



Dificuldades encontradas no cuidado ao idoso com demência: enfrentamento baseado na pesquisa participativa

Difficulties encountered in care for elderly persons with dementia: coping based on participatory research

Barbara Martins Corrêa da Silva¹
Célia Pereira Caldas²
Helena Maria Shchelowski Leal David²
Michel Jean Marie Thiollent^{1,3}

Resumo

Objetivo: analisar uma proposta de plano de ação elaborada por enfermeiros para o enfrentamento das dificuldades no processo de cuidar do idoso. Assim, o objeto do estudo são as dificuldades que os cuidadores familiares encontram em relação ao acesso aos serviços, aos recursos materiais e rede de suporte para atender às necessidades de atenção ao idoso conforme disposto nas políticas públicas do país. *Método:* foi utilizada a metodologia da pesquisa participativa e análise de conteúdo proposta por Bardin. O cenário foi um serviço de Geriatria de um Hospital Universitário. O grupo de copesquisadores incluiu oito enfermeiros e 12 cuidadores de idosos com demência. *Resultados:* da análise emergiram as seguintes categorias: contradições e propostas de trabalho. A categoria: as contradições revelam reflexões sobre a diferença entre o que deveria ser o cuidado ao idoso e as desconformidades no cuidado e as condições precárias dos serviços de saúde. Essa situação propicia sobrecarga do cuidador. As propostas de trabalho remetem-se às estratégias utilizadas pelos enfermeiros quando estabelecem uma relação de ajuda aos cuidadores familiares para o enfrentamento das dificuldades relacionadas ao cuidado ao idoso. *Conclusão:* os enfermeiros reconhecem que são profissionais capazes de acolher, de escutar e de gerenciar demandas dos cuidadores familiares de idosos, logo, a promoção da saúde do idoso e dos cuidadores, prepara o familiar do paciente para os cuidados no domicílio e para enfrentar as dificuldades vivenciadas no cuidado ao idoso.

Palavras-chave: Cuidadores. Serviços de Saúde. Condições Sociais.

Abstract

Objective: to analyze the proposal of an action plan created by nurses to deal with difficulties in caring for the elderly. The aim of the present study was therefore to analyze the difficulties that family caregivers find in relation to access to services, material resources and the support network when meeting the care needs of the elderly in accordance with Brazilian public policy. *Method:* the methodology of participatory research and content

Keywords: Caregivers. Health Services. Social Conditions.

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Universidade do Grande Rio, Faculdade de Administração, Programa de Pós-graduação em Administração (PPGA). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

analysis proposed by Bardin was used. The context was the Geriatric service of a university hospital. The group of co-researchers included eight nurses and 12 caregivers of elderly people with dementia. *Results:* the following categories emerged from the analysis: contradictions and work proposals. The contradictions category revealed reflections about the difference between the proposed care for the elderly and the reality of a lack of care and the precarious conditions of health services. This situation leads to overburdening of caregivers. The work proposals refer to the strategies used by nurses to establish a relationship of support to family caregivers to cope with the difficulties involved in care for the elderly. *Conclusion:* nurses recognize that they are professionals capable of receiving, listening to and managing the needs of family caregivers of the elderly, thus promoting the health of the elderly and the caregivers themselves, preparing the family of the patient for home care and coping with difficulties experienced in elderly care.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que o cuidador familiar merece uma atenção especial dos profissionais que lidam com o idoso. No entanto, percebe-se o adoecimento e a sobrecarga do cuidador. Além disso, a relação entre cuidador, idoso e profissional não está livre de conflitos. Deste modo, o plano terapêutico não deve ser feito de forma vertical e precisa considerar o vínculo, a afetividade, a disponibilidade e a disposição para cuidar dos atores sociais envolvidos.

