

O Lado Paralelo do Cuidar Desvelado Pelas Representações dos Cuidadores de Adoecidos Após Acidente Vascular Cerebral

The Parallel Side of Caring Unveiled by Caregivers of Patients Sickened after Stroke

JEFERSON SANTOS ARAÚJO¹
SILVIO EDER DIAS DA SILVA²
MARY ELIZABETH DE SANTANA³
LUCIALBA SILVA DOS SANTOS⁴
RALRIZÔNIA FERNANDES SOUSA⁵
VANDER MONTEIRO DA CONCEIÇÃO⁶
ESLEANE VILELA VASCONCELOS¹
LAIS FERREIRA RODRIGUES²

RESUMO

Objetivo: O estudo objetivou identificar as representações sociais do cuidar na ótica de cuidadores de adoecidos pós Acidente Vascular Cerebral. *Material e Métodos:* Estudo de metodologia qualitativa o qual foi empregado o método descritivo. Para coletar os dados foram empregadas duas técnicas, a livre associação de palavras e a observação livre, aplicadas a vinte cuidadores. *Resultados:* Análise dos depoimentos foi baseada na associação de ideias e na análise do discurso possibilitando a consolidação de três categorias: A sobrecarga na atenção à saúde; Cuido sim, mas não sei mais o que fazer; (Re)significação do cuidar. *Conclusão:* O estudo demonstrou a sobrecarga na atenção do cuidador para com o outro, entretanto o cuidado foi demonstrado de forma ininterrupta, pois eles sentem-se na obrigação atender ao adoecido.

DESCRIPTORIOS

Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to identify the social representations of care from the perspective of caregivers of patients sickened after stroke. *Material and Methods:* This was a qualitative study with descriptive nature. Two techniques were used for data collection: free association of words and free observation, which were applied to twenty caregivers. *Results:* The analysis of reports was based on the association of ideas and discourse analysis, which led to the consolidation of three categories: The burden of care; "I do care, but I don't know what to do"; and (re)meaning of care. *Conclusion:* This study demonstrated that although there is a burden for the caregivers to provide care, they do so interruptedly because they feel obliged to support the sickened person.

DESCRIPTORS

Nursing. Nursing Care. Stroke.

- 1 Doutorando em Ciências, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Bolsista CNPq. Ribeirão Preto/SP, Brasil.
- 2 Professor Adjunto Doutor da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), vinculado ao Núcleo de Pesquisa Grupo do Estudo de História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES/UFSC), Belém/PA, Brasil.
- 3 Professora Adjunto Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (FE-UFPA) e Membro do Grupo de Pesquisa Educação, Políticas e Tecnologia em Enfermagem da Amazônia (EPOTENA), Belém/PA, Brasil.
- 4 Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará. Membro do Grupo de Pesquisa Educação, Políticas e Tecnologia em Enfermagem da Amazônia (EPOTENA), Belém/PA, Brasil.
- 5 Mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Pará e Enfermeira da Unidade Municipal de Saúde Água Lindas (UMSAL), Ananindeua/Pará, Brasil.
- 6 Doutorando em Ciências, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Bolsista CNPq. Ribeirão Preto/SP, Brasil.
- 7 Mestra em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Magalhães Barata. Docente da Faculdade de Enfermagem da UFPA. Belém/PA, Brasil.
- 8 Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Pará (UEPA). Santarém/Pará, Brasil.

O acidente vascular cerebral (AVC) é um quadro neurológico agudo, de origem vascular, com rápido desenvolvimento de sinais clínicos devido a distúrbios locais ou globais, da função cerebral com duração maior que 24 horas. Trata-se de uma doença com consequências intermediárias, mais previsíveis, geradora de vários tipos de deficiência as quais demandam ajustamentos dos pacientes, da família, dos serviços de saúde e dos profissionais que atendem essa clientela⁽¹⁾.

O AVC é conhecido popularmente como “derrame cerebral”. É uma doença incapacitante e fatal, a maioria dos pacientes acometidos morrem nos primeiros anos após o acidente, e aqueles que sobrevivem, costumam apresentar perdas na capacidade de deambular, falar, desenvolver suas atividades diárias e cuidar de si. A prevalência é maior em homens do que mulheres e maior em negros do que em brancos⁽²⁾. Dependendo do grau da seqüela cerebral o portador necessitará de cuidados constantes não podendo ficar sozinho, nesse momento, surgem os cuidadores que podem ser familiares ou profissionais.

