

## O idoso em processo de reabilitação: cuidados de enfermagem à corpos limitados funcionalmente

Elderly in process of rehabilitation: nursing care to bodies limited functional

Ancianos en proceso de rehabilitación: cuidado de enfermería corporal funcionalmente limitado

Recebido: 22/08/2021 | Revisado: 02/09/2021 | Aceito: 03/09/2021 | Publicado: 06/09/2021

### **Luciano Silveira Pacheco de Medeiros**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9679-3134>

Universidade Federal de Pelotas, Brasil

E-mail: [lucianospm@outlook.com](mailto:lucianospm@outlook.com)

### **Rafaela Ferrari Pacheco**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2625-053X>

Universidade do Extremo Sul Catarinense, Brasil

E-mail: [rafa.fpacheco@hotmail.com](mailto:rafa.fpacheco@hotmail.com)

### **Marco Antônio de Medeiros**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0803-6617>

Secretaria do Estado da Educação de Santa Catarina, Brasil

E-mail: [marcosantti@gmail.com](mailto:marcosantti@gmail.com)

### **Leandro Correa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7235-9704>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [leandro\\_correa@outlook.com](mailto:leandro_correa@outlook.com)

### **Rosana Mara da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4195-026X>

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

E-mail: [rosanamara.fisio@gmail.com](mailto:rosanamara.fisio@gmail.com)

### **Jeferson Ventura**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4005-3011>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [enf.jefersonv@hotmail.com](mailto:enf.jefersonv@hotmail.com)

### **Lisiane Tuon**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0809-0712>

Universidade do Extremo Sul Catarinense, Brasil

E-mail: [ltb@unescc.net](mailto:ltb@unescc.net)

### **Resumo**

Objetivo do estudo: Analisar os aspectos que envolvem o cuidado e suas implicações na dinâmica familiar do paciente idoso, com deficiência física, em processo de reabilitação. Metodologia: Estudo de natureza interpretativa, descritiva reflexiva e abordagem qualitativa, com base na Teoria das Relações Sociais (TRS), de Moscovici e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), de Lefèvre e Lefèvre, para sua sustentação. Teve sua realização num Centro Especializado em Reabilitação (CER), no sul de Santa Catarina (SC), escolhidos segundo a intencionalidade da pesquisa. Empregou-se, durante a fase da coleta de dados, as seguintes técnicas: observação sistemática, entrevista híbrida, genograma; ecomapa. Resultados: O universo de participantes foi de 08 idosos, sendo 62,5% (n = 05) homens, com média de idade de  $\pm 74,2$  anos; 62,5% (n = 05) moradores de Criciúma e 75% (n = 06) em reabilitação pós Acidente Vascular Encefálico (AVE), média entre a lesão e a admissão de  $\pm 74,3$  dias e tempo de permanência na reabilitação de  $\pm 207,2$  dias. Evidenciou-se alterações significativas na dinâmica familiar dos idosos, que referiram receber cuidados genuínos e espontâneos, porém predomina, entre os participantes, o sentimento de responsabilidade por mudanças significativas nas rotinas das vidas de seus familiares. Considerações finais: O cuidado é algo inerente e constituinte do ser humano, indo além de práticas newtonianas-cartesianas e cabe ao enfermeiro auxiliar esse idoso, em processo de reabilitação e sua família/cuidador a entender essa complexidade, fornecendo subsídios para que o binômio idoso-familiar/cuidador encontre formas que contemplem as necessidades agora apresentadas para todos.

**Palavras-chave:** Idoso; Cuidado; Reabilitação; Assistência domiciliar; Enfermagem de reabilitação.

### **Abstract**

Study objective: To analyze the aspects involving care and its implications in the family dynamics of elderly patients with physical disabilities in the process of rehabilitation. Methodology: Study of an interpretative, reflective descriptive and qualitative approach, based on the Theory of Social Relations (TRS) by Moscovici and the Discourse of the Collective Subject (DSC) by Lefèvre and Lefèvre, for its support. It took place in a Specialized Center in Rehabilitation (CER), in the south of Santa Catarina (SC), chosen according to the intention of the research. During

the data collection phase, the following techniques were used: systematic observation, hybrid interview, genogram; ecomap. Results: The universe of participants was 08 elderly, being 62.5% (n = 05) men, with a mean age of  $\pm 74.2$  years; 62.5% (n = 05) residents of Criciúma and 75% (n = 06) in rehabilitation after a cerebrovascular accident (CVA), mean between injury and admission of  $\pm 74.3$  days and length of stay in the rehabilitation of  $\pm 207.2$  days. Significant changes were evidenced in the family dynamics of the elderly, who reported receiving genuine and spontaneous care, but the feeling of responsibility for significant changes in the routines of their family members' lives predominates among the participants. Final considerations: Care is something inherent and constitutive of the human being, going beyond Newtonian-Cartesian practices and it is up to the Nurse to help this elderly person in the rehabilitation process and their family/caregiver to understand this complexity, providing subsidies for the elderly binomial -family/caregiver find ways to address the needs now presented to everyone.

**Keywords:** Elderly; Caution; Rehabilitation; Home care; Rehabilitation nursing.

### Resumen

Objetivo del estudio: Analizar los aspectos relacionados con el cuidado y sus implicaciones en la dinámica familiar de los pacientes ancianos con discapacidad física en proceso de rehabilitación. Metodología: Estudio de un enfoque interpretativo, reflexivo descriptivo y cualitativo, basado en la Teoría de las Relaciones Sociales (TRS) de Moscovici y el Discurso del Sujeto Colectivo (DSC) de Lefèvre y Lefèvre, para su apoyo. Se llevó a cabo en un Centro Especializado en Rehabilitación (CER), en el sur de Santa Catarina (SC), elegido de acuerdo con la intención de la investigación. Durante la fase de recolección de datos se utilizaron las siguientes técnicas: observación sistemática, entrevista híbrida, genograma; ecomap. Resultados: El universo de participantes fue de 08 ancianos, siendo 62,5% (n = 05) hombres, con una edad media de  $\pm 74,2$  años; 62,5% (n = 05) residentes de Criciúma y 75% (n = 06) en rehabilitación tras accidente cerebrovascular (ACV), media entre lesión e ingreso de  $\pm 74,3$  días y tiempo de estancia en rehabilitación de  $\pm 207,2$  días. Se evidenciaron cambios significativos en la dinámica familiar de los ancianos, quienes relataron recibir cuidados genuinos y espontáneos, pero predomina entre los participantes el sentimiento de responsabilidad por cambios significativos en las rutinas de vida de sus familiares. Consideraciones finales: El cuidado es algo inherente y constitutivo del ser humano, va más allá de las prácticas newtoniano-cartesianas y le corresponde al Enfermero ayudar a este anciano en el proceso de rehabilitación y a su familia / cuidador a comprender esta complejidad, otorgando subsidios para el El binomio anciano -familia / cuidador encuentra formas de abordar las necesidades que ahora se presentan a todos.