Pensando nisso, este artigo apresenta um plano de ação feito em conjunto com os enfermeiros e com os cuidadores familiares de idosos, o qual ressalta o valor da participação social para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

É preciso reconhecer que no SUS ainda não conseguimos garantir a efetiva participação social² suficiente para que a vocalização de necessidades e saberes aconteça. Assim, ao promover o diálogo entre enfermeiros e cuidadores por meio dos workshops *Cuidando de quem cuida* aconteceram reflexões, troca de experiências sobre saúde, reconduções de projetos de vida e superação dos desafios.

Nesta perspectiva, o referencial teórico que convergiu com a proposta da pesquisa foi a “teoria da produção social do processo saúde-doença” que por sua vez, explica quais são os determinantes políticos, econômicos e sociais para distribuição da saúde e da doença, no interior e entre as sociedades, identificando os aspectos protetores e os nocivos à saúde presentes na organização social³.

A despeito da garantia constitucional de um sistema universal público de saúde para sua população⁴, não existem dispositivos no SUS, que apoiem a atividade cotidiana do cuidado familiar. Uma vez que não basta apenas sentir amor e afeição pelo idoso para prestar um cuidado adequado e com qualidade, pois existem condições específicas e necessárias para adequar o contexto domiciliar às demandas de cuidado e adquirir as tecnologias necessárias⁵.

Por outro lado, é comum a divergência entre o quanto de atenção o idoso precisa e quanto o cuidador é capaz de oferecer, e a medida que o idoso fica mais dependente, mais tempo do cuidador precisa ser dedicado ao idoso, em detrimento do tempo para o cuidado de si. Cupidi et al.⁶ afirmam que o aumento do grau de dependência do idoso impacta negativa e progressivamente a saúde do cuidador, que pode apresentar sintomas de depressão e outros distúrbios neuropsiquiátricos.

Para isto, é necessária a concepção de que o cuidado familiar sofre influência da cultura, valores e história de vida da pessoa⁷, com impacto positivo ou negativo na saúde de quem está envolvido⁸. Assim, ao pensar na família como parte integrante do processo de cuidado ao idoso, é fundamental compreendê-la e assisti-la como uma unidade social complexa, que apresenta necessidades próprias⁹. Logo, quando o profissional busca compreender o indivíduo na lógica de curso da vida em sua historicidade, é possível planejar o cuidado realisticamente dentro das possibilidades da família e do serviço¹⁰. No entanto, essa prática é um desafio, pois é difícil integrar o envolvimento pessoal com produtividade e resolutividade¹¹.

Mendes, Pazzato e Sacado¹² defendem a potência de agir em favor do diálogo e interação os quais podem produzir saúde.

O objetivo deste artigo é analisar uma proposta de plano de ação elaborada por enfermeiros, para o enfrentamento das dificuldades no processo de cuidar do idoso.

MÉTODO

Neste estudo, foi utilizada a metodologia de pesquisa participativa para construção de um plano de ação elaborado em conjunto com a equipe de enfermeiros, a partir da participação em workshops com cuidadores de idosos. Esse método instrumentaliza os pesquisadores/participantes a coordenar as atividades de grupos de trabalhos e decidir a respeito das metas e meios necessários para produzir um determinado produto ou serviço¹³.

O estudo foi realizado no ambulatório de geriatria do Hospital Universitário da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a coleta de dados aconteceu no período de julho de 2015 a março de 2016. Os participantes foram oito enfermeiros deste serviço e 12 cuidadores de idosos com demência por eles acompanhados. O critério de inclusão para os enfermeiros foi atuar no serviço em período ≥ 6 meses e o critério de inclusão para os cuidadores foi estar responsável pelo cuidado do idoso há pelo menos seis meses. Os convites para participação nos workshops foram feitos aos cuidadores familiares que participavam do ambulatório de geriatria como acompanhantes na sala de espera e durante a consulta de enfermagem. Todos os cuidadores que preenchiem os critérios de inclusão e que participaram dos workshops foram selecionados.

