



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

NAUANA NASCIMENTO NOVAIS

**O CUIDAR AO IDOSO LONGEVO NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES
FAMILIARES**

SALVADOR

2013

NAUANA NASCIMENTO NOVAIS

**O CUIDAR AO IDOSO LONGEVO NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES
FAMILIARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra em Enfermagem, área de concentração “Gênero, Cuidado e Organização dos Serviços de Saúde”, linha de pesquisa “O cuidado no processo de desenvolvimento humano”.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tânia Maria de Oliva Menezes

SALVADOR

2013

N821 Novais, Nauana Nascimento.
O cuidar ao idoso longevo no contexto das relações familiares/Nauana Nascimento Novais.- Salvador, 2013.
143 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2013. Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Tânia Maria de Oliveira Menezes.

1. Idoso – Cuidado familiar no contexto de suas relações 2. Longevidade – Cuidar do idoso no contexto das relações familiares CTS I. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. II. Título.

CDD – 618.97

NAUANA NASCIMENTO NOVAIS

**O CUIDAR AO IDOSO LONGEVO NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES
FAMILIARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra em Enfermagem, área de concentração “Gênero, Cuidado e Organização dos Serviços de Saúde”, linha de pesquisa “O cuidado no processo de desenvolvimento humano”.

Aprovada em 28 de Junho de 2013

BANCA EXAMINADORA

Tânia Maria de Oliva Menezes Tânia Maria de Oliva Menezes
Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia

Luzia Wilma Santana da Silva Luzia Wilma Santana da Silva
Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Adriana Valéria da Silva Freitas _____
Doutora em Saúde Coletiva e Professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo às pessoas que contribuíram para que ele realmente acontecesse, os sujeitos da pesquisa, as cuidadoras familiares dos seus entes parentais longevos, pois sem a solidariedade, a solicitude e o compartilhamento de suas vivências, este trabalho não poderia ser realizado. Também, pela doação e amor empenhados nesse árduo papel, que se reverte o cuidado a um ente idoso fragilizado e dependente.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por sempre me guiar para o melhor caminho, possibilitando-me fazer as melhores escolhas, no alcance do meu sucesso profissional e pessoal.

Aos Meus Pais (Renilton e Maria Olga), por ter me dado a vida e por me amar incondicionalmente, apoiando-me em todo meu caminhar, em especial o acadêmico, preocupando-se em proporcionar todo o suporte para que eu chegasse ao final desse percurso.

Aos Meus Irmãos (Marcel e Mateus), por sempre me apoiar e me amparar em todas as fases desse caminhar, alegrando-se com as minhas conquistas.

À **Minha Sobrinha** (Maria Luisa), por alegrar a minha vida e me proporcionar momentos de amor incondicional.

Aos Meus Familiares, por se fazerem sempre presentes em minha vida, sendo o suporte da minha caminhada, em especial, à acadêmica.

Aos Meus Amigos, por serem a fonte da minha alegria, da troca de conhecimentos e vivências, possibilitando-me crescer como pessoa e como profissional do cuidado.

À **Minha Orientadora** (Prof^a. Dr^a. Tânia Menezes), pela paciência, compreensão, solicitude e disponibilidade demonstrada durante todo o percurso do trabalho e pela transmissão e compartilhamento do seu conhecimento científico.

À **Minha Co-orientadora de coração e doação** (Prof^a. Dr^a. Luzia Wilma), por ter se constituído em minha mãe acadêmica, pois me introduziu na pesquisa, acompanhando meus primeiros passos durante a graduação, e continua sendo o meu suporte no meu caminhar enquanto pesquisadora, na transmissão do seu grande conhecimento científico, proporcionando-me um olhar mais sensível às interfaces e à complexidade do sistema familiar.

Aos Profissionais de Saúde e, em especial, aos Agentes Comunitários de Saúde, que contribuíram na realização desse trabalho, na medida em que me acolhiam na unidade de saúde e me conduziam às casas dos sujeitos da pesquisa, possibilitando a localização destes.

Às **Cuidadoras familiares, sujeitos da pesquisa**, por serem as principais responsáveis pela realização deste trabalho, pelo rico compartilhamento de seus sentimentos, sua vivência e sua experiência no cuidado à pessoa idosa longeva.

RESUMO

NOVAIS, Nauana Nascimento. **O cuidar ao idoso longo vivo no contexto das relações familiares**. 2013. 143 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia-UFBA, Salvador-BA, 2013.

O envelhecimento da população brasileira assume características peculiares, dada à rapidez com que vem se instalando e também devido ao fenômeno do prolongamento da vida, pois progride mais rapidamente na população acima de 80 anos. É sabido que as alterações funcionais, conseqüentes do processo de envelhecimento humano natural, acarreta uma maior predisposição ao surgimento de condições crônicas de saúde, que podem comprometer a independência da população idosa, fazendo-se necessária a presença constante de cuidadores que executem cuidados básicos diários a essa população. Na sociedade brasileira, recai sobre a família a responsabilidade pelo cuidado para com os idosos. Nesse contexto, é que este estudo teve como objetivo desvelar o cuidar familiar ao idoso longo vivo no contexto das relações familiares. Os objetivos específicos foram: analisar as percepções que os familiares cuidadores tem acerca da dinâmica familiar nos cuidados prestados ao longo vivo; compreender como se organiza e se estrutura o sistema de cuidados familiar para com o longo vivo no contexto das relações familiares; analisar as estratégias e as redes sociais de apoio utilizadas pelo sistema familiar nesse cuidar. A pesquisa teve uma abordagem qualitativa e exploratório-descritiva e o lócus de pesquisa foi o município de Jequié-BA, em domicílios de idosos longos vivos, que conviviam em ambiente doméstico-familiar com seus familiares cuidadores. Os sujeitos do estudo referiram-se a quinze membros familiares, de ambos os sexos, que acompanhavam o controle e cuidados de vida e saúde de seu ente longo vivo, dependente de cuidados. Os instrumentos de pesquisa foram: uma entrevista semiestruturada, três instrumentos de avaliação familiar - o APGAR Familiar, o Círculo Familiar de Thrower e o Ecomapa -, subsidiado pelo Diário de Campo. As exigências de procedimentos com humanos, contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, foram asseguradas incondicionalmente aos participantes desse estudo. A análise dos dados realizou-se a partir da tabulação dos indicadores socioeconômicos e de saúde, da organização dos dados que emergirem dos instrumentos de avaliação e no destaque de informações relevantes que emergirem das entrevistas semiestruturadas, seguindo o plano de análise temática de conteúdo. A discussão foi feita comparando os resultados entre si, fundamentando-se na revisão de literatura sobre dinâmica familiar, envelhecimento e longevidade, e na Abordagem Sistêmica, com análise compreensiva qualitativa. A pesquisa possibilitou o alcance dos objetivos. Quanto ao objetivo geral, através dos resultados pode-se desvelar o cuidar ao idoso longo vivo realizado pelos seus familiares cuidadores, no contexto de suas relações parentais. Os objetivos específicos também foram contemplados, à medida que os sujeitos expressaram as suas percepções acerca da dinâmica do funcionamento da sua família nos cuidados prestados a este no âmbito domiciliar, e as mesmas foram analisadas no curso da pesquisa. Também, foi possível compreender como o sistema de cuidados familiar para com o idoso longo vivo se organiza e se estrutura, no contexto das relações familiares, e verificou-se que a família utiliza como estratégia para o cuidado ao seu ente longo vivo apenas o suporte familiar, pois não dispõe de redes sociais de apoio formal, contemplando, assim, o segundo e o terceiro objetivos específicos.

Palavras-Chave: Longevidade; cuidado; relações familiares.

ABSTRACT

NOVAIS, Nauana Nascimento. **The long-lived elderly care in the family relationships context.** 2013. 143 p. Thesis (Masters in Nursing) – Nursing School, Bahia Federal University – UFBA, Salvador-BA, 2013.

Brazilian population aging has peculiar features due to the fastness it is happening and also due to the life extension phenomenon, once it more quickly progresses among the above 80 years old population. It is well known that the functional changes related to the natural human aging process entail a greater propensity to chronicle health conditions appearance, which may compromise the elderly population independence, making needed the constant caregivers presence to execute basic daily care to such population. In Brazilian society, this responsibility for the elderly care falls over the family. In this context, this study aimed at revealing the family care to long-lived elderly in the context of family relationships. The specific objectives were: analyzing family caregivers' perception on the family dynamics in the care to the long-lived ones; understanding how the system of the family care to the long-lived gets organized and structured in the family relationships context; analyzing the strategies and social support nets used by the family system in such care. This research had qualitative and descriptive-exploratory approach and research *locus* was the city of Jequié-BA, in long-lived elderly homes, living in domestic-familiar environment with their family caregivers. The study subjects were fifteen family members, of both sexes, which followed the control and life and health care of their long-lived and care dependent member. Research instruments were: a semistructured interview, three family evaluation instruments – Family APGAR, Thrower Family Circle and Ecomap, supported by the field diary. Human procedures requirements included in the Resolution 196/96 of the Health Ministry National Health Council were totally granted to the participants of this study. Data analysis was made with the tabulation of health and socioeconomic indicators, with the organization of data that emerged from the evaluation instruments and highlighting relevant information that emerged from the semistructured interviews, following the theme content analysis plan. Discussion was made comparing the results among themselves, basing on literature review on family dynamics, aging and long-living, and on the System Approach, with a comprehensive qualitative analysis. This research allowed reaching the objectives. Concerning to the general objective, by the results it was possible to reveal the care to the long-lived elderly provided by their family caregivers in the context of their family relationships. Specific objectives were also fulfilled, once the subjects expressed their perceptions on the family operation dynamics in the care provided in the home context, and which were also analyzed during this research. It was also possible understanding how the family care system towards to the long-lived elderly gets organized and structured, and it was noticed that the family uses as care strategy only the family support, once it is not available formal support social networks, attending, thus, the second and third specific objectives.

Keywords: Longevity; care; family relationships.

RESUMEN

NOVAIS, Nauana Nascimento. **El cuidar al anciano longevo en el contexto de las relaciones.** 2013. 143 p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía – UFBA, Salvador-BA, 2013.