**Palabras clave:** Anciano; Precaución; Rehabilitación; Cuidados en el hogar; Enfermería de rehabilitación.

## 1. Introdução

O cuidado, em sua gênese, está intrinsecamente relacionado à sobrevivência do homem por meio dos tempos, fora assumido, inicialmente, pela figura feminina, restrita aos espaços privados e com foco único no cuidado dos filhos, marido, idosos do grupo, é considerado um dos elementos do tripé “corpo-espírito-cuidado”, constituindo, dessa maneira, o ser humano em sua essência, quer seja enquanto agente da ação do cuidado ou agente que recebe o cuidado, não existe a necessidade do uso de linguagem escrita ou falada já que o cuidado natural dispensa o uso de comunicação verbal, “[...] o cuidado é um constructo amplo e complexo, sendo uma forma de estar-com, o vir-a-ser, de perceber, relacionar-se e preocupar-se com o outro ser humano em dados tempo e espaço [...]”, como nos reforçam alguns autores em seus trabalhos com essa temática (Ayres, 2001, 2004a, 2004b; Santos, Figueiredo, Sobral & Tavares, 2002; Merhy, 2004; Boff, 2005; Schaurich & Crosseti, 2008, p. 545; Roselló, 2009; Freitag, 2015; Donoso & Donoso, 2016; Silva, 2017).

Quando falamos em cuidado o imaginário coletivo remonta, em geral, a práticas e procedimentos realizados por profissionais com formação específica na área da saúde, normalmente profissionais da Enfermagem, ou até mesmo de cuidadores, sendo estes formais ou informais, nos espaços intra ou extra domiciliares (Ayres, 2001, 2004a, 2004b; Santos, Figueiredo, Sobral & Tavares, 2002; Merhy, 2004; Boff, 2005; Schaurich & Crosseti, 2008, p. 545; Roselló, 2009; Freitag, 2015; Donoso & Donoso, 2016; Silva, 2017).

O ser humano só o é em função da característica de vir-a-ser e, sendo assim, da necessidade de cuidar e necessidade de cuidados durante todas as fases da sua vida. Alguns autores ainda apontam em seus trabalhos, a necessidade de cuidados que o ser humano apresenta ainda antes, durante e após sua concepção, não descartando, também, a necessidade de cuidados durante e após o processo de morte. Não seria diferente e, menos complexa, a necessidade de cuidado que o ser humano apresenta durante a velhice, uma fase delimitada por características e necessidades bastante específicas, bem como um

processo permeado por inúmeras vulnerabilidades, independente da sua natureza que destaquemos, seja, esta, biológica, cultural, geopolítica, ambiental ou socioeconômica (Ayres, 2004a, 2004b; Boff, 2005; Paranhos, Albuquerque & Garrafa, 2017).

Inúmeras são as definições de velhice, podendo variar bastante entre recortes temporais, países e culturas diferentes, porém todas elas estão intrinsecamente ligadas ao grau de desenvolvimento socioeconômico, expectativa de vida e as taxas de natalidade registradas nas populações. Estudos evidenciam o envelhecimento como um processo global, abrangendo países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo o grupo etário acima dos 60 anos aquele exponencialmente em crescimento, formado, em sua maioria, por mulheres, devido ao crescente número de mortes por causas externas na população masculina. Atualmente a estimativa de vida da população brasileira é de 74,6 anos chegando aos 76 anos de idade entre 2045-2050, sendo que “[...] a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira [...]” (Souza, Souza & Poltronieri, 2013; Almeida, Batista & Campos, 2014; Barbosa, Pereira, Cruz & Leite, 2018; Coutinho & Tomasi, 2020, p. 02).

Este processo repercute nas condições de saúde apresentadas pelo idoso, bem como na mobilidade, na sociabilização, acesso aos serviços de assistência à saúde, bem como nos aspectos físicos e emocionais advindos desse processo contínuo e natural, dentre os quais podemos citar a diminuição da força física, aposentadoria, aparecimento de rugas, cabelos brancos, alteração/diminuição na libido, os processos de lutos enfrentados por esse idoso em decorrência das perdas que ele enfrenta aos longo dos anos, o distanciamento de suas atividades e de pessoas para ele importantes seu comprometimento, sendo assim, se faz imperativo o aumento de investimentos e a implementação de políticas públicas de atenção aos idosos, como ampliação da rede de atenção básica) e maior entendimento desse processo biológico natural e suas implicações por parte dos profissionais diretamente envolvidos no cuidado desse idoso, “[...] essas transformações devem ser implementadas nos serviços, na formação dos profissionais de saúde, no apoio à organização e na gestão dos recursos, bem como no financiamento” (Scalco, Tavares, Vieira & Silva, 2013; Schuck & Antoni, 2014; Santos, 2015; Vasconcelos & Jager, 2016; Carmo, 2020; Silva, Brasil, Bezerra & Figueiredo *et al*, 2021, p. 90).

Embora seja um processo natural, considerado por muitos autores como complexo e heterogêneo, as repercussões do envelhecimento vão além das alterações anatômicas e funcionais, impactando, também, aspectos comportamentais, atitudinais e emocionais, alterando, dessa maneira, toda sua dinâmica e arranjos familiar e social, bem como suas redes de apoio. Envelhecer, portanto, “[...] pressupõe a ocorrência de modificações em vários níveis. As mudanças ocorrem para todos, porém, de formas diferentes, em momentos e intensidades variados, dependendo de características genéticas, ambientais e sociais” (Israel, Andrade & Teixeira, 2011; Dezan, 2015, p. 29).