A decisão de se trabalhar com os enfermeiros deve-se ao fato de ser o cuidado, o aspecto central no processo de trabalho dessa categoria profissional. Além disso, deve-se destacar a relação histórica e contraditória entre o cuidado domiciliar, que se produz na esfera da reprodução da vida, privadamente, a reprodução social e o cuidado profissional, que hoje se produz na esfera pública.

Após autorização da coordenação, foi realizado um encontro com a equipe de enfermagem para formar o grupo pesquisador. Ao discutir o desenho

do estudo junto com a equipe surgiu a ideia de realizar workshops para os cuidadores, com o tema: *Cuidando de quem cuida*. A equipe envolveu-se na divulgação e convite aos cuidadores que frequentam o ambulatório. Foram realizadas quatro sessões de workshop, uma por mês, como parte das atividades do grupo de cuidadores que já existia no serviço.

O Workshop 1 *Como está sua saúde?* contou com nove participantes, dentre eles três profissionais enfermeiros e seis cuidadores. O Workshop 2 tinha como tema: *Reconstruindo projetos de vida*. Contou com 13 participantes, três enfermeiras, uma acadêmica de enfermagem, uma psicóloga e oito cuidadores. O Workshop 3 tinha como tema: *Olha a sua coluna!* e contou com 11 participantes sendo quatro enfermeiras, uma acadêmica de enfermagem e seis cuidadores. O Workshop 4 tinha como tema: *Superando os desafios*, contou com 11 participantes, três enfermeiras, uma acadêmica de enfermagem, uma terapeuta ocupacional e seis cuidadores. Apesar da quantidade de participantes ter variado a cada workshop, tal diferença não prejudicou o desenvolvimento do tema no grupo.

Após a realização dos quatro workshops com os cuidadores, procedeu-se a análise de conteúdo destes. Os resultados dessa análise foram discutidos com os enfermeiros em duas reuniões.

As falas foram gravadas, transcritas e analisadas pelo método de análise de conteúdo de Bardin¹⁴ em todos os momentos da coleta de dados (nos workshops e nos encontros com os enfermeiros). As reuniões foram mediadas através de um roteiro de coleta de dados que serviu como instrumento de investigação o qual continha perguntas referentes às necessidades de cuidado do idoso, às contradições a respeito do cuidado que a pessoa considera como ideal e o cuidado que é implementado e às propostas para superar tais contradições. Como produto final foi elaborado um Plano de Ação que concretizou os resultados deste estudo.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto e aprovado com o número do protocolo CAAE 4449901520005282. Todos os copesquisadores assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme as diretrizes para pesquisa em seres humanos¹⁵.

RESULTADOS

A seguir, será apresentada na tabela 1 as características sociodemográficas do grupo cuidadores familiares de idosos:

Em relação a caracterização do grupo de enfermeiros: dos oito participantes, seis eram do sexo feminino e dois eram do sexo masculino, a faixa etária variou de 22 a 60 anos. Em relação ao tempo de vinculação ao serviço, um profissional tinha 12 anos, quatro profissionais estavam vinculados por dois

anos, dois profissionais tinham vínculo há um ano e um profissional tinha como tempo de vinculação seis meses. Duas eram doutoras em enfermagem, um mestre em enfermagem, quatro eram residentes de enfermagem, um tinha graduação em enfermagem completa.

Posteriormente, será apresentada a tabela 2 o qual representa o quantitativo das Unidades de Registro (UR) que levaram à construção dos temas e estes, à construção das categorias que emergiram da análise da fala dos enfermeiros.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos cuidadores familiares de idosos. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Variáveis	n (%)
Idade	
59-70	10 (83,33%)
71-84	2 (16,67%)
Sexo	
Feminino	8 (66,67%)
Masculino	4 (33,33%)
Situação conjugal	
Sem companheiro	5 (41,67%)
Com companheiro	7 (58,33%)
Renda Familiar (em reais)	
≤3.000,00	6 (50%)
3.000,00 a 7.000,00	5 (41,67%)
≥7000,00	1 (8,33%)
Ocupação	
Não trabalha fora de casa	10 (83,33%)
Trabalha	2 (16,67%)
Escolaridade (por anos de estudo)	
≤20	4 (33,33%)
>20	8 (66,67%)
Grau de parentesco com o idoso	
Cônjuge	3 (25%)
Filho	5 (41,67%)
Genro/nora	4 (33,33%)
Total	12

Tabela elaborada pelos próprios autores.