Dentre as doenças vasculares, o AVC ocupa o primeiro lugar da lista com 5,7 milhões de mortes em todo mundo. Segundo estimativas da OMS, em 2005, o AVC foi responsável por mais de 85% dos casos de mortes vasculares em países de baixa renda, sendo um terço destas ocorrendo em pessoas com menos de 60 anos de idade, e dois terços em pessoas acima de 60 anos⁽³⁾.

Na América Latina ocorrem grandes diferenças geográficas, étnicas, culturais e socioeconômicas, que influenciam o acesso à assistência médica e à avaliação da prevalência nos poucos estudos epidemiológicos regionais de AVC. Estudos desenvolvidos no Brasil apontam que o AVC é a causa mais frequente de óbito na população entre os adultos^(3,4).

Pesquisas realizadas pelo SUS, demonstraram que no ano de 2008, o AVC foi responsável por cerca de 200 mil internações hospitalares, que resultaram em um custo de aproximadamente 270 milhões de reais para os cofres públicos. Desse total, 33 mil casos evoluíram a óbito. A região que demonstra maior prevalência é a região Sul com 58,74, seguida da região Sudeste e Nordeste com 55,19 e 51,61 respectivamente, com menos representatividade aparecem a região Centro-Oeste com 41,38 e a região Norte com 30,37 óbitos em cada 100 mil habitantes⁽⁵⁾.

O AVC representa uma condição neurológica com alta prevalência no Brasil e no mundo, é a principal causa de incapacidade física e mental que influencia diretamente a vida do paciente e de seus familiares. Por essa razão, as pessoas que têm seqüelas derivadas de

AVC, dependendo do grau de acometimento neurológico, podem manifestar déficits nas realizações das atividades de vida diária, no trabalho, no lazer, nas relações sociais e familiares, podendo também apresentar quadros de depressão devido aos sentimentos de inutilidade, dependência e falta de autonomia⁽¹⁾.

A busca pela promoção da autonomia e independência do paciente sequelado é uma tarefa árdua e desgastante para quem presta cuidados diretos ao paciente, pois o mesmo passa a realizar tarefas que outrora eram de cunho pessoal e desenvolvidas de maneira autônoma, tais como tomar banho, comunicar-se, andar na rua, vestir-se e ir ao banheiro, que agora, com o acometimento devido à patologia, têm que serem executadas por terceiros que, na maioria das vezes, é o sujeito cuidador⁽²⁾.

O cuidar é mais que um ato, é uma atitude, ou seja, significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. O ato de cuidar representa uma atitude de ocupação, inquietação, preocupação de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro, de um modo de ser mediante, o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro⁽⁶⁾.

O cuidado prestado ao paciente acometido pelo AVC exige do cuidador uma dedicação exclusiva, e quase sempre integral, que em muitas das vezes o leva a instalação de uma nova dinâmica de vida, atrelada não mais às suas necessidades, e sim, à do ser cuidado⁽²⁾. O cuidador passa a ter menos tempo para cuidar de si, passa a descansar menos e trabalhar mais, muitas vezes, privando-se do convívio social, uma vez que o doente portador de AVC torna-se o centro das atenções, levando o cuidador à reacomodação de suas práticas diárias às atividades exigidas pela evolução da doença, submetendo assim, na maioria dos casos, a uma sobrecarga física e emocional relacionadas à intensidade de cuidados prestados^(1,3).

A sobrecarga por si só é um fator preocupante, pois desencadeia ao seu portador a perda progressiva de energia e concentração, levando-o ao desenvolvimento da fadiga ocupacional devido à constante repetição de exercícios. Quando somada à prestação de cuidados, atividade que exige determinação, destreza e atenção por parte do executante, pode levar ao desgaste emocional e possivelmente ao desequilíbrio no processo de saúde e doença, arremetendo o mesmo, assim como o portador de AVC, à necessidade de cuidados especiais^(5,7).

A questão do cuidado de si surge como condição para o bom governo da cidade: para Sócrates, só pode governar bem os outros quem cuidou bem de si mesmo. Esse “si”, ao mesmo tempo sujeito e objeto do cuidado,

é a alma que “usa” o corpo, uma “alma-sujeito” de ação instrumental, de relações consigo e com outrem, de comportamentos e atitudes⁽⁷⁾.