El envejecimiento de la población brasileña asume características peculiares, dada la rapidez con que viene instalándose y también debido al fenómeno del alargamiento de la vida, pues progresa más rápidamente en la población allá de los 80 años. Es sabido que los cambios funcionales, consecuentes del proceso de envejecimiento humano natural implican en mayor predisposición al surgimiento de condiciones crónicas de salud, que pueden comprometer la independencia de la población anciana, haciéndose necesaria la presencia constante de cuidadores que ejecuten cuidados básicos diarios a esa población. En la sociedad brasileña, cae sobre la familia la responsabilidad por el cuidado de los ancianos. En ese contexto, este estudio tuvo como objetivo revelar el cuidar familiar al anciano longevo en el contexto de las relaciones familiares. Los objetivos específicos fueron: analizar las percepciones que los familiares cuidadores tienen sobre la dinámica familiar en los cuidados prestados al longevo; comprender como se organiza y se estructura el sistema de cuidados familiar para con el longevo en el contexto de las relaciones familiares; analizar las estrategias y las redes sociales de soporte utilizadas por el sistema familiar en ese cuidar. La pesquisa tuvo abordaje cualitativo y exploratorio-descriptivo y el locus de pesquisa fue el municipio de Jequié-BA, en residencias de ancianos longevos que convivían en ambiente doméstico-familiar con sus familiares cuidadores. Los sujetos del estudio fueron quince miembros familiares, de ambos sexos, que acompañaban el control y cuidados de vida y salud de su miembro longevo, dependiente de cuidados. Los instrumentos de pesquisa fueron: una entrevista semiestructurada, tres instrumentos de evaluación familiar – el APGAR Familiar, el Círculo Familiar de Thrower y el Ecomapa – subsidiado por el Diario de Campo. Las exigencias de procedimientos con humanos, contenidas en la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud, fueron aseguradas incondicionalmente a los participantes de ese estudio. El análisis de datos se realizó a partir de la tabulación de los indicadores socioeconómicos y de salud, de la organización de los datos que emergieron de los instrumentos de evaluación y en el destaque de informaciones relevantes que emergieron de las entrevistas semiestructuradas, siguiendo el plan de análisis temático de contenido. La discusión fue hecha comparando los resultados entre sí, basándose en la revisión de literatura sobre dinámica familiar, envejecimiento y longevidad, y en el Abordaje Sistémico, con análisis comprensivo cualitativo. La pesquisa tornó posible el alcance de los objetivos. Cuánto al objetivo general, a través de los resultados, fue posible revelar el cuidar al anciano longevo realizado por sus familiares cuidadores en el contexto de sus relaciones parentales. Los objetivos específicos también fueron contemplados en la medida que los sujetos expresaron sus percepciones a cerca de la dinámica del funcionamiento de su familia en los cuidados prestados a este en el ámbito domiciliar, y las mismas fueron analizadas en el curso de la pesquisa. También, fue posible comprender como el sistema de cuidados familiar para con el anciano longevo se organiza y se estructura, y se verificó que la familia utiliza como estrategia para el cuidado a su ente longevo apenas el soporte familiar, pues no dispone de redes sociales de soporte formal, contemplando, así, el segundo y el tercero objetivos específicos.

Palabras-clave: Longevidad; cuidado; relaciones familiares.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias e subcategorias da análise de conteúdo da entrevista semiestruturada	48
Quadro 2 – Caracterização das(os) idosas(os) longevas(os), por famílias. Jequié, BA, 2013	51
Quadro 3 – Caracterização das(os) cuidadoras(es), por famílias. Jequié, BA, 2013	52
Quadro 4 – Caracterização das famílias. Jequié, BA, 2013	54
Quadro 5 – Funcionalidade familiar por famílias, segundo resultados do APGAR Familiar	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ecomapa e Círculo Familiar de Thrower da Família 1	57
Figura 2 – Ecomapa e Círculo Familiar de Thrower da Família 2	59
Figura 3 – Ecomapa e Círculos Familiar de Thrower da Família 3	61
Figura 4 – Ecomapa e Círculos Familiar de Thrower da Família 4	63
Figura 5 – Ecomapa e Círculo Familiar de Thrower da Família 5	65
Figura 6 – Ecomapa e Círculos Familiar de Thrower da Família 6	66
Figura 7 – Ecomapa e Círculos Familiar de Thrower da Família 7	68
Figura 8 – Ecomapa e Círculos Familiar de Thrower da Família 8	70

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS: a inquietação que emergiu do meu ser	13
2 REVISÃO DE LITERATURA: tecendo o olhar sobre a literatura	18
2.1 ENVELHECIMENTO E LONGEVIDADE NO BRASIL: demografia, epidemiologia e implicações nas políticas públicas	18
2.2 O CUIDAR/CUIDADO AO IDOSO LONGEVO: desvelando o cuidado familiar	26
2.3 DA NECESSIDADE DE CONTEXTUALIZAR A REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL AO IDOSO LONGEVO	28
3 REFERENCIAL TEÓRICO: fundamentando-se no referencial teórico para compreender o cuidado familiar ao idoso longo	32
3.1 ABORDAGEM SISTÊMICA NA PERSPECTIVA DE VASCONCELLOS (2002)	32
3.1.1. Abordagem sistêmica à família de pessoas idosas longevas	33
4 METODOLOGIA: o caminho para desvelar o cuidado familiar	36
4.1 NATUREZA DA PESQUISA	36
4.2 LÓCUS DO ESTUDO	37
4.3 SUJEITOS	38
4.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	39
4.5 INSTRUMENTOS PARA CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS E COLETA DE DEPOIMENTOS	40
4.6 O CAMINHO PERCORRIDO	44
4.7 ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS	46
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO: interpretando o que emergiu dos depoimentos	50
5.1 O PRIMEIRO MOMENTO – OLHANDO PARA OS QUADROS E BUSCANDO O QUE ELES NOS REVELAM	51
5.2 O SEGUNDO MOMENTO – CONHECENDO AS FAMÍLIAS E SUAS REDES SOCIAL DE APOIO	56
5.3 O TERCEIRO MOMENTO – TRANSVERSALIZANDO O OLHAR SOBRE OS QUADROS E AS FIGURAS PARA O ENCONTRO COM A ANÁLISE DAS CATEGORIAS	72
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: o que foi desvelado durante toda trajetória	119
REFERÊNCIAS	122

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	132
APÊNDICE B – Roteiro para entrevista	134
APÊNDICE C – Ecomapa	136
APÊNDICE D – Simbologia do Genograma	137
ANEXO A – Escala de Barthel	138
ANEXO B – Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP-UFBA	139
ANEXO C – APGAR Familiar	140
ANEXO D – Círculo familiar de Thrower adaptado	141
ANEXO E – Simbologia da psicofigura de MITCHEL	142
ANEXO G – Ofício de solicitação e autorização para coleta de dados	143

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS: a inquietação que emergiu do meu ser

O envelhecimento da população brasileira assume características peculiares, dada a rapidez com que vem se instalando e também, segundo Menezes (2009), devido ao fenômeno do prolongamento da vida, visto que o envelhecimento populacional brasileiro vem progredindo muito mais rapidamente na população acima de 80 anos, alterando a composição etária dentro do próprio grupo.

Diferentemente dos países da Europa, onde a transição etária aconteceu de forma lenta, acompanhada do desenvolvimento econômico e social desses países, no Brasil ela tem causado mais transtornos econômicos e sociais, devido ao despreparo econômico, político e social, haja vista às desigualdades sociais evidentes no país, tanto em renda quanto em serviços (NOGUEIRA, 2010; OLIVEIRA, 2010).

De acordo com Silva, Galera e Moreno (2007), a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera um país estruturalmente envelhecido quando o número de idosos, ou seja, pessoas com 60 anos ou mais idade em países em desenvolvimento, ultrapassa 7% da população total.

Dessa forma, os resultados preliminares do censo demográfico brasileiro de 2010 revelam um país envelhecido, considerando que a população idosa já representa 10,8% da população total do Brasil, sendo que os idosos longevos, àqueles com idade igual ou superior a 80 anos, alcançaram, em 2010, a marca de 2.935.585, representando 1,54% da população total e 14,2% da população idosa do país. Se considerarmos os longevos do estado baiano, esse número torna-se ainda mais expressivo, pois já representavam 232.401, o que equivale a 1,7% da população total da Bahia e 16% da população de idosos desse estado (IBGE, 2011).

Esse notável crescimento de idosos na população geral reflete ganhos positivos em termos de desenvolvimento social, contudo, é sabido que as alterações funcionais, consequentes do processo de envelhecimento humano natural, acarretam uma maior predisposição do indivíduo ao surgimento de condições crônicas de saúde e suas possíveis sequelas debilitantes, acentuando os índices de comorbidade que podem comprometer a independência da população idosa, fazendo-se necessária a presença constante de cuidadores que prestem cuidados básicos diários a essa população. Gonçalves et al. (2006) corroboram com essa argumentação, quando afirmam que há uma estimativa de 85% dos idosos brasileiros apresentando pelo menos uma doença crônica, e destes, pelo menos 10% apresentam sobreposição de afecções concomitantes.

Assim, o fenômeno do envelhecimento e da longevidade populacional torna-se fator impactante em todos os âmbitos da sociedade, mas, em especial no da saúde, por causar repercussões nos diversos níveis assistenciais, demandando novos recursos e estruturas na saúde. Schossler e Crossetti (2008) afirmam que, devido aos agravos dos danos e das complicações de patologias típicas dessa faixa etária, há uma crescente demanda desta população em internações hospitalares, e o tempo de ocupação do leito é mais elevado, o que acarreta altos custos para o Estado.

Na sociedade brasileira recai sobre a família a responsabilidade pelo cuidado para com as pessoas idosas nessa fase do ciclo vital e a indicação da permanência dos idosos incapacitados em suas próprias casas torna-se uma alternativa para reduzir os custos com a assistência hospitalar e institucional. No entanto, é importante frisar que, apesar do cuidado dos idosos fragilizados ser um dever legal dos familiares, e a família ser considerada como a primeira e a mais constante unidade de saúde para seus membros, bem como a rede de suporte mais próxima do indivíduo, atualmente, a família vem sofrendo diversas modificações, como a maior inserção da mulher no mercado de trabalho e a diminuição do número de componentes na família, que podem acarretar dificuldades em assumir a responsabilidade do cuidado ao idoso. Além disso, deve-se considerar a fragilidade da família quanto aos recursos, às informações e às condições necessárias para que se possa, de fato, assumir a função cuidadora (SILVA; NOVAIS, 2009).

Assim, começam a surgir inquietações com relação ao importante papel da família no cuidado a seus membros, visualizando-se a necessidade que os pesquisadores em saúde têm em conhecê-la, compreendê-la e cuidá-la. A família passa, então, a ser o foco da atenção, compreendida a partir do ambiente onde vive; e o domicílio torna-se um cenário de assistência, de promoção à saúde e de prevenção às doenças, já que é no espaço das inter-relações familiares que suas necessidades são evidenciadas, e isso favorece a efetivação de estratégias fundamentais para o planejamento das ações de cuidados de Enfermagem (MEIRELES et al., 2007).