Tabela 2. Apresentação das subcategorias e categorias das falas dos enfermeiros. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Subcategorias	UR/subcategoria	Categorias	UR/Categoria
As contradições vivenciadas pelos cuidadores familiares	22	As contradições	36
As contradições do sistema de saúde pública	14		
Escuta	21	Propostas de trabalho	71
Resolutividade	20		
Novas Estratégias	20		
Experiências positivas	10		

UR: Unidade de Registro; Tabela elaborada pelos próprios autores.

Categoria: As contradições

A principal contradição que os enfermeiros destacaram nos discursos dos cuidadores referem-se aos conflitos intergeracionais. No depoimento abaixo, que foi destacado por uma enfermeira, uma cuidadora projeta seu próprio futuro com base no cuidado que presta hoje à sua mãe:

“Minha filha falou para mim: ‘você solta a minha vó’. Eu achei agressivo, fiquei sem entender. Aí, a minha outra filha explicou: - ela disse para você não ficar tão preocupada com o futuro, deixa as coisas seguirem o seu fluxo. Eu achei meio grotesco” (cuidadora 5).

Na sequência, a enfermeira analisa a fala da cuidadora:

“Essa aqui da filha dizendo para mãe que cuida da avó parar de fazer isso, eu vi isso em outras falas. Pensei: até que ponto essa geração sanduíche que é a filha do idoso que está no meio da mãe e da filha... Até que ponto ela projeta: eu vou cuidar da mãe para a minha filha cuidar de mim. Eu cuido do jeito que gostaria de ser cuidada, eu respeito porque eu aprendi assim, eu cuido porque aprendi a cuidar dos meus pais. Então aqui ela está projetando.” (enfermeiro 1).

“Virtude não é ficar em casa cuidando de alguém, virtude é ter mestrado, doutorado. Os conceitos mudaram” (enfermeiro 1).

O relato da enfermeira a respeito daquilo que considera como "virtude", parece se referir aos atributos profissionais, ressaltando a desvalorização do

trabalho doméstico na sociedade atual jogando para o sujeito a resolução das tensões entre as exigências da sociedade e o gerenciamento de um padrão mínimo de qualidade na prestação do cuidado¹⁶.

Quanto às contradições do sistema de saúde pública, Longhi e Canton¹⁷ analisaram as contradições sobre o conceito de cidadania entre os usuários do SUS e concluíram: vivemos uma crise de credibilidade na sociedade brasileira, havendo um descrédito nos políticos¹⁷. Tal achado corrobora com os resultados do presente estudo o que pode ser evidenciado na seguinte fala:

“São muitas as contradições. Nós somos um centro de referência, mas temos problemas de espaço físico, limitações de quantitativo de profissionais, poderíamos ter mais tempo para fazer atividades que exigissem menos tecnologia dura, como o trabalho de estimulação cognitiva. A maior contradição é estarmos dentro de uma universidade e tem um hospital universitário que se diz amigo do idoso e o idoso não ter nenhuma ênfase, nenhuma valorização, nenhum incentivo, nenhuma prioridade.” (enfermeiro 1).

Correlacionando os achados com a “teoria da produção social”, as contradições do sistema de saúde pública acarretam conflitos para os cuidadores, pois a escassez de recursos financeiros é um fator que dificulta o cuidado do idoso³. Tal situação deve ser compreendida à luz das crises cíclicas de acumulação do capital. Essa dinâmica afeta o setor saúde, sendo que as dificuldades para o acesso aos serviços penaliza mais aqueles grupos sociais que historicamente sofreram de forma mais brutal os

efeitos da profunda desigualdade que marca nossa ordem social³.