E ao somarmos uma deficiência adquirida ao processo natural e complexo que caracteriza o envelhecimento o que temos, enquanto resultado, é um mister de sentimentos das mais variadas e distintas naturezas. O idoso em processo de reabilitação, que antes já vinha experienciando gradativamente o sentimento de finitude próprio que acompanha essa fase da vida, agora passa a experienciar sentimentos extremamente conflitantes, para ele e para seu núcleo familiar, reorganizando esses arranjos familiares em formatos por vezes não imaginado pelo idoso, porém agora necessários, além de mudanças estruturais e relacionais:

Socialmente, o processo de envelhecimento também produz reflexos nos indivíduos a partir do momento que percebem que adquiriram alguma limitação, antes não experimentada, causando dependência física de terceiros, significando mudanças não apenas na própria rotina, mas também dos familiares ou responsáveis pelos cuidados que serão necessários a partir daquele momento. Assim sendo, a qualidade de vida de todos os envolvidos será afetada, postas as influências físicas e psicológicas da nova organização que surgirá (Gutierrez Filho *apud* Almeida, Araújo, Almeida & Feitosa, 2019, p. 142)

No contexto do cuidado à pessoa idosa e, aqui particularmente nos referindo ao idoso com alguma deficiência

adquirida, o enfermeiro representa um ator de extrema importância dentro de equipes multidisciplinares, responsáveis pela condução das ações e procedimentos relacionados ao processo de reabilitação do idoso durante sua permanência nos serviços especializados, bem como desenvolver o trabalho de facilitador desse movimento de transição com os familiares e os cuidadores, na sua maioria cuidadores informais, por sua vez, atores sociais de grande importância no cuidado ao idoso no ambiente intradomiciliar quando do momento da alta desse idoso dos programas de reabilitação (Aguiar, Menezes & Camargo, 2017; Barbosa, Pereira, Cruz & Leite, 2018; Costa & Bifano, 2019; Martins, Watanabe, Braga, Jesus *et al.*, 2020).

Desde o início de sua formação acadêmica, o enfermeiro se apropria de conhecimentos e instrumentos assistenciais que perpassam os protocolos e as técnicas propriamente ditas. Durante sua vida profissional depara-se com algumas situações em que percebe que sua prática assistencial depende muito pouco dos aspectos biológicos do idoso, já que as limitações físicas inerentes aos processos patológicos e/ou impostas pelas deficiências, assumem plano secundário durante o processo do cuidado. Sabemos que os aspectos técnicos são necessários para o cuidado, porém não exclusivos (Moriguchi & Nascimento, 2015; Rocha & Mirandola, 2015).

Entendendo o cuidado, bem como a velhice enquanto processos complexos, podemos afirmar que o cuidado se apresenta envolto numa dimensão ontológica, constituindo o ser humano em todos os seus níveis e, quando deixamos de cuidar ou de sermos cuidados, nos despimos de nossa essência humana; seus aspectos multifacetados e multidimensionais, a construção de vínculos efetivos, o diagnóstico do nível de dependência, os anseios e objetivos, assim como a qualidade das relações sociais e a rede de apoio na qual a pessoa idosa se encontra inserida, fazem parte do cuidado e da assistência durante o processo de reabilitação, que deve ser realizada de forma humanizada, com respeito e compreensão. Quando nos reportamos aos cuidados no meio intra domiciliar, esse se dá, geralmente, de maneira informal, por um ou mais familiares próximos a esse idoso, quase sempre centrada na figura do (s) filho (s) e, normalmente, acontece de maneira natural como forma de retribuição aos cuidados que esses cuidadores tiveram durante suas vidas (Boff, 2005; Rocha & Mirandola, 2015; Aguilar, Menezes & Camargo, 2017).

Considerando que o processo de cuidado é longo e complexo, a humanização desse cuidado torna-se imprescindível a fim de fortalecer os vínculos de confiança entre os profissionais da equipe multiprofissional e os idosos, que podem impactar positivamente no processo de reabilitação (Bento, Schoeller, Lorenzetti, Bento *et al.*, 2015).

Rotineiramente o enfermeiro de equipes multi e interdisciplinares que atendem pacientes com perda da funcionalidade, decorrente de processos patológicos de origem neurofuncional, se depara com idosos que apresentam necessidades psicofisiológicas variadas, como lesões por pressão, dores neuropáticas, pneumonias de leito, alterações nos sistemas musculoesquelético e vascular, espasticidades e/ou automatismos. Além disso, podem surgir demandas relacionadas ao uso de cânulas de traqueostomia por tempo prolongado, perda de massa muscular, disfunção erétil e episódios extremados de apatia, medo e desesperança, decorrentes da dificuldade da aceitação de sua nova condição de saúde. Muitas vezes, essas situações levam o paciente e sua família ao processo de luto simbólico, provocando, de modo significativo, desorganização social e emocional na vida de ambos (Hedger, Santos, Faleiros & Almeida, 2016).

O idoso, enquanto centro do cuidado do enfermeiro que atua na área da reabilitação, deve ser entendido como um ser biopsicossocial que apresenta, além das necessidades físicas, necessidades psicológicas, espirituais, emocionais e de gregária (Sales, Cassarotti, Piolli, Matsuda *et al.*, 2014; Brito, Oliveira & Eulálio, 2015). E são os sentimentos negativos que, muitas vezes, dificultam a realização das atividades propostas para o processo de reabilitação, fazendo com que os ganhos evidenciados no final desse período sejam diferentes daqueles inicialmente intencionados.

Logo, as ações do enfermeiro no processo de reabilitação do idoso com uma deficiência adquirida devem pautar-se em práticas mais do que meramente técnicas, jamais desconsiderando os sinais que o idoso evidencia, durante o período em que se encontra sob seus cuidados. Tais ações precisam considerar que o ser humano é essencialmente um ser sociável e que,

sentir-se inserido num ambiente que favoreça suas relações e seu convívio, é um dos aspectos mais importantes a ser considerado durante a assistência prestada. Cabe ao enfermeiro a importante função de auxiliar o idoso/família/cuidador na dinâmica dos novos processos que se apresentam a esse idoso, no esperar, na reorientação, redirecionamento e [re]significação desses sentimentos, transformando-os em algo positivo, que possam ser utilizados como potenciais catalisadores de sua assistência para que o idoso com uma deficiência física adquirida tenha espaços mais inclusivos, condições para promover situação de segurança e conforto, bem como maiores níveis de autonomia e independência (Reis, Santos, Reis & Gomes, 2014; Silva, Oliveira, Ribeiro & Prazeres *et al*, 2019).

Nesse contexto, este estudo objetivou analisar os aspectos que envolvem o cuidado, nos espaços domiciliares, à pacientes idosos com deficiência física e em processo de reabilitação.

## 2. Metodologia

Este estudo é um recorte da Dissertação de Mestrado intitulada “Interlocução entre Centro Especializado em Reabilitação e Atenção Primária à Saúde”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol), Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Os pesquisadores obedeceram rigorosamente às normas constantes nas Resoluções nº. 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que normatizam as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto teve sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (CEP/UNESC), por meio do Parecer n. 2.253.131 (CAAE n. 69112617.1.0000.0119)

Estudo de natureza interpretativa, descritiva reflexiva e abordagem qualitativa, que utilizou, enquanto referencial teórico, a Teoria das Relações Sociais (TRS), de Moscovici e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), de Lefèvre e Lefèvre, para sua sustentação. Teve sua realização durante o recorte temporal compreendido entre junho e setembro de 2017, e, enquanto cenário inicial para a escolha dos sujeitos do estudo e, conseqüente coleta de dados um Centro Especializado em Reabilitação, do tipo II (CER II), localizado num município situado na região sul do Estado de Santa Catarina (SC).