Desta forma, a assistência prestada ao cuidador de pacientes vítimas de AVC, torna-se rica em conflitos, visto que, o simbolismo que circunda os cuidados ao paciente, representa para muitos, condições geradoras de dependência, estresse e limitações. Sendo assim, torna-se imprescindível o profissional de saúde conhecer a representação social do cuidador, envolvido no processo saúde-doença.

O presente estudo objetiva identificar e analisar as representações sociais sobre o “cuidar” na ótica dos cuidadores de adoecidos pós AVC.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo qualitativo o qual foi empregado o método descritivo. A pesquisa descritiva proporciona maior aproximação com o problema, ou seja, tem a finalidade de torná-lo mais explícito, tendo como principal objetivo o aprimoramento de ideias ou a descobertas de intuições⁽⁸⁾. Tal modalidade de pesquisa permite, o levantamento bibliográfico, entrevista com indivíduos que possuem contato direto com o problema pesquisado.

O estudo foi desenvolvido com 20 cuidadores informais sendo dezesseis do sexo feminino e quatro do sexo masculino, com faixa etária entre 18 e 78 anos, que acompanhavam seus familiares em consultas ambulatoriais no Hospital Ophir Loyola e na clínica neurológica UNINEURO, ambos referência no atendimento neurológico no Município de Belém, Estado do Pará, e que manifestaram disponibilidade e interesse em participar do estudo, após o conhecimento dos objetivos e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A escolha dos sujeitos ocorreu por conveniência, a proporção em que apresentavam disponibilidade⁽⁹⁾ e interesse em participar assinando assim um termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos os cuidadores que apresentavam vínculo com o cuidar ao paciente a menos de um ano.

Os dados foram obtidos através de duas técnicas de coletas de dados, a livre associação de palavras e a entrevista semiestruturada orientada por um roteiro de interação. A técnica da livre associação de palavras consiste em um tipo de investigação aberta que se estrutura na evocação de respostas dadas com base em um ou mais estímulos indutores. Esta técnica permite a evidência de universos semânticos de palavras que agrupam determinadas populações, ou ainda, permite a

atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas⁽¹⁰⁾.

Para análise e interpretação dos dados estabeleceu-se um roteiro priorizando a captação dos elementos discursivos dos sujeitos psicossociais, tomando como pano de fundo a “associação de ideias” e “análise do discurso”⁽¹¹⁾. A roteirização adotada obedece aos seguintes passos:

1. Transcrição da entrevista;
2. Leitura/escuta flutuante do material observando os temas emergentes e o investimento afetivo;
3. Definição das dimensões de análise;
4. Mapeamento das relações entre os elementos cognitivos, as práticas e os investimentos afetivos dentro de um conjunto coerente e significativo.

A realização de cada passo possibilitou a consolidação de cinco grandes categorias temáticas: *A sobrecarga na atenção à saúde; Cuido sim, mas não sei mais o que fazer; (Re)significação do cuidar*, que serão discutidas a seguir.

Todas as etapas deste estudo foram realizadas com aprovação dos cenários do estudo e do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará sobre Parecer no. 086/10 e respeita todos os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normativa a pesquisa envolvendo seres humanos. Neste contexto os 20 participantes do estudo serão apresentados de forma alfanumericamente como E1, E2, E3, ..., EN.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sobrecarga na atenção à saúde

Nesta subunidade nove cuidadores relacionam o cuidado à ideia de sobrecarga, sabe-se que o doente necessita de muita atenção, pois, algumas de suas sequelas exigem dependência de terceiros, e esta dependência quando se torna mais intensa exige do cuidador muito mais atenção não permitindo que ele tenha tempo para realizar outras tarefas. Os depoimentos a seguir representam tal afirmação:

Cansaço tira o nosso tempo para fazer outras coisas, [...],tem que tá do lado o tempo todo, até para ir ao banheiro eu tenho que ir com ele [...](E1); Tem que tá virando ele toda hora, porque ele não pode se virar sozinho tem que fazer tudo por ele, pois ele não consegue fazer nada só, isso é muito ruim (E2); [...], tem que se

dedicar exclusivamente a ele e tem hora que a gente faz as coisas aborrecido, [...] (E8); [...] ele é grande e eu tenho que fazer tudo sozinha e ainda tenho que aguentar ele reclamando e me ofendendo, não tem como não ser um peso (E14).

Na presente subunidade os entrevistados apresentaram seus relatos atrelados à ideia de tempo, quando utilizaram os termos hora, dias e mesmo o termo tempo. Surge então a preocupação a partir destas representações, uma vez que se a variável tempo passa a ser considerada pelos cuidadores, implica dizer então que a atenção ao enfermo é grande, conseqüentemente existe alguma sobrecarga promovendo dificuldades para a realização do cuidado de si.