Por isso, a relevância da organização estrutural familiar no cuidado à saúde tem sido bastante enfatizada nos dias atuais, demonstrando, em inúmeros estudos, que o trabalho com famílias tornou-se imprescindível na concepção dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), pela necessidade de compreender a complexidade, a multidimensionalidade e a multidiversidade da família enquanto sistema de cuidados entre seus membros, a partir de estudos que tenham como propósito conhecer a dinâmica do cuidado familiar no contexto de suas relações (SILVA; NOVAIS, 2009).

Vale salientar que, apesar dos estudos sobre família terem crescido no decorrer dos anos com inúmeras publicações, tendo se constituído em um vasto campo de pesquisa, há grande carência de se refletir sobre os aspectos teórico-metodológicos que embasam o estudo de família, considerando as suas particularidades enquanto contexto das ações profissionais em saúde. Também, evidencia-se a necessidade de se desenvolver cada vez mais conhecimentos referentes à longevidade e ao cuidado domiciliário, para compreender as necessidades apresentadas pelos gerentes longevos e sua família cuidadora e propor um cuidado condizente a estes, considerando as peculiaridades do idoso longevo e seu contexto familiar.

O idoso longevo apresenta-se em uma fase do ciclo vital onde o torna mais suscetível à fragilização e dependência, devido à frequência de comorbidades crônicas degenerativas que se vão agravando com o passar do tempo. Sua família cuidadora também tem peculiaridades, já que muitos dos seus filhos cuidadores já estão na terceira idade ou se aproximando dela. Portanto, tendo em vista que o cuidado filial é muito frequente e o mais provável, e que cuidadores mais velhos sofrem mais com a sobrecarga do cuidar, na medida em que favorecem o surgimento e/ou agravamento de doenças, o cuidado familiar ao longevo torna-se mais desgastante, podendo relacionar-se ao descuido da própria saúde do cuidador, comprometendo e agravando as condições clínicas de quem cuida e de quem é cuidado.

Assim, conhecer a família do idoso longevo em todas as suas dimensões, mantendo fortalecido o vínculo de confiança e proximidade entre seus membros e a equipe de saúde, permite a troca de conhecimentos e práticas de cuidado que contemplem as características esperadas na construção de um novo modelo de saúde.

Nesse contexto, é que este estudo teve como propósito desvelar o cuidar familiar ao idoso longevo no contexto das relações familiares, tendo como objeto de investigação o cuidar familiar ao idoso longevo no contexto das relações familiares.

A escolha deste tema emergiu da minha experiência como bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq, durante o período de Agosto/2008 a Julho/2009, na pesquisa interinstitucional “A Dinâmica da família de idosos mais idosos: o convívio e cuidados na quarta idade”, e como discente voluntária no Grupo de Estudo de Família do “Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas (NIEFAM)” – Linha de pesquisa: “Família em seu ciclo vital”, no qual a referida pesquisa esteve inserida.

A curiosidade de compreender mais sobre a dinâmica familiar foi o que me impulsionou a participar da seleção de bolsa PIBIC/CNPq, no VI semestre da minha

graduação em Enfermagem na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), quando cursei a disciplina optativa “Saúde da Família”, a qual me possibilitou conhecer como se estruturam as relações intrafamiliares e como a dinâmica familiar interfere no contexto de cada indivíduo, em suas ações e, conseqüentemente, em sua saúde.

A inquietação acerca dessa temática foi também a razão de pesquisas sobre família e seu contexto de relações, as quais ampliaram meu foco de investigação, a partir das lacunas encontradas no estado da arte, e me estimularam a desenvolver vários estudos, incluindo o meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da graduação em Enfermagem¹. Esse TCC versou sobre as interferências intrafamiliares na qualidade de vida e saúde de familiares cuidadores de idosos mais idosos, e me possibilitou entender como as relações familiares são capazes de influenciar, sobremaneira, na qualidade de vida e saúde desses cuidadores, em especial, naquelas famílias que apresentam disfunção inter-relacional entre seus membros.

Partindo do pressuposto que as relações familiares influenciam não só na qualidade de vida e saúde dos familiares cuidadores de idosos longevos, mas, também, na maneira como o cuidado é percebido, sentido e realizado pelos membros das famílias que vivenciam o cuidado no subsistema idoso longo dependente de cuidados, bem como na forma como essas famílias se estruturam para desenvolver o cuidado a esse ente idoso, é que me proponho a dissertar sobre essa temática. Daí emergiu a questão: como se dá o cuidar familiar ao idoso longo no contexto das relações familiares?

Para tanto, este estudo teve como **objetivo geral** desvelar o cuidar familiar ao idoso longo no contexto das relações familiares e como **objetivos específicos**: 1. Analisar as percepções que os membros da família cuidadora do idoso longo tem acerca da dinâmica do funcionamento da sua família nos cuidados prestados a este no âmbito domiciliar; 2. Compreender como se organiza e se estrutura o sistema de cuidados familiar para com o idoso longo no contexto das relações familiares; 3. Analisar as estratégias e as redes sociais de apoio utilizadas pelo sistema familiar no cuidar ao idoso longo.

Pautada em experiências registradas na literatura e buscando adaptações ao contexto de estar inserida, como profissional enfermeira, em uma sociedade envelhecida, com cada vez mais idosos que necessitam de cuidados específicos, este estudo mostra-se relevante por discorrer sobre as temáticas envelhecimento, longevidade e relações familiares, algo tão real e

¹NOVAIS, Nauana Nascimento. **Qualidade de vida e saúde dos familiares cuidadores de idosos com 80 anos ou mais de idade – interferências intrafamiliares**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, Jequié-BA, 2009.

potencial nos tempos atuais, acreditando que os resultados desse estudo poderão servir de subsídio para profissionais da área de saúde, com destaque à enfermeira, a desenvolver mais estudos na área da longevidade e família e a prestar um cuidado, tanto ao idoso longo quanto à sua família cuidadora, que seja capaz de incluir o contexto familiar no processo de envelhecimento, já que os modelos de assistência à saúde, nos últimos anos, tem passado por diversas mudanças, com a criação de programas que visam o atendimento no domicílio focalizado na família, como o Programa Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Internação Domiciliária, entre outros, que exigem maior aproximação dos profissionais para atenção ao contexto pessoa idosa-família.

2 REVISÃO DE LITERATURA: tecendo o olhar sobre a literatura

2.1 ENVELHECIMENTO E LONGEVIDADE NO BRASIL: demografia, epidemiologia e implicações para as políticas públicas

Na literatura atual, é notório o crescente interesse em desvelar as mudanças demográficas e epidemiológicas, em estudar o envelhecimento e em propor políticas públicas de saúde que atentem para o melhor bem-viver da parcela da população que mais cresce nas últimas décadas, a de idosos. No Brasil, a maioria dos estudos sobre essa temática apresenta dados referentes ao aumento do estrato de idosos, com projeções crescentes dessa população para às próximas décadas, o que faz emergir a necessidade de uma maior atenção às consequências desse fenômeno, bem como às estratégias para melhor assistir esse grupo etário.

Até pouco tempo, o envelhecimento populacional nunca esteve entre as principais preocupações da sociedade brasileira, pois essa sociedade ainda é vista em todo o mundo como sinônimo de juventude (BANCO MUNDIAL, 2011). No entanto, nas últimas décadas, consideráveis mudanças nas estruturas demográficas e epidemiológicas em nosso país ocasionou um rápido processo de envelhecimento populacional, sendo hoje o envelhecimento brasileiro considerado um processo moderado avançado, segundo a classificação do Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografia - CELADE, órgão da Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL, das Nações Unidas (IBGE, 2008).

De acordo com os resultados do Censo Demográfico de 2010, a população brasileira alcançou a marca de 190.755.799 habitantes, sendo que os idosos (população com 60 anos ou mais) correspondem a 20.590.599, o que representa 10,8% do total dessa população (IBGE, 2011). Em apenas três anos, já se observa um aumento de 0,3% da população idosa, visto que dados do IBGE (2008) referem que os idosos representavam, em 2007, 10,5% do total do país, o que nos remete a pensar em um aumento proporcional de 0,1% ao ano desse grupo etário em nossa sociedade.

Segundo Veras (2009), o número de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008, correspondendo a um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. Esse incremento constante da população idosa reflete a progressiva diminuição das taxas de fecundidade e, em menor proporção, a diminuição das taxas de mortalidade e o crescimento da esperança de vida ao nascer (IBGE, 2008; IBGE, 2011; BANCO MUNDIAL, 2011). É dito menor proporção, pois, como dito por Nasri (2008),

o processo de envelhecimento populacional resulta do declínio da fecundidade e não do declínio da mortalidade, ou seja, uma população envelhece à medida que aumenta a proporção de indivíduos idosos e diminui a proporção de indivíduos mais jovens.

De fato, o que se vem observando no decorrer das décadas, a partir dos anos 70 do século passado, é a diminuição gradativa da população brasileira, em especial dos grupos etários com idade até 25 anos, devido ao declínio dos níveis de fecundidade observados a partir dos anos 60 (IBGE, 2011). A mulher brasileira tinha, em média, mais de seis filhos no começo dos anos 60 e atualmente tem menos de dois, 1,9 filho (BANCO MUNDIAL, 2011).

Os avanços da ciência e da tecnologia, e o acelerado processo de industrialização e urbanização têm trazido significativas melhorias nas condições socioeconômicas e de saúde da população, o que tem favorecido a redução da mortalidade e o conseqüente crescimento da expectativa de vida ao nascer (RAVELLI et al., 2009; FERREIRA et al., 2010; OLIVEIRA-CAMPOS, CERQUEIRA, RODRIGUES NETO, 2011). No entanto, a redução da mortalidade não tem sido tão rápida e profunda quanto à da fecundidade, e a expectativa de vida, apesar de ter aumentado quase 25 anos, nos últimos 50 anos, tendo, hoje, a média de 72,3 anos, é ainda consideravelmente menor do que outros países da América Latina (NASRI, 2008; BANCO MUNDIAL, 2011).

Dessa maneira, fica explícito que a involução do número de habitantes de um país relaciona-se mais diretamente com a taxa de fecundidade. Então, considerando que o Brasil já tenha alcançado a taxa de fertilidade total abaixo do nível de reposição (média de fertilidade de 2,1 crianças por mulher, conforme dito por Schneider e Irigaray (2008)), torna-se tendência o expressivo aumento da população idosa no país, em detrimento do decréscimo da população brasileira, em especial nas faixas etárias mais jovens.