Os sujeitos do estudo foram escolhidos seguindo a intencionalidade da pesquisa, obedecendo-se critérios de inclusão: consentimento expresso por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); idade igual ou superior a 60 anos; deficiência física adquirida, tendo como fator de base uma das seguintes situações clínicas: Acidente Vascular Encefálico (AVE), Traumatismo Raquimedular (TRM), Traumatismo Cranioencefálico (TCE) e amputações; dependência parcial ou total de terceiros, segundo Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF); ser morador de um dos municípios que constituem a Associação dos Municípios da Região Carbonífera e (AMREC) e Associação dos Municípios do Extremo Sul de Santa Catarina (AMESC); uso de dispositivos de auxílio deambulatório (cadeira de rodas, muletas, andador, órtese/prótese); ter como cuidador formal um ou mais membros da família; pacientes idosos com lesões agudas (até doze meses de lesão) e que permaneceram no CER II/UNESC até o final do tratamento.

Para os momentos da coleta de dados utilizou-se, como instrumentos: visitas domiciliares (VD) + observação sistemática da dinâmica familiar nos domicílios dos sujeitos; grupo focal (dois momentos, previamente acordados e agendados com os sujeitos, acontecendo na sala de reuniões do referido serviço de saúde); entrevista híbrida (entrevistas abertas + entrevistas semiestruturadas), sendo, estas, nos momentos das visitas domiciliares (VD); genograma; ecomapa.

O processo da coleta de dados teve início com um grupo focal, momento, esse, em que fora lançada a seguinte pergunta, aberta e ampla: “O (a) senhor (a) percebeu alguma mudança na sua vida depois da sua doença/acidente?<sup>1</sup>”, o que permitiu, na sequência, o refinamento das duas questões seguintes, agora, então, nos encontros individuais. Utilizou-se

---

<sup>1</sup> Por se tratar de um grupo de sujeitos com escolaridade mínima, optou-se por usar o termo “sua doença/acidente” a fim de facilitar a compreensão dos sujeitos participantes, visto que esses termos fazem parte do entendimento do coletivo comum, o que facilitaria o entendimento deles ao que fora questionado.

dispositivo de gravação de áudio para os momentos das entrevistas e, após cada encontro, as falas foram transcritas, em sua íntegra, e validadas pelos dos sujeitos do estudo. Durante essa etapa, ainda, foram utilizados os softwares Microsoft Excel 2013 e SPSS, versão 2.0. para auxílio na tabulação dos dados e, ainda, Genopro 2011, para o auxílio na construção dos genogramas. As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos pacientes, para as quais utilizou-se dispositivo de gravação de voz, conforme dito, quando dos momentos agendados para as visitas domiciliares (VD's) programadas e acordadas no Projeto Terapêutico Singular (PTS) inicial, previamente agendadas com seus familiares/cuidadores nos atendimentos anteriores a esses encontros. Optou-se por esses momentos por tratar-se de ambiente controlado, sem excesso de estímulos visuais/auditivos estranhos ao idoso, se configurando, dessa maneira, num facilitador para o emprego de observação sistemática da dinâmica familiar e, ainda, dada a representação/importância desse ambiente no cotidiano dos pacientes, sendo considerado, por todos eles, como “um ambiente seguro”.

Após o acolhimento dos pacientes no serviço, pelos profissionais que compunham a equipe multidisciplinar do CER II/UNESC, os pesquisadores explicavam a natureza e objetivos propostos pelo estudo, realizavam a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e coletavam a assinatura dos pacientes, sempre na presença de um familiar/cuidador. Após essa etapa eram elaborados os PTS's, com a participação de todos os atores sociais envolvidos no processo de reabilitação. Ainda durante esse primeiro momento, a primeira VD já era agendada, dando início, dessa maneira, à coleta dos dados proposta.

As falas dos sujeitos foram transcritas na sua íntegra e, validadas pelos sujeitos, por meio de assinatura, após a leitura das mesmas, e analisadas à luz da Teoria das Relações Sociais (TRS), de Serge Moscovici e, do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), de Lefèvre e Lefèvre. Cada um dos sujeitos foi identificado sob um signo próprio (I.<sub>1</sub> – I.<sub>8</sub>), a fim de preservar suas identidades.

### 3. Resultados e Discussão

Na fase inicial de seleção dos sujeitos para o estudo, observou-se 22 (vinte e dois) sujeitos elegíveis, ou seja, idosos que contemplavam todos os critérios de inclusão propostos. Após o primeiro contato, momento, esse, em que foi explicado a natureza e razão do estudo o universo de sujeitos<sup>2</sup> participantes reduziu-se a 08 (oito) idosos, sendo 62,5% (n = 05) homens e 37,5% (n = 03) mulheres, com média de idade de  $\pm 74,2$  anos; 62,5% (n = 05) eram moradores de Criciúma e 75% (n = 06) realizavam tratamento de reabilitação pós Acidente Vascular Encefálico (AVE), com tempo médio entre a lesão e a admissão de  $\pm 74,3$  dias e tempo de permanência na reabilitação de  $\pm 207,2$  dias.

As entrevistas, conforme dito anteriormente, foram realizadas, em praticamente sua totalidade no domicílio do paciente, quando dos momentos agendados para as visitas domiciliares previstas no início do tratamento e acordadas por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS); apenas a primeira aconteceu no momento do grupo focal que fora realizado no primeiro encontro com todos os sujeitos participantes do estudo. As características sociodemográficas dos sujeitos aptos a participarem do estudo encontram-se na Tabela 1, enquanto que as características sociodemográficas dos sujeitos participantes do estudo encontram-se na Tabela 2.

---

<sup>2</sup> Os 14 (quatorze) idosos que foram excluídos do estudo tiveram sua exclusão devida à recusa (sua e/ou do familiar/cuidador) na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**Tabela 1.** Distribuição das características sociodemográficas dos idosos aptos a participarem do estudo (N=22). Criciúma, SC, Brasil – 2017

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	14	63,6
Feminino	8	36,4
<b>Faixa etária</b>		
60 a 69 anos	12	54,5
70 a 79 anos	8	36,4
80 a 89 anos	2	9,1
<b>Grau de instrução</b>		
Analfabeto	3	13,6
Ensino fundamental	10	45,5
Ensino médio	5	22,7
Ensino superior	4	18,2
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	1	4,5
Casado	16	72,8
Viúvo/separado/divorciado	5	22,7
<b>Município de origem</b>		
Araranguá	1	4,5
Balneário Gaivota	2	9,1
Criciúma	15	68,2
Forquilha	2	9,1
Nova Veneza	2	9,1
<b>Diagnóstico</b>		
Acidente vascular encefálico (AVE)	19	86,4
Amputação	2	9,1
Traumatismo raquimedular (TRM)	1	4,5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Fonte: Autores (2017).