Logo, infere-se que existe uma conversão de fatos biológicos em ações coletivas e a saúde sofre influência do ambiente e de questões epidemiológicas¹², ou seja, problemas de bem-estar social não são problemas simplesmente técnicos, sendo assim, as contradições do sistema de saúde pública têm um impacto na qualidade de vida do cuidador¹⁸.

Por conseguinte, a saúde é a resultante de um processo envolvendo diferentes dimensões das condições de vida e dos contextos sociais nos quais os grupos sociais vivem¹⁹.

Sendo assim, é importante delimitar para a família quais são os pontos que a equipe pode ajudar, quais são as necessidades que serão atendidas e priorizar as intervenções. Como pode ser identificado na seguinte fala sobre a estratégia e necessidade do idoso ter vinculação aos profissionais:

“Enfim é isso, é difícil porque estamos em um hospital escola, mas, como é desnorteador um monte de profissionais no mundo que desabou que é a doença, a falta de dinheiro, a dependência, a falta de estrutura familiar...” (Enfermeiro 4).

Uma forma de diminuir as contradições do sistema de Saúde Pública é a proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) para a consolidação do (SUS). Trata-se do apoio institucional, que é um dispositivo utilizado para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde²⁰. A proposta da PNH busca novos modos de operar, funcionar, agir e produzir das organizações, considerando os pressupostos da democracia institucional e de autonomia²⁰.

Categoria: Propostas de trabalho

Essa categoria foi construída a partir dos seguintes temas: escuta, resolutividade, novas estratégias e experiências positivas.

A escuta, é uma tecnologia leve, citada na PNH como um dispositivo para enfrentar os impasses

cotidianos na rede e nos serviços, além de qualificar o acesso dos usuários ao sistema de saúde²⁰. Nesta perspectiva, observa-se que os enfermeiros conhecem a PNH e são capazes de realizar uma autocrítica a respeito da sua própria aplicação dos princípios dessa política:

“Eu valorizo primeiro a ação do cuidador: - ‘o seu familiar está super bem-cuidado’. Então quando ele fala ‘eu não posso, eu não consigo’, eu falo: faça na medida do possível que a gente sabe que você está dando o seu melhor, porque a gente sabe que o amor está presente mesmo quando ele não está, mesmo quando a família está conflitada. Mas a gente fica com muito medo de ser piegas, de ser mal interpretada. (enfermeiro 7).

Nessa fala está explicitada a importância da escuta ativa e do acolhimento. Quando um cuidador se abre, fala das suas dificuldades e o profissional acolhe sem julgar, ele começa a estabelecer um vínculo, capaz de garantir a adesão às orientações.

Segundo a tendência atual, o conceito de cuidado adquire uma dimensão social, antropológica, histórica e ética, tornando-se objeto de investigação interdisciplinar²¹. É importante observar que esse tipo de cuidado requer um relacionamento interpessoal, designado pelo termo de “acompanhamento”. A noção de acompanhamento se afastaria da ideia de controle (guidance) e abriria espaço para uma postura de mais subjetividade e autonomia. Deste modo, se acompanhar não for mais guiar, o acompanhante deixa de ter autoridade absoluta e com isso diminui-se a angústia de estar sempre certo²¹. Mas nem sempre é assim. A autocrítica pode ser vista nas seguintes falas:

“eu me vi muitas vezes como mais uma pessoa que cobra. Então a pessoa em vez de sair mais leve, sai mais pesada. A responsabilidade é muito pesada para o cuidador. E às vezes são problemas que a gente não vai conseguir resolver mesmo, como um problema de dinheiro.” (enfermeiro 4).

“A gente tem que deixar de ser senhora do paciente, a gente vem com um banho de informação, a gente tem que deixar de ser tão cartesiano e fazer uma relação de ajuda. E o resto vem”. (enfermeiro 7).