Os textos apresentados pelos cuidadores induzem a pensar que o esforço contínuo exigido no processo de cuidado pode tanto provocar o aparecimento de problemas quanto, também, o agravamento das enfermidades as quais os cuidadores já apresentam. Além do cuidado de si e do outro, os cuidadores também exercem outras responsabilidades domésticas e sociais, que aceleram o processo de deterioração da sua saúde como um todo, devido à sobrecarga de atividades e preocupação para com o outro.

Acredita-se que a grande quantidade de trabalhos assumidos com o ser cuidado, somadas à responsabilidade que ele assume no seu roteiro diário de atividades, favorece o aumento da sobrecarga à sua saúde, dificultando a sua socialização com seus grupos e o cuidado de si⁽²⁾.

Cuidar de um indivíduo com sequelas de AVC exige a ofertar uma atenção contínua e integral, coordenada pela atenção individual prestada no tempo certo, no lugar certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, a fim de prover o cuidado para os seres no contexto de sua cultura e de suas preferências⁽¹²⁾.

Os pacientes sequelados de AVC apresentam necessidades de atenção à saúde muito elevada. As sequelas apresentadas geram a dependência na qual gera a necessidade de cuidados intensos, que são desencadeadores de sobrecarga ao cuidador⁽¹³⁾.

A necessidade por cuidados contínuos, envolve o cuidador e o ser cuidado. Uma atmosfera encorajadora e de suporte para o cuidador é o seu entendimento sobre as mudanças físicas e emocionais da pessoa cuidada, os quais funcionam como determinantes essenciais para uma reabilitação bem sucedida⁽¹⁴⁾. A provisão de educação sobre a recuperação após AVC contribui para uma melhor qualidade de vida, tanto para o paciente quanto para cuidador, pois através desse feito é possível articular ações menos estressantes e geradoras de

sobrecarga, permitindo assim que o cuidador tenha um melhor olhar para si⁽⁴⁾.

A exposição contínua dos cuidadores aos eventos estressantes e angustiantes da situação do cuidado implica na alteração gradual e generalizada dos seus recursos pessoais e do seu bem-estar, desprovendo-o da possibilidade de também zelar pela sua saúde. Logo a sobrecarga impera como um importante indicador de tempo que demonstra o momento certo de dividir o cuidado, ou mesmo de descuidar. Pois, caso contrário, o cuidador de hoje tornar-se-á o doente de amanhã.

As sobrecargas dos cuidadores são construídas por meio da interação social, produto do cuidar/cuidado das mazelas do paciente, e sucessivas não identificações que permitem situar sua posição sobre o objeto cuidado diante das outras responsabilidades sociais assumidas em um dado momento⁽¹⁾. Logo, o cuidado prestado torna-se uma fonte de valores onde os executores do cuidado julgam o que é mais imprescindível no momento para si.

Cuido sim, mas não sei mais o que fazer

A atenção integral foi representada pelos cuidadores como restrita em alguns momentos, os relatos ilustrados abaixo demonstram que perante o AVC e suas sequelas, doze dos cuidadores sentem-se inseguros e incapazes de realizar intervenções, sobretudo as emergenciais, pois acreditam que podem provocar falhas ao cuidar, levando o indivíduo a agravar mais o seu quadro de saúde.

Agora eu fico sem saber o que fazer para ajudar, ela não fala quando tem dor, quando quer comer, ela fica sem ter as coisas, pois não sei o que ela quer (E10); Eu não sei como lidar com ele, tenho medo de fazer alguma bobagem e acabar piorando a vida dele, o estado dele (E5); Não consigo entender o que eles falam e fica difícil ajudar. Eles consomem muito de mim e não sei mais o que fazer (E11).

O sentimento de incapacidade permite ao cuidador se autoavaliar, e dessa forma perceber se o cuidado prestado é satisfatório ou não. Frente a esta, alguns cuidadores procuraram melhor capacitação para o manejo destes doentes e outros apresentaram angústias e sentimentos negativos que podem vir a implicar na atenção em saúde dos indivíduos receptores do cuidado.

No AVC o indivíduo acometido apresenta perdas progressivas e muitas vezes irreversíveis assim como diversas mudanças, as quais acabam gerando, em

algumas vezes, situações inusitadas na convivência com os cuidadores. Este fato pode levar ao aparecimento de insegurança e incapacidade de realizar intervenções geradas pelo excesso de cuidados prestados⁽¹⁵⁾.