Dados do IBGE (2011) corroboram com essa afirmativa, quando demonstram que o Brasil cresceu 27,8% no período entre os anos de 1970 e 1980, 23,4% no período entre 1980 e 1991, 15,6% entre 1991 e 2000, e 12,3% entre 2000 e 2010, resultando em um crescimento médio anual de apenas 1,17% nessa última década, crescimento esse que se deu, principalmente, em função do crescimento da população adulta, com destaque também para o aumento da participação da população idosa.

O incremento relativo do contingente de pessoas com 60 anos ou mais idade, no período de 1997 a 2007 foi de 47,8%, tendo o segmento populacional de 80 anos ou mais idade um valor ainda superior, 86,1% (IBGE, 2008). Assim, observa-se que dentro do próprio grupo de idosos, há um crescimento mais evidenciado nas faixas etárias com idade igual ou

superior a 80 anos, são os chamados idosos longevos, muito idosos, idosos mais idosos ou idosos da quarta idade.

A evolução da estrutura etária da pirâmide populacional nos sugere que, confirmadas as tendências esperadas de mortalidade e fecundidade, a população do Brasil tende a dar continuidade a esse acelerado processo de envelhecimento. Segundo Tahan e Carvalho (2010), no período de 1960 a 2025, o Brasil deve passar da décima sexta para a sexta posição mundial em relação ao contingente populacional de idosos.

Projeções do relatório do Banco Mundial (2011) para o envelhecimento brasileiro referem que nos próximos 40 anos, o número de idosos crescerá a uma taxa de 3,2% ao ano, comparada a 0,3% da população total, tendo como resultado um número de 64 milhões de idosos em 2050, 29,7% da população total. Ou seja, a população idosa irá mais que triplicar nas próximas quatro décadas, de menos de 20 milhões em 2010, para aproximadamente 65 milhões em 2050.

Carvalho e Rodríguez-Wong (2008) também trazem projeções de uma provável trajetória da estrutura etária da população brasileira durante a primeira metade do século XXI. Segundo os autores, as pessoas com idades superiores a 65 anos aumentarão a taxas positivas e altas durante todo o período, sendo que a população de 75 anos e mais idade terão taxas de crescimento superiores a 4% durante grande parte da primeira metade do presente século. No último quinquênio analisado, de 2045 a 2050, a população idosa aumentaria 2,4% anualmente e provavelmente 550 mil idosos serão acrescidos na população do país no primeiro quartel do século XXI, superando à casa de um milhão, entre 2025 e 2050.

Seguindo ainda essas projeções, em 2025, para cada 100 jovens menores de 15 anos, haverá em torno de 46 idosos, e que em 2050, o número de pessoas idosas ultrapassaria o de crianças, correspondendo a aproximadamente 19% da população brasileira, contra 3,1% em 1970. Os idosos longevos, provavelmente, corresponderão a aproximadamente 28%, contra 17% em 2000, sabendo-se que a população feminina das mais idosas será ainda mais expressiva, passando de 18% em 2000, para em torno de 30,8% em 2050, o que reflete o significativo envelhecimento da própria população idosa.

Nasri (2008) acrescenta que a população mais idosa será de modo eminente feminina. Segundo o autor, no ano de 2000, para cada 100 mulheres idosas, havia 81 homens idosos e em 2050 haverá provavelmente cerca de 76 idosos para 100 idosas, sendo que no grupo acima de 80 anos, estima-se que, em 2050, teremos duas idosas para cada idoso. Esses dados nos remetem a um fenômeno bastante discutido na atualidade, o da “feminização da velhice”, o qual decorre do maior aumento da expectativa de vida das mulheres em relação ao dos

homens. Segundo Oliveira-Campos, Cerqueira e Rodrigues Neto (2011), há um maior número de óbitos masculinos em quase todos os grupos etários, resultando em um maior contingente de mulheres sobreviventes.

Apesar de esse fenômeno ser comum em países em estágio avançado de transição demográfica, o Brasil já dá indícios de que, em um futuro próximo, terá a “feminização da velhice” como uma realidade em sua sociedade (BANCO MUNDIAL, 2011). Dados do IBGE (2011) revelam que, da população total de idosos, 55,5% representam as mulheres e 44,5% os homens. Se considerarmos os idosos longevos essa diferença torna-se ainda mais expressiva, com um percentual de 61,4% mulheres longevas contra 38,6% de homens longevos.

Segundo o relatório do Banco Mundial (2011), embora o aumento do contingente de mulheres, em especial idosas, represente um aumento substancial da participação da mão-de-obra feminina, a aposentadoria precoce é ainda comum entre as mulheres, o que implica em consequências importantes sobre a produção econômica e os benefícios de pensão e aposentadoria. Salienta-se, ainda, o fato de que o aumento da expectativa de vida é geralmente marcado por fragilidade e dependência, devido à presença de doenças crônicas, tendo importantes implicações para as políticas sociais, de saúde e assistência de longo prazo, haja vista que uma grande parte dessas mulheres é viúva, vive só, não tem experiência de trabalho no mercado formal e possui um baixo nível educacional (OLIVEIRA-CAMPOS; CERQUEIRA; RODRIGUES NETO, 2011).

De fato, o envelhecimento e a longevidade humana, independente do sexo considerado, trazem consigo a deterioração funcional progressiva e generalizada, que resulta na perda da capacidade adaptativa às situações de estresse e no risco para desenvolver doenças relacionadas à velhice (DIAS et al., 2011).

Para Brasil (2006a), o envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos - senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema, mas que, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Dessa forma, seria um erro considerar todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa como decorrentes de seu envelhecimento natural.

Apesar de termos a consciência de que não podemos tratar o fenômeno do envelhecimento humano como sinônimo de doenças, incapacidades e dependências, é fato que a transição demográfica, com o aumento da população idosa no país, tem acarretado uma transição epidemiológica, visto que o perfil de morbimortalidade da população muda, devido

ao declínio das moléstias transmissíveis e agudas, e ao aumento das não transmissíveis, crônicas e múltiplas, as quais são associadas à incapacidade, dependência e perda de autonomia (NASRI, 2008; VERAS, 2009; VICTOR et al., 2009; NASCIMENTO et al., 2011; OLIVEIRA-CAMPOS; CERQUEIRA; RODRIGUES NETO, 2011).

Segundo Oliveira-Campos, Cerqueira e Rodrigues Neto (2011), as doenças e agravos não transmissíveis são responsáveis por cerca de dois terços do total de doenças no Brasil, podendo ter uma progressão mais rápida pela dificuldade de um diagnóstico precoce e um tratamento adequado. Veras (2009) acrescenta, trazendo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE de 1998, os quais revelam que na população, em cada três indivíduos, um é portador de doença crônica e, entre os idosos, oito em cada dez possuem pelo menos uma doença crônica. Tomando-se a estimativa apresentada por Oliveira-Campos, Cerqueira e Rodrigues Neto (2011), de que, até 2025, 80 a 90% dos casos ocorrerão em parcelas da população de média e baixa renda familiar, essas inferências tornam-se ainda mais preocupantes.

É sabido que o comprometimento crônico de saúde exige maior utilização de unidades de terapia intensiva, de hemodinâmica e métodos dialíticos, maior uso de medicamentos de forma contínua, aumento na realização de exames de controle, consultas médicas e maior necessidade de cuidados constantes, o que acarreta uma maior procura por serviços de saúde e frequentes internações hospitalares, com maior tempo de ocupação de leitos (NASRI, 2008; VERAS, 2009).

Assim, a transição demográfica juntamente com a epidemiológica é responsável por mudanças nas diversas estruturas da sociedade, abrangendo o setor político, econômico, social, as relações familiares e, em especial, os sistemas e serviços de saúde.

O impacto do envelhecimento populacional torna-se rapidamente aparente nas projeções dos gastos públicos em educação, saúde e previdência, haja vista que os gastos públicos em saúde e previdência tendem a aumentar, em detrimento da diminuição dos investimentos em outros setores, como educação. Isso se explica pelo considerável peso das aposentadorias e pensões, e da assistência à saúde nos orçamentos públicos. De fato, com o aumento da população idosa, aumenta-se também a intensidade de utilização dos serviços de saúde, bem como o número de aposentados e pensionistas (BANCO MUNDIAL, 2011).

Apesar do aumento nos gastos com a população idosa, a qualidade de vida e saúde desses idosos deve ser avaliada, bem como a qualidade da assistência e cuidados a eles prestados, visto que o aumento do investimento para esse grupo etário não significa, necessariamente, que há uma considerável melhoria no seu bem-estar. E, por outro lado, a

magnitude do aumento desses gastos em saúde dependerá essencialmente se esses anos a mais serão saudáveis.

A esse respeito, há de se considerar que o forte crescimento no número de pessoas muito idosas nos próximos anos resultará em um maior número de idosos debilitados e dependentes de cuidados diários. Segundo Brasil (2006a), a dependência para o desempenho das atividades de vida diária tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos e cerca de 50% entre os idosos com 90 anos ou mais.

Assim, a rápida alteração na estrutura etária brasileira cria, para o país, grande impacto nas políticas públicas destinadas ao setor saúde, que tem necessitado de um novo modelo de gestão, a fim de enfrentar os novos desafios relativos a doenças crônico-degenerativas (OLIVEIRA, 2010). Também, as políticas públicas têm enfatizado a necessidade de garantir direitos à pessoa idosa e de preservar a sua dignidade para poder gozar de um envelhecimento com qualidade. E para que os anos sejam vividos com qualidade, é preciso, além de melhoria na saúde da população idosa, que o Estado redefina o seu papel de gestor nas relações entre velhice e sociedade civil, promovendo políticas de inserção social da velhice que reconheça um maior estatuto de cidadania ao grupo de idosos, enquanto “cidadãos de terceira idade” (VERAS, 2009).

Não se pode deixar de considerar também o reconhecimento das particularidades dos idosos longevos por parte das instituições formadoras, universidades e órgãos públicos, de forma que fomentem o avanço científico do tema e a formação de profissionais capacitados e com interesse de fornecer atenção de qualidade a esses cidadãos (LIMA; MENEZES, 2011).

Salienta-se, então, que, apesar de o envelhecimento da população ser uma conquista social, tem requerido mudanças no foco de atenção das políticas públicas, colocando desafios ao poder público, bem como à sociedade e à família.

