002.

TURA, L. F. R. Aids e estudantes: a estrutura das representações. In: JODELET, D.; MADEIRA, M. (orgs). **Revista Aids e Representações Sociais**: a busca de sentidos. Natal: EDUFRN, 1998.

VALA, J. Análise de Conteúdo. In: SILVA, A . S.; PINTO, J.M. (orgs). **Metodologia das Ciências Sociais**. Edições Afrontamento. 8. ed. Porto, 1986.

_____. Representações Sociais e Psicologia Social do conhecimento cotidiano. In: VALA, J.; MONTEIRO, M^a Benedicta (coords). **Psicologia Social**. Serviço de Educação Fundação Calouste Gulbenkian. 4. ed. Lisboa, 2000.

VERGÈS, P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: GUIMELI, C. **Structures et transformations des représentations sociales**. Lausanne, Delachaux et Niestlé, 1994.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. (orgs.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998.

WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. A enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 2001.

WALDOW, V. R. **O cuidado na Saúde**. As relações entre o eu, o outro e os cosmos. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS SUJEITOS

Jequié, / /04.

Baseado na resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, eu _____ declaro para os devidos fins, que aceito voluntariamente ser sujeito da pesquisa **O cuidado com idosos hipertensos: Representações Sociais de familiares**, proposta por Andréa dos Santos Souza, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

A partir deste momento, a autora está autorizada a visitar minha residência para coletar as informações necessárias à pesquisa. Estou consciente de que as entrevistas serão gravadas, transcritas e utilizadas na íntegra ou parcialmente, porém estará garantido o sigilo de minha identidade e de minha família. Pela minha participação **não** terei qualquer remuneração, **nem** despesas, estando garantido a mim, desistir a qualquer momento, se assim o desejar.

Sujeito da pesquisa

Mestranda



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA

TESTE DE EVOCÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

1. IDENTIFICAÇÃO

Sexo: _____ Idade: _____
Estado civil: _____ Número de filhos: _____
Escolaridade: _____ Ocupação: _____
Renda média familiar mensal: _____
Tempo que cuida do idoso? _____
Grau de parentesco com o idoso: _____
Religião: _____
Problemas de saúde: _____

2. ESTÍMULO INDUTOR

Que palavras vêm a sua mente quando eu digo: cuidar de um idoso com pressão alta:

3. QUESTÃO NORTEADORA DA ENTREVISTA

Fale sobre a sua experiência de cuidar do senhor (a) nome do idoso(a) com pressão alta.

OBS.: _____

Data: ____/____/2004

APÊNDICE C

DICIONÁRIO DE PALAVRAS EVOCADAS

001 1 remed 2 hora 3 cuida 4 medico 5 banho
002 1 alimen 2 sal 3 gordu 4 remed 5 hora
003 1 remed 2 sal 3 gordu
004 1 cuida 2 alimen 3 sal 4 remed
005 1 alimen 2 exerci 3 remed 4 emocao
006 1 remed 2 compli 3 cha
007 1 cuida 2 remed
008 1 cuida 2 descon 3 edif 4 medico
009 1 remed 2 alimen
010 1 alimen 2 cuida 3 sal 4 gordu
011 1 cuida 2 amor
012 1 sal 2 gordu 3 remed
013 1 sal 2 alimen 3 remed
014 1 sal 2 alimen
015 1 sal 2 gordu 3 remed
016 1 remed 2 sal 3 gordu
017 1 descon 2 mpres 3 medico
018 1 remed 2 alimen 3 cdome
019 1 medico 2 ajudar 3 cha
020 1 remed 2 medico 3 nraiva 4 fpert
021 1 nraiva 2 medico 3 repous
022 1 remed 2 cha 3 exame 4 medico
023 1 cha 2 remed 3 cdome 4 banho
024 1 fpert 2 ajudar 3 posto
025 1 gordu 2 alimen 3 remed 4 sal
026 1 emocao 2 sal 3 gordu 4 remed 5 hora
027 1 fpert
028 1 alimen 2 remed 3 medico 4 exame
029 1 pacie 2 amor 3 remed
030 1 cha 2 remed 3 medico
031 1 medico 2 alimen
032 1 alimen 2 remed 3 repous 4 cha
033 1 sal 2 remed 3 alimen
034 1 pacie 2 remed 3 alimen 4 medico 5 atenc
035 1 remed 2 alimen 3 medico 4 exerci
036 1 exame 2 remed
037 1 sal 2 exame 3 remed 4 atenc 5 gordu
038 1 alimen 2 exame 3 cha 4 remed
039 1 sal 2 cha 3 alimen 4 remed
040 1 medico 2 alimen 3 compli 4 atenc
041 1 remed 2 alimen 3 exerci 4 medico
042 1 alimen 2 nraiva 3 remed 4 medico
043 1 remed 2 sal 3 gordu 4 nraiva 5 medico
044 1 remed 2 gordu 3 sal 4 cha 5 medico
045 1 remed 2 hora 3 sal 4 posto
046 1 sal 2 hora 3 remed 4 pacie
047 1 remed 2 medico 3 alimen
048 1 remed 2 sal 3 gordu 4 cdome 5 cha
049 1 remed 2 hora 3 ajudar 4 sal 5 gordu