**Tabela 2.** Distribuição das características sociodemográficas dos idosos participantes do estudo (N=8). Criciúma, SC, Brasil – 2017

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	5	62,5
Feminino	3	37,5
<b>Faixa etária</b>		
60 a 69 anos	5	62,5
70 a 79 anos	3	37,5
<b>Grau de instrução</b>		
Analfabeto	4	50,0
Ensino fundamental	2	25,0
Ensino médio	1	12,5
Ensino superior	1	12,5
<b>Estado civil</b>		
Casado	6	75,0
Viúvo/separado/divorciado	2	25,0
<b>Município de origem</b>		
Araranguá	2	25,0
Criciúma	5	62,5
Forquilha	1	12,5
<b>Diagnóstico</b>		
Acidente vascular encefálico (AVE)	6	75,0
Amputação	1	12,5
Traumatismo raquimedular (TRM)	1	12,5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Fonte: Autores (2017).

Após detalhada análise das transcrições dos conteúdos contidos nas entrevistas, tanto no grupo focal quanto nos encontros individuais, das anotações realizadas durante os momentos de observação e ainda, avaliação dos genogramas e ecomapas, foram evidenciados os seguintes discursos do sujeito coletivo (DSC)<sup>3</sup> agrupados e descritos nas categorias abaixo:

### **A experiência da realidade imposta pela inversão nos papéis dentro da dinâmica familiar imposta pela condição de saúde**

Nesta categoria foram evidenciadas as dificuldades encontradas pelos idosos na adaptação à realidade que agora se apresenta, como a dependência de um familiar/cuidador e o constrangimento pela exposição da sua intimidade/privacidade, na inversão dos papéis sociais até então vivenciados.

*Tive uma criação igual a de todo mundo na época em que eu era criança, os pais sendo pais e os filhos sendo filhos...uma família grande, muitos irmãos, casa pequena, meu pai trabalhando até tarde pra colocar comida na mesa e minha mãe cuidando dos filhos. Um dia meu avô morreu. Todo mundo sofreu, mas passou. Um tempo depois foi a minha avó. A família passou forte por tudo isso. Foi triste, mas uma coisa que lembro é que meus avós tinham saúde e morreram de repente. Como tem que ser. Ela morreu sendo mãe da minha mãe e nossa avó. Meu avô também. Não ficaram na cama, incomodando os outros. Só morreram. Quando eu penso no que estou passando e fazendo meus filhos passarem me dá muita tristeza [\*\*\*]. Meus filhos trabalham muito e tem o Erivelton<sup>4</sup> que ainda tá na faculdade. Tem dias que nem vejo ele. Só quando ele chega tarde da noite e vem me dar um beijo e pedir a benção. Fico com o coração pesado, dói muito. Tem dias que eu não tenho vontade de nada, nem de comer, nem de tomar banho, nem de viver. Sinto muita vergonha disso tudo. Nossa [...], vergonha mesmo. Eles precisam me dar comida, trocar minha fralda [...] uma velha usando fralda, que vergonha. Só não me ajudam a comer, mas o resto eles fazem tudo. Até hoje lembro como era boa minha vida. Como eu conseguia fazer tudo sozinha. Pegava a condução e ia até o centro pagar minhas continhas. Ia no postinho de saúde do meu bairro pegar meus remédios. Fazia comida, café.*

<sup>3</sup> Legenda para os sinais gráficos encontrados nos discursos: [...] choro; [---] pausa curta; [\*\*\*] pausa longa

<sup>4</sup> Nome fictício



*Cuidava dos netos [...]. Antes do derrame eu fazia tudo na minha casa. Acordava cedo, cuidava da horta, fazia o almoço e lavava a roupa. Agora nem segurar a colher pra comer eu consigo mais. Isso é humilhação demais. Chegar nessa idade, depois de trabalhar tanto, criar os filhos e agora ter que usar até fraldas [\*\*\*]. Não consigo fazer mais nada, nada mesmo. Tenho vergonha quando minha filha me dá banho e quando troca minha fralda [...]. “Hoje já acostumei mais. Já consigo comer sozinha. Derrubo comida, mas minha neta brinca comigo e diz que eu sou o bebezinho dela. Ela enxuga a baba que fica caindo da minha boca [\*\*\*] ... isso não é vida. Virei a criança da casa. As vezes pergunto pra Deus se seria melhor eu ter morrido duma vez [...]. (DSC 1)*

A inversão gradual da pirâmide etária, decorrente da redução da natalidade e do aumento progressivo na expectativa de vida da população brasileira, implica diretamente nas maneiras de assistir à população idosa, fato que merece atenção dos profissionais das diversas áreas que envolvem o cuidado, principalmente da área da saúde (Andrade, Salazar, Leopoldino & Montenegro, 2019).

O advento de dispositivos e tecnologias na assistência ao idoso, sejam elas leves, leve-duras ou duras, faz com que os enfermeiros se especializem cada vez mais, detendo conhecimentos bastante específicos no campo tecnológico. Contudo, percebe-se que o campo relacional, aquele puramente subjetivo, fica enfraquecido na mesma proporção.

O já mencionado aumento da expectativa de vida da população impacta diretamente no quantitativo de idosos e, quando associado à escassez de recursos e a políticas públicas fragmentadas e enfraquecidas, pode refletir negativamente na saúde da pessoa que envelhece, aumentando os “[...] índices de enfermidades e incapacidades, com possíveis alterações na dependência física, cognitiva e emocional, gerando necessidades de cuidados permanentes” para esses indivíduos (Jesus, Orlandi & Zazzetta, 2018:200).

A diminuição/perda da funcionalidade que passa a ser experienciada, bem como as limitações e o “depende” de alguém para a realização de tarefas antes realizadas sozinhas evidenciam o sentimento de perda presente nas falas dos idosos em reabilitação.

Quando falamos em cuidar de uma pessoa idosa dependente, um aspecto importante a ser considerado é que os relacionamentos familiares tendem a sofrer alterações decorrentes da situação de dependência, tornando o binômio idoso/cuidador bastante vulnerável (Reis, Gomes, Reis, Menezes *et al*, 2015).