Nessa perspectiva, com o propósito de dar maior atenção às necessidades específicas do grupo etário com maior crescimento no país, é que têm sido criadas, nas últimas décadas, inúmeras leis, portarias e decretos, relacionados ao direito a uma velhice digna, protegida e respeitada, em um país marcado por profundas desigualdades sociais (PAULIN; OLIVEIRA, 2009). Destacam-se a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, muitas vezes citados na literatura, a fim de subsidiar o pensar/agir dos profissionais de saúde em relação à assistência prestada ao idoso.

A Política Nacional do Idoso, através da lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994 (BRASIL, 1994), visa assegurar os direitos sociais do idoso, criar condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmar seu direito à saúde

nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010; KLETEMBERG et al., 2010). Essa lei foi regulamentada pelo decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996, o qual estabelece ainda o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários para a reabilitação e a recuperação da saúde do idoso como uma das competências do Ministério da Saúde na implementação dessa política, em articulação com as Secretarias dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

O Estatuto do Idoso, instituído pela lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, foi elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos direitos dos idosos, configurando-se como um avanço no campo da atenção ao idoso, uma vez que amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades desse crescente grupo populacional (BRASIL, 2006b; CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010). Regulamenta os direitos assegurados à pessoa idosa, determinando as obrigações das entidades assistenciais e atribuindo penalidades nas situações de desrespeito ao idoso; prevê o atendimento de maneira sistematizada para a prevenção de doenças e a manutenção da saúde do idoso; e reconhece ao cidadão o direito ao envelhecimento, na perspectiva de garantir qualidade de vida e preparar os trabalhadores para uma aposentadoria, por meio de estímulos a novos projetos sociais e de esclarecimento sobre os direitos sociais e de cidadania, mostrando-se, dessa maneira, como uma estratégia de promoção da saúde dos idosos (BRASIL, 2006b; PAULIN; OLIVEIRA, 2009; CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que foi revisada e atualizada em outubro de 2006, por meio da Portaria GM Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, e a Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006c; RAVELLI et al., 2009), define como principal propósito a promoção do envelhecimento saudável e a ênfase na manutenção e melhoria da capacidade funcional, criando condições para promover sua autonomia, independência física e mental, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 2006c; VERAS, 2009; CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010; TAHAN; CARVALHO, 2010).

A revisão e atualização da referida política emergiram, dentre outros motivos, da prática ainda insatisfatória do sistema de saúde brasileiro e da vigência do Estatuto do Idoso, e acabou por determinar que órgãos e entidades do Ministério da Saúde, que tenham ações relacionadas com a saúde do idoso, promovam a formulação ou readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, em conformidade com as diretrizes e responsabilidades propostas por essa política (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

Recentemente, a portaria n. 2.669 (BRASIL, 2009), que estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde para o

biênio 2010-2011, elencou a atenção à saúde do idoso como prioridade primeira, apresentando como objetivo a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa e, como meta para os anos de 2010 e 2011, a redução em 2% da taxa de internação hospitalar de idosos por fratura de fêmur (BRASIL, 2009; CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

O que nos torna perceptível são os avanços em relação ao interesse em propor políticas públicas voltadas para a população idosa, refletindo as preocupações com a promoção do envelhecimento saudável, com a manutenção e a melhoria da capacidade funcional, com a prevenção de doenças, com a recuperação da saúde e com a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida. Salienta-se, em especial, a importância que se tem dado à indicação da permanência do idoso no seu domicílio, de forma autônoma, sob os cuidados familiares pelo maior tempo possível, capaz de possibilitar a manutenção dos vínculos com sua família e com a comunidade na qual está inserido, estimulando, dessa forma, a participação social (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

A Política Nacional do Idoso, a Política Nacional da Saúde do Idoso, o Estatuto do Idoso, bem como a Constituição Federal de 1988 defendem a permanência dos idosos dependentes no ambiente familiar e comunitário, a fim de evitar a sua institucionalização, tanto em nível hospitalar quanto asilar.

O art. 3º do Estatuto do Idoso trata da obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público em assegurar aos gerentes o respeito e a convivência familiar e comunitária, além de priorizar o atendimento por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar (BRASIL, 2006b; MOREIRA; CALDAS, 2007; SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007; DIAS, J. A. et al., 2011). A Constituição Brasileira dispõe sobre o dever dos filhos maiores de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade, de preferência nos seus lares (BRASIL, 1988; MOREIRA; CALDAS, 2007; SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007).

Assim, observando as disposições das políticas voltadas para o idoso, faz-se necessário que os profissionais de saúde sistematizem suas ações de cuidar no âmbito domiciliar da pessoa idosa e de sua família, atentando-se para aqueles cuidados relacionados com a promoção da saúde, com a prevenção de incapacidades e com a manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e da família cuidadora – ou do cuidador dito principal –, evitando-se, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005; VICTOR, 2009).

Dessa forma, torna-se indispensável que o cuidado ao idoso seja desvelado nesse estudo, dando-se ênfase ao cuidado familiar, a fim de que o estado da arte contribua para contextualizar e analisar o objeto que nos propomos desvelar. Segue, então, o tópico seguinte, tratando dessa temática.

2.2 O CUIDAR/CUIDADO AO IDOSO LONGEVO: desvelando o cuidado familiar

A literatura traz diversos conceitos de cuidar/cuidado, com diferentes enfoques e perspectivas e em contextos variados, refletindo a multidimensionalidade que está imbricada nesses termos. Há de convir, entretanto, que, como dito por Ballarin, Carvalho e Ferigato (2010), embora não haja uma ideia única acerca desses conceitos, há um conjunto de noções que se une, em seus aspectos básicos, para dar entendimento ao que se propõe denominar de cuidar/cuidado.

Partindo-se da profissão Enfermagem, a qual tem como base científica, teórica e prática o cuidado ao ser humano, esses conceitos tornam-se ainda mais abrangentes e necessários para dar corpo ao seu exercício profissional. Machado, Silva e Freitas (2011) acrescentam que o cuidado, como essência da Enfermagem e como função precípua do enfermeiro, há de ser conceituado e compreendido por todos, com a perspectiva de dar sentido ao fazer da enfermagem para os que oferecem cuidados, para quem recebe os cuidados e para educadores e educandos da área de Enfermagem.

Numa primeira concepção de cuidar/cuidado, Silva e Santos (2010) consideram como tudo aquilo que se aglutina sob a forma de ações ou intervenções, com a finalidade de colaborar para gerar, organizar ou (re)estabelecer a esperança, a autonomia, as relações humanas e o sentido da vida. Ainda segundo essas autoras, a atividade do cuidar vai muito além do atendimento às necessidades básicas no momento de fragilidade do indivíduo; envolve, também, autocuidado, autoestima e autovalorização.

Ballarin, Carvalho e Ferigato (2010) argumentam que o cuidado não se constitui em uma atitude ou um ato, mas, uma priori existencial de onde derivam as atitudes, os atos, as vontades, os sentimentos e as situações. Assim, o cuidado pensado como existencial, essencial ao ser humano, diz respeito a zelo, desvelo, atenção, bom trato e solicitude, constituindo-se, dessa forma, um fundante por meio do qual a pessoa sai de si para se centrar no outro (BORGES; SILVA, 2010; VALE; PAGLIUCA, 2011). Para Waldow e Borges (2011), além do “existencial”, o cuidado agrega outra conotação, que é o “relacional”, isto é, o eu com o outro e para o outro. Neste sentido, o indivíduo não sairia de si para centrar-se no outro, mas

sim “completando-se um no outro”, ou seja, o cuidado como capaz de movimentar ambos, quem cuida e quem é cuidado.

Como dito por Baggio e Erdmann (2010), para que essa relação de cuidado aconteça não é necessário conhecer o ser cuidado ou existir uma relação de amizade que os aproxime, basta ter capacidade de empatia e sentimento de solidariedade humana, condições que remetem ao cuidado humano múltiplo e não uno. Waldow e Fensterseifer (2011) argumentam que a solidariedade aproxima-se do sentido dos termos generosidade e compaixão, inclui perceber a vulnerabilidade do outro, sua necessidade de cuidado e na disponibilidade em agir compreensivo e responsável.

Assumindo-se, então, o cuidar/cuidado como uma relação de solidariedade e sendo a Enfermagem uma profissão que ampara, assiste, cuida e se responsabiliza pela vida do outro, ela é muitas vezes considerada como uma profissão solidária. No entanto, nem o cuidar/cuidado, nem a solidariedade estão apenas no domínio dessa profissão, mas, sim, inerentes ao ser humano, o qual é gerado com cuidado, nasce a partir e devido a esse cuidado, e desenvolve em toda sua trajetória de vida o cuidar/cuidado de si e do outro. Para Santos e Incontri (2010), o cuidar se mostra como uma característica inata ao ser humano, ligada à própria manutenção e sustentação da vida, parecendo ser um refinamento e um dos propósitos desta. Assim, vida e cuidar tornam-se sinônimos no processo de evolução.

Sabe-se, entretanto, que para manter e sustentar a vida do outro é necessário conhecê-lo, identificar os seus poderes e as suas limitações, bem como as suas necessidades e o que leva ao seu crescimento. Isso conduz a outras necessidades, a de interação com o outro, a responsabilização pelos laços afetivos e para o encontro intersubjetivo, que seja capaz de possibilitar a construção da intimidade e da sensação de segurança (MARTINES; MACHADO, 2010; SANTOS et al., 2010).

Dessa maneira, o cuidado implicaria na capacidade de perceber o sujeito, inserido em seu contexto sociocultural, e captar os significados representativos construídos por ele (SELLI et al., 2008). Insere-se aqui, a compreensão de que a produção de cuidado não pode desconsiderar o cotidiano e o ambiente, onde esse sujeito vive e as suas relações se constituem (MARTINES; MACHADO, 2010). Sendo assim, o ambiente familiar deve ser considerado como principal lócus de cuidado, já que é no espaço das inter-relações familiares que suas necessidades são evidenciadas (SILVA; NOVAIS, 2009).

O cuidado familiar caracteriza-se, dessa maneira, por ações e interações no sistema familiar direcionadas a cada um de seus membros para fortalecer o crescimento, o desenvolvimento, a saúde e o bem-estar desses membros enquanto totalidade de sistema

relacional. Portanto, esse cuidado tem uma importância significativa nas condições de saúde da família e, em especial, naquelas nas quais se convive cotidianamente com a dependência de um ou mais de seus membros (SILVA; NOVAIS, 2009).