050 1 remed 2 banho 3 sal 4 medico
051 1 remed 2 sal 3 pacie
052 1 nraiva 2 remed 3 posto 4 alimen 5 repous
053 1 remed 2 sal 3 posto
054 1 remed 2 cha 3 nraiva 4 sal
055 1 remed 2 sal 3 banho 4 cdome
056 1 amor 2 pacie 3 alimen 4 nraiva 5 compli
057 1 respon 2 amor 3 cuida 4 pacie 5 alimen
058 1 pacie 2 sal 3 fvont 4 cuidun
059 1 remed 2 nraiva 3 fpert 4 alimen 5 medico
060 1 atenc 2 nraiva 3 alimen 4 amor
061 1 compli 2 atenc 3 ptrab
062 1 cuida 2 alimen 3 posto 4 edific
063 1 sal 2 alimen 3 remed
064 1 pacie 2 compli 3 medico 4 remed 5 cha
065 1 alimen 2 pacie 3 cuidun
066 1 medico 2 remed 3 sal 4 hora 5 teimos
067 1 nraiva 2 remed 3 alimen 4 medico 5 amor
068 1 respon 2 alimen 3 pacie 4 ptrab 5 teimos
069 1 cha 2 remed
070 1 cha 2 medico 3 remed 4 sal 5 gordu
071 1 exerci 2 alimen 3 sal 4 gordu
072 1 sal 2 gordu 3 alimen 4 remed
073 1 gordu 2 sal
074 1 nraiva 2 sal 3 gordu
075 1 alimen 2 remed 3 cha
076 1 remed 2 amor
077 1 sal 2 remed 3 gordu
078 1 remed 2 sal
079 1 alimen 2 remed
080 1 nraiva 2 alimen 3 remed 4 posto
081 1 cha 2 remed
082 1 fpert 2 cha 3 remed 4 compli
083 1 remed 2 posto 3 nraiva 4 cha
084 1 mpres 2 remed
085 1 amor 2 remed 3 alimen 4 repous 5 ajudar
086 1 posto 2 remed 3 mpres
087 1 cha 2 nraiva 3 alimen 4 pacie
088 1 posto 2 ajudar
089 1 cha 2 remed 3 repous 4 sal
090 1 alimen 2 remed
091 1 alimen 2 remed 3 cha
092 1 sal 2 gordu 3 cha 4 remed 5 pacie
093 1 remed 2 medico 3 sal
094 1 remed 2 alimen 3 sal 4 emocao
095 1 alimen 2 remed 3 emocao
096 1 hora 2 posto 3 fpert 4 sal
097 1 compli 2 nraiva 3 fpert
098 1 remed 2 hora 3 alimen 4 nraiva
099 1 alimen 2 atenc 3 fvont
100 1 edific 2 respon