Diante desses depoimentos, observa-se que os pesquisadores participantes, reconhecem a importância do acolhimento na escuta do usuário e nessa unidade, assim como em outras unidades do SUS, o acolhimento é utilizado como uma estratégia de triagem de demandas. No entanto, é importante destacar que o acolhimento não é um espaço neutro. Muitas vezes é oferecido como uma forma de amenizar deficiências na capacidade de resposta dos serviços.

O depoimento do enfermeiro abaixo aponta para uma visão que valoriza o potencial do acolhimento como uma estratégia de gestão do cuidado e não apenas como um dispositivo de pacificação do usuário em sua busca por resolutividade:

“Acho que precisamos estratificar a demanda. A gente tem que pegar aquele que tem demanda para a escuta” (enfermeiro 1).

Os participantes ressaltaram a importância de um profissional capaz de acolher, escutar e gerenciar demandas. Afinal, a conduta do enfermeiro é colocar-se à disposição do acompanhante, reforçando as orientações do cuidado para que ele se torne mais seguro²².

Quanto ao tema “resolutividade”, os participantes citaram ações como: potencializar o cuidado familiar, usar os recursos de forma assertiva e fortalecer as experiências positivas como exemplos de estratégias para alcançar a resolutividade. Ressalta-se aqui algumas falas nas quais os enfermeiros destacaram a importância de uma prática baseada na gestão de cuidado com tomada de decisão em equipe multiprofissional e no estabelecimento de vínculos pessoais dos usuários com os profissionais:

“A gente sabe que isso não é novo: o round, as reuniões de fim de turno, é um recorte diferente que acrescenta muito.” (enfermeiro 7).

“A gente tentou fazer isso, tentar marcar os retornos sempre para o mesmo profissional e foi muito positivo” (enfermeiro 2).

Trata-se do reconhecimento da importância da interdisciplinaridade e do estabelecimento de vínculos. É a compreensão da demanda como processo sempre produzido e não natural, a compreensão da subjetividade como produção, a perspectiva de que é intervindo que se conhece a realidade²⁰.

Os participantes destacaram que essas estratégias são importantes para prevenir situações tão contraditórias, que podem se tornar iatrogênicas, como explicitado na seguinte fala:

“O cuidador ouve você dizer que ele precisa dividir o cuidado. Aí vai numa outra consulta e outro profissional diz totalmente o contrário. A orientação do outro contradiz a sua” (enfermeiro 3).

É neste contexto que se justifica a necessidade da discussão do Plano terapêutico em equipe multiprofissional e o atendimento personalizado do usuário sempre pelos mesmos profissionais, para garantir o vínculo e a coerência.

Longe de limitar o olhar a uma realidade fixa, que está dada, visa à ampliação de nossa concepção de mundo, incluindo esse plano movente da realidade dos serviços que coexiste com o que está instituído²⁰.

Envolve uma permanente tensão entre as necessidades do idoso e as necessidades de cada membro da família²³ e o enfermeiro pode ajudar a diminuir essas forças de tensão quando busca uma prática comprometida com a integralidade, promovendo um cuidado digno à pessoa idosa²².

A análise das categorias que emergiram das falas dos enfermeiros e dos cuidadores originou o plano de ação, representado na figura 1:

- Valorizar a escuta;
- Realizar mais interconsultas;
- Definir para a equipe o que é demanda para o atendimento de enfermagem;
- Usar o espaço da consulta de enfermagem como um espaço de troca;
- Estimular a corresponsabilidade do cuidador e idoso como uma estratégia para alcançar a adesão;
- Pactuar as orientações,
- Evitar as contradições entre os profissionais através da interconsulta e reunião de equipe para pactuar as ações;
- Realizar atividades de estimulação cognitiva e centro – dia;
- Incorporar a estratégia dos workshops como atividade do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI);
- Realizar atividades de promoção da saúde para os cuidadores com temas abertos em forma de pergunta, dando a possibilidade para a escuta de suas demandas.