O cuidador em diversos momentos é chamado a intervir em situações de risco de morte ao ser cuidado. A angústia e a insegurança, nessas circunstâncias, é extrema. Desde o doente, que sente a morte eminente até todos os que se dedicam a ele e não querem perdê-lo. Neste momento o cuidador revela-se um ser sentimental, dotado de medo e dúvidas as quais o prendem ao cuidado restrito ao ser dependente⁽¹⁶⁾.

Quanto à falta de segurança na realização dos cuidados emergenciais ao paciente, esta se justifica pela falta de conhecimento técnico prévio dos cuidadores, de como desenvolver o cuidado ao outros. Muitas vezes o cuidador é escolhido por ser aquele que apresenta maior disponibilidade de tempo ou que mais se dedica ao outro, nem sempre a habilidade técnica é levada a julgamento⁽⁷⁾.

(Re)significação do cuidar

Nesta subunidade quatorze cuidadores também possuem a visão de sobrecarga quando se cuida de um indivíduo com sequela pós AVC, porém, acrescentam em seus relatos a ideia de obrigação na atenção, onde não param de realizar seus cuidados, pois são obrigados a realizá-lo, conforme observado em tais colocações a seguir:

É ruim; é uma obrigação minha, eu me canso e me sinto sobrecarregada, ninguém ajuda, eu deixo de fazer tudo por causa dela, larguei até o emprego por causa dela, a gente vive assim porque Deus quer (E10); Cuido do papai, é algo duro, mas eu faço. É difícil fazer isso, pois tenho que me dedicar muito a ele, ele consome muito tempo (E7); Cuidar não é bom mais é preciso. A gente se envolve e acaba sofrendo junto com eles. Eles consomem muito de mim e não sei mais o que fazer; acabou adoecendo com isso (E11); Porque na verdade era minha obrigação como filho cuidar do meu pai, nada mais justo, pois naquele momento era ele quem precisava de mim (E19).

Os cuidadores cuidam porque não veem outra saída, sentem-se obrigados a desenvolver tal atitude. Assim sendo, quando percebe tal sentimento frente ao objeto cuidado e mesmo assim ainda continua a assumir a responsabilidade ontológica de cuidar, muda-se o

percurso, torna-se um dês-cuidador. E nesta perspectiva entendemos que surge a obrigação de descuidar.

Estudos ressaltam que não existe um “cuidador absoluto”, pois nem sempre assumir as funções de um cuidador significa efetivamente o desejo de cuidar de alguém, muito menos a plena possibilidade de fazê-lo^(5,16). Pelo contrário, às vezes o que realmente motiva o ser a assumir uma relação de cuidado para com o outro são os sentimentos de responsabilidade, de retribuição aos cuidados já recebidos ao longo da vida e em outras ocasiões o desejo de se beneficiar com a ajuda oferecida^(10,15).

Assim sendo, o cuidador ao exercer suas funções não o fará com total êxito, desumanizando o cuidado, uma vez que o motivo impulsionador da ação não advém essencialmente de afeto e sim de obrigação. Entendemos que a obrigação neste caso funciona como um indicador negativo à saúde, permitindo ao cuidador a coisificação do objeto cuidado.

O cuidar humanizado implica, por parte do cuidador, exercer na prática o resituar das questões pessoais num quadro ético, em que o cuidar vincula-se à compreensão da pessoa em sua peculiaridade e em sua originalidade de ser e não somente a reprodução do cuidado como obrigação⁽¹⁷⁾.

Na medida em que os cuidadores (re)significam suas experiências com atributos positivos ao cuidado, poderão sentir-se mais fortalecidos e encorajadas a continuar cuidando com dignidade⁽¹⁶⁾. Mas diante do possível descuidado prestado e da obrigação de descuidar eminente, esse fato não compartilha possibilidades, pois primar pela saúde do outro também é prevenir que algo de mais grave acometa-lhe⁽²⁾.

Por esse motivo, para que haja um avanço nas discussões sobre o cuidado, faz-se necessário que o cuidador adote a postura de colocar-se no lugar do ser que é cuidado para poder vislumbrar de uma forma mais aproximada quais são suas reais necessidades, e que o contexto em que se transcende o cuidado, garanta conforto, resolutividade e atendimento humanizado para os protagonistas do cuidado, seres que cuidam e seres que são cuidados.