ANEXOS

ANEXO A

AGENTES ANTI-HIPERTENSIVOS DISPONÍVEIS NO BRASIL

Classe	Medicamentos	Ação
Diuréticos	<p>Tiazídicos: Clortalidona, Hidroclorotiazida, Indapamida, Indapamida SR</p> <p>De Alça: Bumetamida, Furosemida, Piretanida</p> <p>Poupadores de Potássio: Amilorida, Espironolactona, Triantereno.</p>	<p>*Depleção de volume</p> <p>*Redução da Resistência Vascular Periférica.</p>
Inibidores Adrenérgicos	<p>Ação Central: Alfametildopa, Clonidina, Guanabenzó, Moxonidina, Rilmenidina.</p> <p>Alfa-1 bloqueadores: Doxazosina, Prazosina, Trimazosina.</p> <p>Betabloqueadores: Atenolol, Bisoprolol, Metoprolol, Nadolol, Propanolol, Pindolol.</p>	<p>* Estimula receptores alfa-2 adrenérgicos pré-sinápticos.</p>
Vasodilatadores Diretos	<p>Hidralazina</p> <p>Minoxidil</p>	<p>*Relaxa a musculatura da parede vascular;</p> <p>* Diminui a Resistência Vascular Periférica.</p>
Bloqueadores dos Canais de Cálcio	<p>Fenilalquilaminas: Verapamil Coer, Verapamil Retard.</p> <p>Benzotiazepinas: Diltiazem</p> <p>Diidropiridinas: Amlodipina, Felodipina, Isradipina, Lacidipina, Niferipina, Nisoldipina, Nitrendipina, Lercanidipina, Manidipina.</p>	<p>* Diminui o cálcio nas células musculares lisas;</p> <p>* Diminui a Resistência Vascular Periférica.</p>
Inibidores de ECA	<p>Benazepril, Captopril, Cilazapril, Delapril, Enalapril, Fosinopril, Lisinopril, Quinapril, Perindopril, Ramipril, Trandolapril.</p>	<p>* Inibe a ECA, bloqueando a conversão da Angiotensina I em II.</p>
Antagonistas do receptor AT1 da Angiotensina II	<p>Candesartan, Irbesartan, Losartan, Telmisartan, Valsartan.</p>	<p>* Antagonizam a ação da Angiotensina II, por meio do bloqueio específicos de seus receptores AT1.</p>

Fonte: Adaptado das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBH, SBC, SBN, 2002).

ANEXO C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-SESAB

PARECER Nº 011/2004

Registro CEP: 011/2004

Projeto de Pesquisa: O Cuidado com Idosos – Representações Sociais de Familiares Cuidadores.

Pesquisador Responsável: Andréa dos Santos Souza

Instituição: EEUFBA.

Área Temática Especial: Saúde do Adulto Idoso

Temática relevante e oportuna no momento em que vivemos uma transição epidemiológica que torna as patologias próprias do envelhecimento alvo de especiais esforços no sentido de melhor conhecer seus determinantes e estratégias de cuidado que venham a garantir a melhor qualidade de vida e funcionamento social do idoso.

Trata-se de projeto original bem construído com uma boa formulação do objeto de estudo, boa fundamentação teórica, desenho de investigação que da conta de responder aos objetivos gerais e específicos hipertensão arterial, que dificuldades tem os familiares para o cuidado dos idosos hipertensos.

Quanto aos aspectos éticos que nos cabe aqui examinar, obedece às instruções das normas de pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS Nº 196/96 e outras) com folha de rosto, consentimento esclarecido e informado, procedimentos de esclarecimento dos sujeitos, todos explícitos e adequadamente comunicados no projeto.

E um projeto de Mestrado em andamento na EEUFBA, realizado no Município de Jequié com a participação das equipes da Atenção Básica do SUS da região, e devera produzir conhecimento útil gestão, aperfeiçoamento e melhoria da qualidade do cuidado de hipertensos idosos no SUS.

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-SESAB

Salvador, 21 de outubro de 2004.

Ofício nº 30/ 2004

ESTIMADA
SRA. ANDRÉA DOS SANTOS SOUZA
PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Projeto de Pesquisa: “O Cuidado com Idosos; Representações Sociais de Familiares Cuidadores”.

Pesquisadora Responsável: Andréa dos Santos Souza.

Orientadora: Dra. Maria do Rosário de Menezes.

Situação: Projeto Aprovado

Estamos encaminhando para seu conhecimento e providências, o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB.

Quanto aos aspectos éticos que nos cabe aqui examinar, obedece as instruções das normas de pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS. Nº 196/96 e outras) com folha de rosto, consentimento esclarecido e informado, procedimentos de esclarecimento dos sujeitos, todos explícitos e adequadamente comunicados no projeto.

Com base nos dados apresentados, somos pelo parecer favorável a aprovação do projeto.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como 'Ana Maria Fernandes Pitta'.

Ana Maria Fernandes Pitta
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia-SESAB

AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, a Enfermeira mestranda Andréia dos Santos Souza está autorizada por esta secretaria municipal de saúde a realizar uma pesquisa na unidade de saúde da família do Inocoop, juntamente com os membros dos núcleos familiares dos pacientes idosos com Hipertensão Arterial da respectiva equipe..

Jequié, 16 de abril de 2004


Dr.^a Tânia Diniz Correia Leite de Brito
Secretária Municipal de Saúde de Jequié