Assim, o cuidado oferecido ao idoso dependente no contexto da família mostra-se como uma realidade complexa, processual e contextualizada por eventos sociodemográficos, culturais e psicológicos; pelos diferentes momentos da doença do idoso; pelas diversas situações envolvidas no cuidar; pela vulnerabilidade do cuidador, bem como sua capacidade de resiliência; pela natureza das necessidades do idoso e das demandas de cuidados que é imposta aos cuidadores; pelos recursos pessoais, apoios formais e informais que os cuidadores dispõem; pela história das relações entre cuidadores e os idosos; e pela avaliação que estes fazem da situação de cuidar (NERI, 2002).

2.3 DA NECESSIDADE DE CONTEXTUALIZAR A REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL AO IDOSO LONGEVO

A família pode ser entendida como uma instituição social, e inclusive, umas das instituições sociais mais antigas (IBGE, 2008). De fato, ela é a principal fonte de socialização do indivíduo, ao ensinar-lhe os padrões e normas culturais adequadas para sua internalização e reprodução em suas relações sociais (RAMOS; NASCIMENTO, 2008). Para Sousa, Silver e Griep (2010), a família é também responsável pela transferência de apoio intergeracional, e por garantir a sobrevivência dos seus membros, bem como a relação de troca, ajuda mútua e solidariedade.

Várias teorias buscam conceituá-las e explicá-las, destacando-se a Teoria Sistêmica, na qual as famílias são compreendidas como sistemas baseados nas relações, com base em ganhos e perdas, distribuição do poder de cada um de seus membros, estabelecimento de papéis, desenvolvimento de códigos, simbologias e significados para atitudes e relações (BRASIL, 2006a; NOVAIS et al., 2011).

Esses sistemas encontram-se em constantes transformações, buscando encontrar um “equilíbrio”, uma “estabilidade” (Princípio da Homeostase) (BRASIL, 2006a; SILVA, 2007; NOVAIS et al., 2011). Para Brasil (2006a), na tentativa de alcançar essa “estabilidade” os membros familiares acabam desempenhando tarefas e assumindo papéis para que o sistema familiar funcione adequadamente, merecendo ênfase o prover e o cuidar. Geralmente, a responsabilidade de provedor fica para os homens, enquanto a de cuidar para as mulheres.

Entretanto, atualmente, as famílias brasileiras têm experimentado novas formas de organização, advindas de um processo de mudança demográfica e de transformações econômicas e sociais, que interferiram diretamente nos seus padrões de organização, não somente em termos de tamanho, como também nos aspectos institucionais e culturais (IBGE, 2008). Como exemplos dessas mudanças estão a inserção crescente da mulher no mercado de trabalho, “feminização do mercado de trabalho”, e a diminuição dos membros familiares.

Camarano e Pasinato (2007) enfatizam o aumento do número de mulheres no mercado de trabalho, o que vem ocasionando uma série de implicações nos arranjos familiares, pois, se por um lado possibilita o aumento da oferta de força de trabalho e do número de provedores na família, por outro, pressupõe a diminuição de cuidadoras familiares dos idosos, já que o cuidado a estes é um papel socialmente construído como feminino. Salgueiro e Lopes (2010) acrescentam que, em geral, a mulher tem trabalhado “fora de casa” e não há parentes nas proximidades, havendo uma tendência de termos, no futuro, muitos idosos morando sozinhos ou com famílias cada vez mais nucleares, com poucos membros.

Dados do IBGE (2011) corroboram com essas afirmações, quando referem que no Brasil, a densidade domiciliar - que é representada pela relação entre as pessoas moradoras nos domicílios particulares ocupados e o número de domicílios particulares ocupados - apresentou um declínio de 13,2% no último período censitário, mais acentuado que os 9,6% observados no período entre os Censos 1991 e 2000, passando de 3,8, em 2000, para 3,3, em 2010. Segundo esses dados, a tendência de declínio é uma característica geral e está diretamente relacionada com a redução da fecundidade. Assim, a mudança de status das mulheres e a mudança nos valores sociais e familiares continuarão afetando a disponibilidade de ajuda familiar para os idosos brasileiros.

É importante salientar o quão penoso para família é o cuidado ao idoso dependente, pois se trata de uma situação estressante, que leva as pessoas a sentirem-se desorganizadas, desamparadas e com dificuldades para se mobilizarem para atender diferentes tipos de necessidades geradas por esse idoso (SANTOS et al., 2010). Acrescenta-se que, o fato de ter um idoso dependente no domicílio causa inúmeras formas de desajuste familiar, como: inversão dos papéis dos membros familiares; mudança na moradia, pois a casa também tem que se adequar às necessidades do idoso; diminuição da renda, devido aos gastos aumentados com o cuidado ao idoso; o autocuidado dos familiares torna-se deficiente, pois a atenção volta-se totalmente ao idoso, esquecendo-se de cuidar-se de si; a vida social dos cuidadores torna-se limitada; as relações familiares são afetadas, podendo aproximar os membros familiares ou causar-lhes conflitos (BRITO; RABINOVICH, 2008).

Sposati (2011) argumenta que a sobrecarga feminina no suporte familiar e no seu trabalho tem levado a intensificar propostas de “desfamiliarização” de alguns cuidados, passando sua provisão para programas sociais, como lares, centros dia, apoio domiciliário e centros de convivência. Dessa forma, a “desfamiliarização” significa reduzir a carga da família na provisão de cuidados (SPOSATI, 2011). O mesmo autor refere que a remuneração do trabalho da mulher como cuidadora da unidade familiar constitui outra tendência no enfrentamento das modificações que as famílias vêm sofrendo, devido a entrada da mulher no mercado de trabalho.

O aumento dos programas e serviços sociais, destinados ao acolhimento e cuidado ao idoso, tem se constituído como estratégia para aliviar a responsabilidade da família (“desfamiliarização”) e criar maior compromisso do Estado (SALGUEIRO; LOPES, 2010). Segundo relatório do Banco Mundial (2011), projeções para o país estimam que o número de pessoas sendo cuidadas por não-familiares irá duplicar até 2020, e será cinco vezes maior em 2040, em comparação com 2008. No entanto, é válido salientar que a criação desses espaços pode tendenciar a um aumento de institucionalização dessa população, o que vai de encontro com as políticas que defendem a permanência da pessoa idosa na família (VERAS, 2009).

Então, a fim de evitar que os idosos saiam do seu convívio familiar e social, decorrentes de sua institucionalização, é preciso que a família não seja sua única fonte de suporte, mas que uma rede social de apoio seja disponibilizada a esse idoso e a sua família cuidadora, a fim diminuir a sobrecarga familiar no cuidado ao seu ente idoso.

Duas modalidades de apoio social são descritas por Sousa, Silver e Griep (2010), o apoio formal (sistema de apoio fornecido/provido pelo Estado e instituições), que possui uma infraestrutura com objetivo específico de apoio em determinadas áreas e utilizam profissionais ou voluntários para alcançar suas metas; e o apoio informal (fornecido/provido pela família, vizinho, amigos e comunidade), motivado por sentimentos afetivos e de obrigação.

Caldas (2003) argumenta que o impacto econômico da dependência do idoso na família e no próprio sistema de saúde deve ser conhecido e analisado, para que os formuladores das políticas de saúde possam traçar objetivos e programas de ação que visem uma solução qualitativa e economicamente viável para o problema. A autora salienta ainda que, embora a legislação e as políticas públicas afirmem e a própria sociedade acredite que os idosos devam ser cuidados pela família, ainda é necessário abordar a questão do financiamento do cuidado comunitário, para que Estado e família possam dividir, de fato, a responsabilidade do cuidado ao idoso.

Os profissionais de saúde, em destaque o profissional enfermeiro, também constituem importante fonte de apoio social formal a essas famílias, devendo estar atentos às necessidades afetadas dos membros familiares, prestando informações e apoio nas dificuldades do processo de cuidar, visto que, se a família não se sente suficientemente esclarecida, se os membros da equipe de saúde são indiferentes aos seus sentimentos e suas necessidades, a família, ao invés de ajudar, poderá dificultar o processo de cuidar (CARNEIRO, 2008). Flores et al. (2010) acrescentam, sugerindo que a prática de enfermagem seja pautada pelo aproveitamento dos espaços de aproximação com o idoso e seu cuidador, a fim de que sejam momentos de reconhecimento do contexto das pessoas idosas e seus cuidadores, de troca de saberes, ações que qualificarão o cuidado.

O relatório do Banco Mundial (2011) apresenta que o fortalecimento do vínculo família-profissional, se constituindo em uma efetiva rede de apoio formal, dependerá do fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, sendo, dessa forma, uma possível estratégia para contornar a demanda crescente por serviços de saúde e de assistência de longo prazo.

Nessa perspectiva, além do papel predominante do Estado e dos profissionais de saúde para assegurar suporte à família cuidadora, investigar a disponibilidade de apoio social informal que ela possui constitui uma medida importante no sentido de conhecer a realidade familiar dos indivíduos envolvidos nesse contexto, bem como de apontar qual a melhor maneira de estimular e otimizar esse apoio à família.

3 REFERENCIAL TEÓRICO: fundamentando-se na abordagem sistêmica para compreender o cuidado familiar ao idoso longo

O referencial que fundamenta e dá direcionamento às ideias que sustenta nossa linha de raciocínio neste estudo, encontra-se ancorado na abordagem sistêmica direcionada para a compreensão dos estudos de Vasconcellos (2002).

3.1 ABORDAGEM SISTÊMICA NA PERSPECTIVA DE VASCONCELLOS (2002)

Maria José Esteves de Vasconcellos, brasileira, uma expoente nacional nos estudos da abordagem sistêmica, terapia familiar sistêmica e bases cibernéticas, tem dedicado sua vida na compreensão e divulgação do pensamento sistêmico por ela denominado como “O novo paradigma da ciência pós-moderna”. Seus estudos sobre o pensamento sistêmico transversaliza as obras desde seu idealizador/criador Ludwig von Bertalanffy no início do séc. XX, até mais recentemente com as obras de Capra, Maturana e Varela. Assim, o seu livro “Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência”, de 2002, é a obra que vem contribuir para ampliar nossa possibilidade de compreender a questão norteadora deste estudo, ou seja, como se dá o cuidar familiar ao idoso longo no contexto das relações familiares?

O olhar sobre esta obra de Vasconcellos, e direcionar a compreensão do apreendido para as relações intrafamiliares e suas interferências no contexto familiar é buscar na sensibilidade o alcance para transversalizar a complexidade do pensamento sistêmico à contextualidade das relações familiares no âmbito domiciliar, e assim, perceber a amplitude que se mostra a família e chegar mais próximo de sua compreensão a partir do pensamento sistêmico, a fim de desvelar o cuidar familiar ao idoso longo no contexto das relações familiares, considerando que o ente parental longo encontra-se numa fase do ciclo vital de extremos entre a estabilidade e a instabilidade ante o processo saúde-doença e suas múltiplas faces.