O sentimento de “impotência” e “desesperança” apresentado pelos idosos, é comumente observado no discurso das pessoas que apresentam alguma deficiência, independente do ciclo de vida em que se encontram e são percebidos de maneira mais específica na população idosa. Esse sentimento pode ser facilmente relacionado às suas experiências de vida, principalmente no que se refere às experiências prévias com as deficiências, normalmente vivenciadas com o cônjuge (Oliveira, & Dias, 2018; Silva, Silva, & Silva, 2020; Santos, 2020; Gutierrez, Sousa, Figueiredo, Ribeiro, Diniz, & Nobre, G. 2021).

Mesmo quando cuidados por um familiar, na maior parte das vezes uma filha ou uma nora, os idosos não compreendem a inversão nas tarefas. Cientes que o seu cuidado agora depende quase que unicamente de uma pessoa e que a sobrecarga de tarefas que o cuidador vivencia é fruto de sua incapacidade física, os idosos acabam por se isolarem cada vez mais, experienciando sentimentos de solidão e desconforto cada vez maiores (Oliveira, & Dias, 2018; Silva, Silva, & Silva, 2020; Santos, 2020; Gutierrez, Sousa, Figueiredo, Ribeiro, Diniz, & Nobre, 2021).

Interessante mencionar que, nos discursos analisados ficam evidenciadas as angústias relacionadas à perda/diminuição da funcionalidade e a consequente inversão de papéis apresentadas pelos idosos, que se apresentam como um “peso” na vida de seus filhos. Esses idosos demonstram a falta de autonomia e a total dependência por meio de suas falas (Oliveira, & Dias, 2018; Silva, Silva, & Silva, 2020; Santos, 2020; Gutierrez, Sousa, Figueiredo, Ribeiro, Diniz, & Nobre, 2021).

Ações rotineiras e íntimas, presentes até então, não são mais possíveis e ficam a cargo do cuidador, que realiza diferentes tarefas, de acordo com o grau de dependência do idoso. Há situações em que o cuidador necessitará de ajuda para

realizar o cuidado e outras em que o idoso possui alguma capacidade de autocuidado. Na grande maioria das vezes o cuidado é exercido por mulheres que culturalmente assumem a maternagem, isto é, a capacidade de educar e cuidar, como inerente à natureza feminina (Reis, Gomes, Reis, Menezes *al*, 2015; Jesus, Orlandi & Zazzetta, 2018).

Neste estudo, não foram observadas falas dos idosos que demonstram, por exemplo, sentimentos de gratidão por serem cuidados por seus filhos, ou até mesmo de tranquilidade por não serem institucionalizados, apesar de intrinsecamente observadas na relação de afeto entre idoso/cuidador, nos momentos de atendimento. Mesmo em ambiente conhecido e familiar, tendo a consciência de que cuidaram de seus filhos uma vida inteira, essa inversão de papéis faz com que o idoso experimente o sentimento de incapacidade e impotência frente às atividades da vida diária (AVD's) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD's). Nesse sentido, conseguimos perceber o quão angustiado o idoso se apresenta diante do processo de adoecer e de dependência do familiar/cuidador.

### **Sentimentos negativos como desespero, despreparo, desesperança, luto simbólico frente ao medo da finitude que se apresenta e as adaptações necessárias no domicílio**

Nesta categoria foram agregados e analisados os discursos relacionados aos sentimentos relatados pelos idosos, com base nas suas relações familiares/sociais, agora fragilizadas, bem como nos sentimentos de negatividade frente às novas condições de vida.

*Ficou tudo difícil pra nós depois do meu derrame. Não temos mais de onde tirar dinheiro pra todas os gastos que temos depois que fiquei nessa cama. Fraldas, remédios, cadeira de rodas. Até o banheiro minha filha teve que mandar arrumar. O quarto do meu neto que era aqui embaixo passou lá pra cima e o meu foi feito no lugar que era o quarto dele. É ruim subir as escadas comigo na cadeira de rodas. Ela tem casa, marido, filhos. Dae me levou pra morar com ela. Tive que deixar meu cantinho, minhas coisas. É muito ruim sabe, não mando nem mais no que era meu. Não tenho mais chance de voltar a andar. Vou ficar aqui nessa cadeira pra sempre. Pode ser que eu consiga comer sozinho um dia ou toma banho sentado numa cadeira no chuveiro sem que meu filho precise lavar minhas partes. O doutor disse que não posso mais ficar sozinha e que vou precisar sempre de alguém pra me ajudar. O enfermeiro disse que isso é verdade, mas que posso fazer muita coisa, umas com ajuda e umas sem ajuda [...] mas que preciso me esforçar e que não posso deixar a tristeza tomar conta. Ele disse que se eu tiver uma religião eu devo procurar [---] que a fé ajuda e que tenho que ter esperança de conseguir fazer algumas coisas. Eu tento me fazer de forte ... só que quando meu filho me coloca na cama e dá boa noite eu choro e fico perguntando pra Deus o que eu fiz pra merecer isso. Meu filho teve um bebê e eu nem consigo segurar meu netinho no colo ... pra que viver assim? [\*\*\*]. Sempre ia na igreja. Levava meus filhos comigo e com meu marido. Acho que isso tá me ajudando agora. Não sei o que vai acontecer comigo amanhã, mas tenho esperança que vou conseguir fazer umas coisinhas que eu fazia antes. Esperança é a última que morre. Minha netinha disse que vai me ajudar a escrever meu nome e que vai me ensinar as continhas dela da escola já que meu braço não ajuda mais. Só é ruim na hora de tomar banho. Tenho vergonha. Eu me acho sortuda sabe. Tinha uma senhora que morava na nossa rua que ficou na cama pra sempre depois que teve o derrame. (DSC 2)*

Os sentimentos evidenciados no DSC 2 estão relacionados com a maneira como as deficiências se apresentaram e se apresentam nas sociedades, levando em consideração “suas expectativas quanto à execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária, e a escassez ou a inadequação de condições instrumentais e sociais que lhe proporcionem funcionar adequadamente, mantendo a autonomia e a autoestima” (Brito, Oliveira & Eulálio, 2015:123).

Sabemos que esses fatores interferem negativamente no cuidado, aumentando exponencialmente o risco de mortalidade do idoso, bem como o agravamento das relações já fragilizadas na dinâmica familiar, uma vez que “a saúde de cada membro familiar, individualmente, afeta o funcionamento da família da mesma forma que o funcionamento da família afeta os membros individualmente” (Reis, Santos, Reis & Gomes, 2014:177).

Interessante perceber que, além das competências técnicas esperadas para o profissional, convém reiterar que o enfermeiro deve considerar duas necessidades bastante específicas durante a assistência ao paciente idoso em processo de

reabilitação. A primeira está relacionada à maneira com os serviços de saúde estão organizados para atender as demandas dos idosos e a segunda, relaciona-se à interação entre o idoso e o familiar/cuidador, os profissionais de saúde e a comunidade onde ocorre o processo de atenção ao idoso (Silveira, Giacomini, Dias & Firmo, 2018).