Figura 1. O Plano de ação.

Os próprios participantes, ao discutir o plano de ação, se preocuparam em:

Sobre o Item I: Refere-se sobre importância de ouvir as demandas do grupo. No item II: As interconsultas são profissionais de diferentes categorias que realizam atendimento em conjunto. No ambulatório, não há uma quantidade preconizada de interconsultas, elas são marcadas de acordo com a organização da equipe para casos específicos, os enfermeiros consideram que esta estratégia otimiza tempo e fortalece o grupo de profissionais. Já no item III: o grupo relata que assim a consulta será mais resolutiva e mais fácil de alcançar a adesão. No item IV: essa meta refere-se a sair da postura policial das consultas de retorno, se a pessoa conseguiu ou não implementar determinada orientação e ajudar na dificuldade que o usuário trouxe. Haverá casos em que será necessário fazer adaptações e negociações. Valorizar o que ele conseguiu fazer. No item V: A corresponsabilidade é consequência da participação no plano terapêutico. No item VI: significa pactuar entre os profissionais do ambulatório e com as políticas públicas em saúde do idoso. No item VII: é uma forma de conter as divergências. No item VIII: realizar atividades de estimulação cognitiva e centro–dia; nesse caso, atenderia às requisições dos cuidadores em ter uma atividade em que pudesse trazer o idoso para ser estimulado. No Item IX: tanto

os cuidadores quanto os enfermeiros reconheceram a necessidade de falar sobre o cuidado de uma forma mais amena. No item X: Os enfermeiros manifestaram a vontade de ampliar as atividades para outros profissionais que não necessariamente sejam da área da saúde. Por fim, no item XI: Esta meta se aproxima da compreensão que o NAI pode ser um espaço de promoção da saúde, em seu sentido mais amplo, não só prestando cuidados diretos ou educação, mas sim estabelecendo momentos de troca, lazer e fortalecimentos de vínculos.

Como contribuição para a prática do cuidado, o estudo demonstrou que as dificuldades fazem parte da vida do cuidador familiar, logo, o profissional, sabendo disso, compreenderá que ele terá momentos de sobrecarga, de ansiedade e até de querer se esquivar da responsabilidade do cuidado, mas isso faz parte de um processo. Nem sempre aquele cuidador que se mostra de uma forma ideal, “bem-resolvido”, inabalável, disciplinado e com um autocuidado “padrão” produzirá um cuidado melhor.

Os profissionais de saúde devem orientar as famílias quanto ao fato de que não existir um perfil de cuidador ideal, pois cada cuidador tende a lidar com situações críticas de forma diferente. Assim, cobrar comportamentos padrões só gera angústia, e essa sim provoca uma sobrecarga desnecessária.

Como limite do estudo, é importante destacar que esse cenário é um dos poucos centros de referência em saúde do idoso existentes no Estado do Rio de Janeiro, ou seja, embora os resultados apontem diversas contradições, podem não constituir o quadro real das dificuldades encontradas pela população que sequer tem acesso a um serviço de referência. Logo, o estudo demonstrou que a renda e a escolaridade alta dos participantes não os isentaram das dificuldades relacionadas ao cuidado. Sendo assim, os resultados da pesquisa podem ser diferentes se modificar o contexto social do grupo dos participantes.

CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi analisar uma proposta de plano de ação elaborada por enfermeiros para o enfrentamento das contradições no processo de cuidar do idoso. Esse objetivo foi plenamente atingido. Também foi possível revelar as dificuldades encontradas pelos cuidadores familiares no processo de cuidar do idoso; discutir ações dos enfermeiros no enfrentamento dos problemas vivenciados pelos cuidadores familiares de idosos.