Na presente subunidade os depoentes relacionaram o cuidar como obrigação e também realizaram diversas queixas em relação ao tempo, aos detalhes na atenção, a dedicação e a sobrecarga do cuidado prestado, ou seja, o cuidado deixa de ser realmente implementado e passa a ser o “descuidado”, pois as diversas inquietações dos cuidadores podem vir a implicar na qualidade da atenção aos que recebem, e conseqüentemente gerarem prejuízos a ambos envolvidos neste processo.

CONCLUSÃO

Neste estudo os entrevistados relacionaram suas experiências no cuidado ao sequelado de AVC, onde a sobrecarga na atenção aos seus receptores começa a ser visível em seus relatos, e desta forma surge então a exaustão no cuidar, porém o trabalho não é interrompido, pois os cuidadores sentem-se na obrigação de estarem realizando técnicas aos seus receptores. Tal comportamento novamente descaracteriza o ato de cuidar, pois como visto, este não é uma tarefa fácil e necessita de um ser preparado para atender às necessidades do outro.

Os cuidadores destacaram as necessidades que seus receptores demandam de muita atenção que ao cuidarem do outro esquecem as suas próprias necessidades. Pôde-se inferir que o descuidado de si ocorreu principalmente por estes não realizarem

alternância na atenção, onde somente um cuidador realiza a atenção, neste contexto, na ultima subunidade é perceptível o fardo de cuidar, onde o desejo de afastar-se do cuidado simboliza mais atenção para si.

Estas considerações tecidas a partir das representações sociais dos cuidadores necessitam de um olhar mais profundo por parte da enfermagem, uma vez que, este estudo servirá como base para a compreensão de alguns processos relacionados a pessoas acometidas por AVC, e seus cuidadores, visando proporcionar melhorias na qualidade de vida de ambos.

Alertar-se para a importância do apoio familiar a esses cuidadores como forma de enfrentarem os produtos negativos do cuidado prestado, contribuindo para o cuidado de si e do outro, tendo em vista que a equipe de saúde ainda apresenta entraves no momento de apoiar o cuidador, seja no ambiente hospitalar ou mesmo no domiciliar.

REFERÊNCIAS

1. Araujo JS, Silva SED, Santana ME, Vasconcelos EV, Conceição VM. Yes, i know what is the spill. The social representation of caregivers about the stroke. *Rev Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. 2012;4(1):2849-2859.
2. Araujo JS, Silva SED, Santana ME, Vasconcelos EV, Conceição VM. A obrigação de (des) cuidar: representações sociais sobre o cuidado a sequelados de acidente vascular cerebral por seus cuidadores. *Rev Min Enferm*. 2012;16(1):98-105.
3. Andrade LM, Costa MFM, Caetano JA, Soares E, Bezerra EP. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):37-43.
4. Becker SG, Crossetti MGO. Ampliando a consciência do eu: o cuidador olhando-se no espelho. *Rev Gaucha Enferm*. 2007;28(1):27-34.
5. Bocchi SCM, Angelo M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Cien saude colet*. 2005;10(3):729-38.
6. Boff L. Saber Cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2000.
7. Campos EP. *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde*. 3a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.
8. Figueiredo NMA. *Método e metodologia na pesquisa científica*. 2a ed. São Paulo: Yendis; 2007.
9. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
10. Ribeiro CG, Coutinho MPL, Saldanha AAW. Estudo das representações sociais sobre a AIDS por profissionais de saúde que atuam no contexto da soropositividade para o HIV. *j. bras. doenças sex. transm*. 2004;04(16): 14-18.
11. Spink MG. *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 2004.
12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien saude colet*. 2010;15(5):2297-2395.
13. Scramin AP, Machado WCA. Cuidar de pessoas com tetraplegia no ambiente domiciliário: intervenções de enfermagem na dependência de longo prazo. *Esc Anna Nery*. 2006;10(3):501-8.
14. Makiyama TYM, Battistella LR, Litvoc J, Martins LC. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta Fisiatr*. 2004;11(3):106-09.
15. Freitas ICC, Paula KCC, Soares JL, Parente ACM. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(4):508-13.
16. Perlini NMOG, Faro ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(2):154-163.
17. Pessini L, Bertachini L. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004.

Correspondência

Jeferson Santos Araújo
Rua Machado de Assis, 1034.
CEP: 14050-490
Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil
E-mail: jefaraujo@usp.br