Nesse contexto, a reabilitação dos idosos com algum tipo de incapacidade é um processo que tem por objetivo permitir o alcance e a manutenção de níveis funcionais físicos, sensoriais, intelectuais, psicológicos e sociais satisfatórios. Assim, compete aos profissionais fornecerem as ferramentas necessárias para que o idoso atinja o maior nível de independência e autodeterminação possível (Baggio, Monticelli & Erdmann, 2009; Waldow, 2009; Waldow, 2011; Waldow, 2014; Bento, Schoeller, Lorenzetti, Bento *et al*, 2015; Guedes, Lima, Caldas & Veras, 2017; Souza & Mendonça, 2017).

[...] o autocuidado evolui desde o conjunto de ações que o indivíduo desenvolve consciente e deliberadamente em seu benefício no sentido de manter a vida e o seu bem-estar até uma construção coletiva que aponta não só para responsabilidade do indivíduo, mas também considera o apoio da família, dos amigos e das instituições de saúde como essenciais na contribuição para que os indivíduos tomem as melhores decisões para o seu bem-estar (Coutinho & Tomasi, 2020, p. 3).

Sabendo-se que a presença de limitações para o desempenho de atividades básicas e instrumentais de vida diária não representa obrigatoriamente impedimento para a continuidade do funcionamento emocional e cognitivo (Brito, Oliveira, Eulálio, 2015), evidencia-se a imperativa necessidade de os profissionais trabalharem os aspectos emocionais apresentados pelo idoso/familiar/cuidador durante todo o processo de reabilitação, com vistas à superação das fragilidades inerentes ao envelhecimento, e dos sentimentos de negatividade que possam interferir na terapêutica proposta.

#### **4. Considerações Finais**

O estudo alcançou seus objetivos propostos. Os autores conseguiram observar e analisar as alterações que se deram na dinâmica das famílias de idosos acometidos por processos patológicos de origem neurofuncional e submetidos aos cuidados de equipe multiprofissional por meio da aplicação de protocolos de tratamento de reabilitação.

Observou-se, ainda, as nuances do cuidado experienciadas pelos participantes e demais atores envolvidos no estudo, bem como a necessidade da intervenção do enfermeiro além dos aspectos técnicos; um profissional conhecedor da importância do seu papel no cuidar, não apenas desse idoso, mas, também, de sua família.

Mais do que habilidades e competências técnicas, o enfermeiro deve agregar ao seu escopo competências e habilidades relacionais e humanas durante a assistência ao idoso em processo de reabilitação. O processo de envelhecer é algo inerente ao ser humano, apresentando natureza multifacetada, complexidade e multidimensionalidade, sendo, na maioria dos casos, certo e inevitável, assim como sua dimensão existencial. Para alguns pode se apresentar como uma fase do ciclo vital bastante prazeroso, como fruto de experiências bem vividas e relações fortes e sólidas. Para outros, porém, pode se apresentar como uma experiência extremamente solitária e angustiante, caracterizada por uma rede social deficitária, pouco articulada, ou não-articulada.

Assim, considera-se que o envelhecer está intimamente ligado ao “estar saudável” e ao “adoecer”, bem como aos relacionamentos advindos desses dois momentos. O enfermeiro de reabilitação tem papel importante e decisivo na forma como esses momentos serão construídos, experienciados e [re]significados por esse idoso, e espera-se que sua capacidade se encontre além do olhar puramente tecnicista.

Quanto as limitações apresentadas durante o estudo, estas resumiram-se às dificuldades no agendamento dos encontros, com os participantes e suas famílias, propostas inicialmente para o estudo.

## Referências

- Aguiar, A. S. A., Menezes, T. M. O. & Camargo, C. L. (2017). The meaning of caring for the elderly from the perspective of family members: a symbolic interactionist study. *REME – Rev Min Enferm.*, 21:e1004, 1-10.
- Almeida, G. S., Araújo, W. A., Almeida, N. S. & Feitosa, A. N. A. (2019). Quality of life of the elderly person with disability: integrative review. *Temas em Saúde (edição especial)*, 131-146.
- Almeida, M. H. M., Batista, M. P. P. & Campos, A. C. V. (2014). Autonomia e independência como indicadores de saúde para idosos. In: Campos, A. C. V., Berlezi, E. M. & Correa, A. H. (2014). *Envelhecimento: processo multidimensional*. UNIJUÍ.
- Andrade, L. A. F., Salazar, P. E. L., Leopoldino, K. D. & Montenegro, C. B. (2019). Primary health care quality assessment according to the level of satisfaction of elderly users. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 40: e20180389, 1-10.
- Ayres, J. R. C. M. (2001). Subject, intersubjectivity, and health practices. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 63-72.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Care and reconstruction in healthcare practices. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 8(14), 73-92.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Care, the human being and health practices. *Saude soc.*, 13(3), 16-29.
- Baggio, M. A., Monticelli, M. & Erdmann, A. L. (2009). Cuidando de si, del otro y de "nosotros" en la perspectiva de la complejidad. *Rev. Bras. Enferm.*, 62(4), 627-631.
- Barbosa, M. B., Pereira, C. V., Cruz, D. T. & Leite, I. C. G. (2018). Prevalence and factors associated with alcohol and tobacco use among non-institutionalized elderly persons. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 21(2), 125-135.
- Bento, L. M., Schoeller, S. D., Lorenzetti, J., Bento, T. S. *et al.* (2015). Humanization and work process in rehabilitation. *RBE*, 29(1), 68-75.
- Boff, L. (2005). Essential care: principle of a new ethos. *Inclusão Social*1(1), 28-35.
- Brito, T. D. Q., Oliveira, A. R. & Eulálio, M. C. (2015). Disability and aging: study of social representations of the elderly from physical therapy rehabilitation. *Av. Psicol. Latinoam.*, 33(1), 121-133.
- Campos, A. C. V., Berlezi, E. M. & Correa, A. H. (2014). *Envelhecimento: um processo multidimensional*. UNIJUÍ.
- Costa, E. O. & Bifano, A. C. S. (2019). Representations, subjectivity and use of domestic technologies by elderly. *Oikos: Família e Sociedade em Debate*, 30(1), 68-86.
- Coutinho, L. S. B. & Tomasi, E. (2020). Self-care deficit in the elderly: characteristics, associated factors and recommendations to family health strategy teams. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 24(suppl. 1):e190578, 1-15.
- Dezan, S. Z. (2015). Aging in Contemporary: reflections about the health care offered in a Long Term Shelter for Older People. *Rev. Psicol. UNESP*, 14(2), 28-42.
- Donoso, M. T. V. & Donoso, M. D. (2016). Care and nursing in a historical context. *REV.Enf-UFJ*, 2(1), 51-55.
- Freitag, V. L. (2015). *Mãe de criança/adolescente com paralisia cerebral: compreensões sobre o cuidar de si como mulher*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.
- Guedes, M. B. O. G., Lima, K. C., Caldas, C. P. & Veras, R. P. (2017). Social support and comprehensive health care for the elderly. *Physis*, 27(4), 1185-1204.
- Gutierrez, D. M. D., Sousa, G. S., Figueiredo, A. E. B., Ribeiro, M. N. S., Diniz, C. X. & Nobre, G. A. S. S. (2021). Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes. *Ciênc. Saúde Colet.*, 26(1), 47-56.
- Hedger, H. C., Santos, M. J. S., Faleiros, V. P. & Almeida, M. A. A. (2016). Social representation of care recipients and of family care providers for the elderly. *R. Katál.*, 19(1), 143-153.
- Israel, N. E. N., Andrade, O. G. & Teixeira, J. J. V. (2011). The family caretaker perception about the elderly physical recovery with functional disability. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(suppl. 1), 1349-1356.
- Jesus, I. T. M., Orlandi, A. A. S. & Zazzetta, M. S. (2018). Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 21(2), 199-209.
- Macedo, A. C. (2020). Social security, work and the disabled person. *Textos & Contextos*, 19(1), 1-14.
- Martins, J. A., Watanabe, H. A. W., Braga, V. A. S., Jesus, M. C. P. *et al.* (2020). Older adults with physical disabilities: vulnerabilities relative to the Body, the physical and social environment. *Rev Bras Enferm.*, 73(Suppl 3):e20190175.
- Merhy, E. E. (2004). O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (2004). *VER-SUS Brasil: caderno de textos*. Ministério da Saúde.
- Moriguchi, Y. & Nascimento, N. M. R. (2015). Geriatria preventiva: envelhecimento com qualidade de vida. In: Terra, N., Moriguchi, Y., Crippa, A. & Nascimento, N. (2015). *Cuidando do seu idoso*. EDIPUCRS.
- Oliveira, R. S. S. & Dias, C. (2018). Sentimento de finitude: o não ser. *Revista Saúde e Educação*, 3(sup.), 1-2.