Foi possível compreender que o cuidado ao idoso é produzido socialmente. Deste modo, as questões de saúde precisam ser compreendidas para além dos problemas de adoecimento, uma vez que a doença é apenas a consequência, a manifestação clínica e o resultado do que foi produzido pela sociedade. Destacam-se como as dificuldades mais presentes no discurso dos participantes: o dilema sobre o cuidado de si e o cuidado do outro, o confronto entre o cuidador e o idoso, o conflito entre o cuidador principal e os demais membros da família e a contradição entre as políticas públicas e a realidade.

Logo, os enfermeiros reconhecem sua capacidade de acolher, de escutar, de gerenciar demandas dos cuidadores familiares de idosos e promover a saúde do idoso e dos cuidadores quando se preparam para o cuidado domiciliar.

AGRADECIMENTOS

À enfermeira Ivone Renor da Silva Conceição, chefe de enfermagem do ambulatório de Geriatria Núcleo de Atenção ao Idoso, por viabilizar a coleta de dados e contribuir com sugestões para os workshops.

REFERÊNCIAS

1. Pinto JBN. Hacia una pedagogia de liberación. In: Duque-Arrazola LS, Thiollent MJM, organizadores. Metodologia, teoria do conhecimento e pesquisa-ação: Textos selecionados e apresentados. Belém: UFPA; 2014. p.156-8.
2. David HMSL, Bonetti OP, Silva MRF. A Enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(1):179-85.
3. Krieger N, Davey SG. FACEing reality: productive tensions between our epidemiological questions, methods and mission. *Int J Epidemiol.* 2016;45(6):1852-65.
4. Vieira Junior WM, Martins M. Idosos e planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015;20(2):3817-26.
5. Seima MD, Lenardt MH, Caldas CP. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(2):233-40.
6. Cupidi C, Realmuto S, Lo Coco G, Cinturino A, Talamanca S, Arnao V, et al. Sleep quality in caregivers of patients with Alzheimer's disease and Parkinson's disease and its relationship to quality of life. *Int Psychogeriatr.* 2012;24(11):1827-35.
7. Pope T. How person-centred can improve nurses attitudes to hospitalised older patients. *Nurs Older Peopl.* 2012;24(1):32-7.
8. Rocha PR, David HMSL. Determination or determinants?: a debate based on the Theory on the Social Production of Health. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(1):127-33.
9. Grillo GPM, Marins AMF, Melo R. O discurso do cuidador familiar sobre a hospitalização. *Rev Pesqui Cuid Fundam (online).* 2017;9(4):1068-73.
10. Vieira SL, Almeida FM. Equidade em saúde, uma análise crítica de conceito. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(2):5217-26.
11. Moore S, Kawachi I. Twenty years of social capital and health research: a glossary. *J Epidemiol Community Health.* 2017;71(5):513-17.

12. Mendes R, Pezzato LM, Sacardo DP. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(6):1737-45.
13. Thiollent MJM, Toledo RF. Participatory methodology and action research in the area of health. *Int J Action Res*. 2012;8(2):142-58.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
15. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos 2013. *Diário Oficial da União*. 13 jun. 2013.
16. David HMSL, Progianti JM. Enfermagem hoje: viver menos para trabalhar mais? *Brasil.Rev Enferm UERJ*. 2011;19(3):351-52.
17. Longhi JC, Canton GAM. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. *Physis*. 2011;21(1):15-30.
18. Barata RB. Saúde nas grandes metrópoles e populações socialmente vulneráveis. *Rev USP*. 2015;107:27-42.
19. Barros MEB, Roza MMR, Guedes CR, Oliveira GN. O apoio institucional como dispositivo para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(1):1107-17.
20. Jankelevitch V. *La mort*. Paris: Flammarion; 2008.
21. Souza HS, Mendes A. *Trabalho & Saúde no capitalismo contemporâneo: enfermagem em foco*. São Paulo: Doc; 2016.
22. Pereira LSM, Soares SM. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(12):3839-51.

Recebido: 17/06/2017

Revisado: 23/11/2017

Aprovado: 02/01/2018