Neste contexto, é que a compreensão sobre o pensamento sistêmico nos faz caminhar em direção aos seus princípios para alcançar à família como sistema entre seus membros, sistema esse aberto às influências mediadas pelas ações do meio externo ao domicílio, da vivência domiciliar e do cuidado das pessoas idosas longevas na família.

3.1.1 Abordagem sistêmica à família de pessoas idosas longevas

O Pensamento Sistêmico é entendido como o “novo paradigma da ciência pós-moderna” porque, distinguindo-se da ciência contemporânea, contempla três dimensões - complexidade, instabilidade e intersubjetividade – que, em conjunto constituem uma visão de mundo sistêmica (VASCONCELLOS, 2002).

A complexidade é entendida como a ampliação do foco de observação, na possibilidade de perceber em que circunstâncias o fenômeno acontece e de visualizar não mais um fenômeno, mas uma teia de fenômenos recursivamente interligados que influenciarão o desenrolar do processo. A instabilidade é a imprevisibilidade e a incontabilidade do sistema, ou seja, um processo em curso, o dinamismo das relações num determinado sistema, com constantes mudanças e evoluções, a fim de se auto-organizar. Por fim, entende-se por intersubjetividade o fato do indivíduo incluir-se no sistema, percebendo-se como parte dele, reconhecendo sua própria participação na constituição da “realidade” por ele vivida, na perspectiva da co-construção das soluções (VASCONCELLOS, 2002).

Segundo Vasconcellos (2002), as três dimensões se interrelacionam e se complementam, visto que a complexidade das relações causais e recursivas do sistema introduz, necessariamente, a incerteza e a imprevisibilidade, direcionando à instabilidade, ao passo que esta exige de nós uma ampliação de foco que requer um pensamento complexo, integrador. Por outro lado, a construção intersubjetiva do pensar sistêmico, também introduz instabilidade, já que a inexistência de leis definitivas sobre a realidade, compreendida através da dimensão da intersubjetividade, nos induz a não expectativas de previsibilidade e controlabilidade.

Essas dimensões são percebidas no sistema familiar e constantemente associadas ao conceito de família. Castilho (2003) compreende família como um complexo sistema de relações, em que seus membros compartilham um mesmo contexto social e vivenciam juntos diversas experiências, sendo que o problema vivenciado por um, provavelmente afetará a todos, em grau variado a depender do sentimento de pertença, caracterizando, assim, a dimensão da complexidade. A dimensão da instabilidade também é associada à família, quando a autora afirma que esse sistema está em constante transformação, por fatores internos à sua história e ciclo de vida em interação com as mudanças sociais, econômicas, políticas e culturais. A intersubjetividade se faz mostrar no sistema familiar na medida em que os membros familiares se percebem como parte e modificadores desse sistema.

Ainda na contextualização da dinâmica familiar, a Teoria Geral do Sistema (TGS), proposta por Ludwing von Bertalanffy e discutida por Vasconcellos (2002), mostra-se pertinente e subsidia a compreensão do que propomos estudar nessa pesquisa, apesar de Vasconcellos (2002) não considerar essa teoria como sistêmica novo-paradigmática, pois, segundo ela, a TGS mantém a objetividade sem parênteses, o que constitui o avesso de uma das dimensões do Pensamento Sistêmico, a intersubjetividade.

A TGS baseia-se em princípios de sistemas complexos de elementos que interagem entre si, tendo como base dois modelos de sistemas, sistema fechado e aberto. No entanto, apenas o modelo de sistema aberto condiz com o que é proposto por essa teoria, visto que o sistema fechado não sofre influência do meio ambiente no qual está inserido, seus processos seguem um caminho fixo e o estado final do sistema é determinado pelas condições iniciais (BERTALANFFY, 1977). Assim, o sistema aberto, por ser definido como aquele que sofre interação com o ambiente, retrata de maneira coerente a dinâmica familiar (SILVA, 2007).

Torna-se necessário conhecer os princípios dessa teoria para compreender seu desenvolvimento e articular com a dinâmica da família na análise dos dados:

- a) princípio da Totalidade ou da Globalidade: o sistema comporta-se como um todo coeso, onde a mudança de uma parte altera as outras partes e o sistema como um todo. Essa coesão é possibilitada pelas relações existentes no sistema, tornando-se, desta forma, indispensável levar em consideração essas relações para compreender o comportamento das partes.
- b) princípio da Não-Somatividade ou da Inteireza: a interação entre as partes do sistema é que as tornam mutuamente interdependentes. Suas partes não se somam, mas se complementam. Assim, o sistema como um todo integrado não pode ser reduzido às propriedades das partes, pois o comportamento do todo é mais complexo do que a soma de suas partes, de modo que os acontecimentos no sistema implicam mais que as decisões e ações individuais.
- c) princípio da Circularidade ou da Causalidade Circular: as influências entre os elementos do sistema não são unilaterais, mas bilaterais, ou seja, a interação se manifesta como uma sequência circular, onde uma parte sofre influência do meio que se modifica, modificando também a outra parte com a qual interage.
- d) princípio da Equifinalidade: o mesmo estado final pode ser obtido, independente do estado inicial ou da maneira utilizada para alcançá-lo, ou seja, não se pode basear em estruturas ou mecanismos predeterminados, mas numa interação dinâmica entre múltiplos fatores que alcança um estado “estável”.

- e) princípio da Retroalimentação: os resultados influenciam as informações originais, modificando-as. Isso garante o funcionamento circular, pelo mecanismo de *feedback*, que pode ser negativo (mecanismo homeostático), funcionando para manter a homeostase, o pseudo-equilíbrio do sistema, visto que o sistema aberto se mantém a uma certa distância do verdadeiro equilíbrio; ou positivo (mecanismo morfogenético), provocando a mudança do sistema ou sua ruptura.
- f) princípio da Homeostase: o processo que procura manter a estabilidade do sistema, sendo provocada pelo *feedback* negativo.
- g) princípio da Morfogênese: a capacidade do sistema de “aprender” com as mudanças sofridas diante dos desafios do ambiente, o que implica novas regras ou um salto qualitativo no funcionamento do sistema, causando mudanças em sua organização. É provocado pelo *feedback* positivo.
- h) princípio da Organização Hierárquica: explica a existência de uma estrutura hierárquica, pela superposição de sistemas (BERTALANFFY, 1977; VASCONCELLOS, 2002; SILVA, 2007).

4 METODOLOGIA: o caminho para desvelar o cuidado familiar

4.1 NATUREZA DA PESQUISA

A pesquisa teve abordagem qualitativa e exploratório-descritiva. Segundo Oliveira (2004), o estudo descritivo é o mais adequado quando se necessita obter melhor entendimento a respeito do comportamento de vários fatores e elementos que influem sobre determinados fenômenos, a exemplo do que foi perseguido na busca de desvelar o cuidado familiar ao idoso longo, sujeito de multiversos elementos constitutivos bio-psico-sócio-cultural, numa fase da vida que pode se caracterizar em declínio, com subsequentes perdas das funções bio-psico-social.

A compreensão dessa autora também vai ao encontro de Marconi e Lakatos (2006), quando esses autores enlaçam a abordagem exploratório-descritiva, enunciando que esta junção tem por objetivo descrever completamente determinado fenômeno, ajudando na resolução de problemas, informando condições atuais, necessidades e como alcançar resultados, daí a opção por esse direcionamento metodológico.

A perspectiva qualitativa foi empreendida assentada na preocupação em analisar e interpretar com mais profundidade os fatores enveladores do cuidar no contexto relacional, família-idosos longevos em estado de fragilidade, visando assim, alcançar a complexidade que envolve tais sujeitos, na sua esfera relacional humana. O comportamento humano é por si só contexto e complexo, de modo que investigações neste universo exige um olhar-perscrutar fatores enveladores de hábitos, atitudes, tendências de comportamento, entre outros.

Marconi e Lakatos (2006), sobre tais fatores, acrescentam ainda que, por meio do método qualitativo, é possível entrar em contato direto e prolongado com o indivíduo ou grupos humanos, com o ambiente e a situação que está sendo investigada, permitindo um contato mais íntimo com o sujeito da pesquisa. Assim, a luz da nossa compreensão, um submergir no universo do outro, no fazer emergir suas vivências e experiências no ambiente, tempo e contexto de sua existência.

Do exposto, da caminhada, a metodologia adotada teve aderência e permitiu o alcance dos objetivos do estudo. Nela pretendeu-se compreender o sistema de cuidados no contexto das relações familiares ao vivenciarem o cuidar ao subsistema idoso longo, sendo este desvelado.

4.2 LÓCUS DO ESTUDO

O lócus do desvelamento deu-se no município de Jequié-BA. Esse município é sede da 13ª microrregião administrativa da Bahia, composta por outros 26 municípios, situado na região Sudoeste do Estado, na Mesorregião Centro-Sul, distante 365 km da capital baiana, Salvador (JEQUIÉ NOTÍCIAS, 2011; PORTAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ; 2011). O município ainda pertence à macrorregional de saúde sul e à regional de saúde de Jequié, estando fora da região metropolitana e do aglomerado urbano da Bahia (BRASIL, 2010a, 2010b).

Segundo IBGE (2011), sua população é de 151.895 habitantes, dos quais 139.426 residem na área urbana, ou seja, 91,8%, sendo sua posição no *ranking* nacional, o 176º município mais populoso e o 9º mais populoso da Bahia. A área total do município é de 3.227,3 km², com densidade demográfica de 47,07 hab/km².

Resultados preliminares do IBGE (2011) revelaram que, em 2010, a população com idade igual ou superior a 60 anos correspondia à 17.330, aproximadamente 11,4% dos habitantes do município, maior que a média estadual e nacional, que correspondem a 10,35% e 7,2%, respectivamente. Dessa forma, trata-se de um município com características de pessoas longevas.

Os muito idosos (idosos com idade igual ou superior a 80 anos) do município já correspondem à aproximadamente 19,2% da população idosa e 2,2% da população geral, enquanto que os dados para o Estado da Bahia são de 16% e 1,7%, respectivamente (IBGE, 2011).

Consonante à tendência nacional e mundial, a “feminização da velhice” também é observada na população de Jequié, onde 57% desses idosos são do sexo feminino, enquanto que 43% são do sexo masculino (IBGE, 2011). Na população longeva (80 anos ou mais idade), esse número é ainda mais expressivo, com 60,2% de mulheres contra 39,8% de homens.