- Paranhos, D. G. A. M., Albuquerque, A. & Garrafa, V. (2017). Vulnerability of the elderly patient in light of the principle of patient-centered care. *Saude soc.*, 26(4), 932-942.
- Reis, L. A., Gomes, N. P., Reis, L. A. & Menezes, T. M. O. *et al.* (2015). Family relationships of elderly adults with compromised functional capacity. *Aquichan*, 15(3), 393-402.
- Reis, L. A., Santos, K. T., Reis, L. A. & Gomes, N. P. (2014). Family support, social, health and sociodemographic conditions in the elderly. *RBE*, 28(2), 176-185.
- Rocha, A. K. S. & Mirandola, A. R. (2015). Aspectos de enfermagem no cuidado. In: Terra, N., Moriguchi, Y., Crippa, A., Nascimento, N. (2015). *Cuidando do seu idoso*. EDIPUCRS.
- Roselló, F. T. (2009). *Antropologia do cuidar*. Vozes.
- Sales, C. A., Cassarotti, M., Piolli, K. C., Matsuda, L. M. *et al.* (2014). The feeling of hope in cancer patients: an existential analysis. *Rev Rene*, 15(4), 659-667.
- Santos, I., Figueiredo, N. M. A., Sobral, V. & Tavares, C. (2002). Cuidado: construindo uma nova história de sensibilidade. *OBJN*, 1(3), 18-26.
- Santos, N. (2015). Idosos dependentes: os desafios da família na tarefa de cuidar. *REVISTA PORTAL de Divulgação*, 55(8), 4-13.
- Santos, J. S. S. (2020). *O ato de cuidar: percepções e sentimentos de cuidadores familiares de idosos dependentes*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO, Brasil.
- Scalco, J. C., Tavares, K. O., Vieira, L., Silva, J. R. *et al.* (2013). Day-to-day family caregivers of the dependent elderly. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(1), 191-208.
- Schaurich, D. & Crossetti, M. G. O. (2008). The dialogical element in nursing care: an attempt based on martin buber. *Esc. Anna Nery Rev Enferm*, 12(3), 544-548.
- Schuck, L. M. & Antoni, C. (2014). Resilience and vulnerability in care for the elderly dependent: a case study. *Temas psicol.*, 22(4), 941-951.
- Silva, C. F., Oliveira, F. D. B., Ribeiro, M. P., Prazeres, V. M. P. *et al.* (2019). Nuevos desafíos para viejos problemas: el enfermero especialista en enfermería de rehabilitación en la promoción de la accesibilidad. *RPER*, 2(2), 20-26.
- Silva, E. B. T. (2017). The philosophical sense to the pedagogical significance of the care. *RCE*, 12(25), 469-485.
- Silva, L. M. S., Silva, I. B., Jr. & Silva, I. B. (2020). Sentimento da pessoa idosa diante da finitude: percepção de idosos não institucionalizados residentes na cidade de Recife, PE, Brasil. *Revista Kairós Gerontologia*, 23(1), 65-81.
- Silva, R. M., Brasil, C. C. P., Bezerra, I. C., Figueiredo, M. L. F. *et al.* (2021). Challenges and possibilities of health professionals in the care of dependent older adults. *Ciênc. Saúde Colet.*, 26(1), 89-98.
- Silveira, D. R., Giacomini, K. C., Dias, R. C. & Firmo, J. O. A. (2018). The perception of the elderly about suffering related to frailty. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 21(2), 220-228.
- Souza, D. O. & Mendonça, H. P. F. (2017). Work, social being and health care: an approach from Marx and Lukács. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 21(62), 543-552.
- Souza, E. R., Souza, A. C. & Poltronieri, B. C. (2013). Violência contra a pessoa idosa: o desrespeito à sabedoria e à experiência. In: Njaine, K., Assis, S. G. & Constantino, P. (2013). *Impactos da violência na saúde*. EAD/ENSP.
- Vasconcelos, A. T. & Jager, M. E. (2016). A percepção de psicólogos sobre o envelhecimento: psicologia e envelhecimento. *Multiciência*, 2(4), 1-27.
- Waldow, V. R. (2009). Caring moment: moment of reflection in action. *Rev. Bras. Enferm.*, 62(1), 140-145.
- Waldow, V. R. (2014). Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index Enferm*, 23(4), 234-238.
- Waldow, V. R., & Borges, R. F. (2011). Caring and humanization: relationships and meanings. *Acta Paul Enferm*, 24(3), 414-418.