Esse contexto demográfico justificou a escolha desse município como lócus do estudo, visto que se trata de um município em acelerado processo de envelhecimento, podendo, dessa maneira, embasar a implementação das políticas públicas e contribuir à sua efetivação, em especial àquelas voltadas para as consequências do envelhecimento da população jequeense.

O município de Jequié está em fase plena de municipalização, tem seu enfoque de saúde voltada para a atenção primária. Neste particular, se compõe de 22 Unidades Básicas de Saúde, distribuídas em 04 Centros de Saúde e 18 Unidades de Saúde da Família, com 27

Equipes de Saúde da Família e 09 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2011).

A partir desse contexto, a localização dos sujeitos para compor a amostra do estudo, deu-se no Centro de Saúde Júlia Magalhães (CSJM), e deste às famílias cadastradas, a *posteriori*, os domicílios destas famílias, o qual constituiu o “coração” do lócus do estudo.

4.3 SUJEITOS

Participaram da investigação 08 famílias, sendo os sujeitos do estudo todos os membros familiares, de ambos os sexos, totalizando 15 sujeitos, com idades entre 15 e 67 anos (Quadro 3), que residiam no mesmo domicílio da pessoa idosa longeva e dependente de cuidados, e que prestavam cuidados primários e secundários nas atividades básicas de vida diária do ente parental longevo, sendo, dessa forma, cuidadores principais e secundários deste. Neste estudo, entende como membro familiar àquela pessoa que cuida do ente parental longevo, tendo ou não vínculo de consanguinidade, cuidando porque se sente e é reconhecido como membro familiar pelos demais sujeitos que coabita o domicílio.

A identificação dos sujeitos se deu pela utilização da Escala de Barthel (Anexo A), a fim de mensurar o grau de dependência dos idosos longevos, incluindo-se, como sujeitos desse estudo, apenas aqueles familiares cuidadores de pessoas longevas que fossem, de fato, dependentes de cuidado nas atividades de vida diária, como se observa no quadro 2. Foi critério de inclusão ser familiar cuidador domiciliando no mesmo espaço-tempo do idoso com idade igual ou superior a 80 anos, dependentes de cuidados diários, sendo os critérios de exclusão: familiar cuidador de idoso com idade inferior a 80 anos ou que não domiciliava no mesmo espaço-tempo do idoso, e familiar cuidador de idosos com 80 anos e mais idade não dependente de cuidados.

As famílias que participaram do estudo apresentaram 09 idosos longevos dependentes de cuidados diários, considerando que uma das famílias, a Família 6, apresentou 02 idosas longevas dependentes (Quadro 2). Faz-se importante salientar que na Família 5 também domiciliavam no mesmo espaço-tempo da cuidadora 02 idosos longevos, um do sexo masculino e outra do sexo feminino, no entanto, conforme a Escala de Barthel, a idosa longeva foi classificada como independente, sendo, portanto, considerado apenas o idoso dependente, a fim de respeitar os critérios de inclusão e exclusão propostos nesse estudo.

Consoante à literatura (BORGHI et al., 2013; PRUDENTE; BARBOSA; PORTO, 2010; VALENTINI; ZIMMERMANN; FONSECA, 2010) e adaptando-se ao contexto das

famílias pesquisadas, considerou-se cuidadora principal (CP) aquela que assumia diretamente a responsabilidade total ou de maior demanda dos cuidados diários fundamentais e necessários à manutenção de vida e saúde do ente parental longo. Já as cuidadoras secundárias (CS) foram aquelas que executavam atividades de transporte e deslocamento, apoio emocional e ajudavam em tarefas quando eram solicitadas pelas CP ou pela pessoa idosa. Algumas não tinham a responsabilidade diária em estar presente no cuidado, ajudando esporadicamente, quando estavam em casa ou disponíveis para ajudar, por isso foram nomeadas como “CS 2”. Já os denominados como “CS 1” estavam mais presentes no cuidado, desempenhando, por vezes, o cuidado primário, quando a CP se ausentava do domicílio, ou se responsabilizavam, diariamente, por atividades pontuais como complementares às da CP.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Esse estudo seguiu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA (CEP-EEUFBA) e aprovado, segundo o protocolo nº 01/2012 (Anexo B). Desta forma, todas as exigências de procedimentos com humanos, contidas nessa resolução, foram asseguradas incondicionalmente aos participantes desse estudo, na medida em que foram respeitados os referenciais básicos da bioética (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros) incorporados por essa resolução, a fim de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

Os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), concordando em participar do estudo, após explicação completa e pormenorizada sobre sua justificativa, seus objetivos, procedimentos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta pudesse acarretar. Foi explicitado que os mesmos teriam liberdade de se recusar a participar ou a responder qualquer questão, e de se retirar da pesquisa a qualquer momento que desejassem, sem penalização e prejuízo aos mesmos.

Embora esse estudo não oferecesse riscos físicos aos participantes, por se tratar de uma pesquisa que investiga vivências e relações no contexto familiar, foi salientado aos participantes a possibilidade de emergir desconfortos durante os relatos, devido a sentimentos emotivos durante as entrevistas. No entanto, resguardou-se a intimidade dos sujeitos e respeitaram-se os seus sentimentos, de maneira que a pesquisa só prosseguiu com sua anuência.

Apesar de o cenário do estudo, os domicílios, não favorecer a preservação da privacidade dos sujeitos em sua totalidade, foi solicitado aos participantes que escolhessem ambientes mais restritos e privativos, onde estiveram presente apenas a pesquisadora e o sujeito, de modo a garantir a privacidade quanto às informações confidenciais envolvidos na pesquisa.

A fim de preservar a identidade dos sujeitos foram garantidos o anonimato e o sigilo com relação às informações prestadas, utilizando-se siglas e números para a sua identificação. Também foi salientado aos participantes que os resultados dessa pesquisa seriam apresentados e divulgados como dissertação de mestrado, e posteriormente, publicados em eventos científicos e em revistas indexadas, de maneira que o maior número de pessoas possa se beneficiar do estudo.

As informações oriundas da investigação foram arquivadas aos cuidados da pesquisadora principal em arquivo próprio, sigiloso, reservada à sua confidencialidade, e ficarão disponíveis por um período mínimo de 5 anos, conforme orientação do CEP.

4.5 INSTRUMENTOS PARA CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS E COLETA DE DEPOIMENTOS

Os dados deste estudo foram levantados por meio da realização de uma entrevista semiestruturada (Apêndice B) e da aplicação de três instrumentos de avaliação familiar: APGAR Familiar (Anexo C), Círculo Familiar de Thrower adaptado (Anexo D) e Ecomapa (Apêndice C), subsidiados pelo diário de campo, para o registro das observações da pesquisadora em relação ao campo, através do recurso da memória recente.

No direcionamento dos objetivos desse estudo, realizou-se uma entrevista semiestruturada a partir de um roteiro de questões norteadoras sobre o contexto de cuidado domiciliar. O desenvolvimento da entrevista seguiu os ensinamentos de Marconi e Lakatos (2006), sendo realizada face a face, de forma interativa, estando a pesquisadora atenta tanto a comunicação verbal quanto a não verbal. Adotou-se a estratégia comunicação intersubjetiva e construtivista para favorecer aos sujeitos o deixar-se ver, conhecer nos seus próprios termos.

As entrevistas foram gravadas em mídia (MP4), com autorização das cuidadoras, e, posteriormente foram transcritas na íntegra e salvas, individualmente, como documentos *word*, em sua versão 2010, sendo posteriormente arquivadas em pasta própria. As transcrições foram feitas tal qual foram faladas pelos sujeitos da pesquisa, sem correções gramaticais, na

forma coloquial expressa, respeitando seus valores culturais e, assim, a subjetividade de cada indivíduo, sujeitos dessa pesquisa.

O APGAR Familiar e o Ecomapa foram utilizados a fim de contemplar os objetivos específicos 1 e 2 da pesquisa, respectivamente. Estes instrumentos possibilitaram conhecer a funcionalidade familiar, a intensidade dos vínculos familiares entre seus membros e a percepção que alguns membros têm do funcionamento de sua família em relação à adaptação, convivência, comunicação, afeto/dedicação, bem como identificar a existência de redes sociais de apoio disponíveis e sua utilização pela família.

O APGAR familiar ou Family APGAR visa avaliar a dinâmica do funcionamento da família. Este instrumento é uma escala proposta por Smilkstein, em 1978, composta de cinco questões que quantificam a percepção que o investigado tem do funcionamento de sua família em relação a cinco componentes básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva (SMILKSTEIN, 1978; SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011).

O acrônimo **APGAR**, proveniente da língua inglesa, deriva de **A**daptation (Adaptação), **P**artnership (Companheirismo), **G**rowth (Crescimento ou Desenvolvimento), **A**ffection (Afeição ou Afetividade) e **R**esolve (Resolução ou Capacidade resolutiva) (SMILKSTEIN, 1978; TORRES et al., 2010; PAIVA et al., 2011).

Desta forma, os cinco componentes avaliados nesta escala são abordados da seguinte forma (SMILKSTEIN, 1978; PAVARINI et al., 2006; TORRES et al., 2009; PAIVA et al., 2011):

- a) adaptação: como os recursos são compartilhados ou qual o grau de satisfação do membro familiar com a atenção recebida, quando recursos familiares são necessários.
- b) companheirismo: como as decisões são compartilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a reciprocidade da comunicação familiar e na resolução de problemas.
- c) crescimento ou desenvolvimento: como a promoção do crescimento é compartilhada ou qual a satisfação do membro da família com a liberdade disponível no ambiente familiar, para a mudança de papéis e para a concretização do crescimento emocional ou amadurecimento.
- d) afeição ou afetividade: como as experiências emocionais são compartilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a intimidade e interação emocional no contexto familiar.

- e) resolução ou capacidade resolutive: como o tempo é compartilhado ou qual a satisfação do membro familiar com o compromisso que tem sido estabelecido pelos seus próprios membros. Além de repartirem seu tempo, familiares geralmente estabelecem um compromisso no compartilhamento de espaço e dinheiro. Está associada à decisão, determinação ou resolutividade existentes em uma unidade familiar.

As questões apresentam três opções de resposta (quase sempre, algumas vezes e quase nunca), com pontuações de dois, um e zero, respectivamente. O sujeito da pesquisa assina uma das três opções e os pontos para cada uma das cinco questões são totalizados. A avaliação se dá por meio da classificação em três tipos de família: a altamente funcional (7 a 10 pontos), a moderadamente funcional (4 a 6 pontos) e a família com disfunção acentuada (0 a 3 pontos) (SMILKSTEIN, 1978; ROCHA; NASCIMENTO; LIMA, 2002). Quanto mais altos os índices do APGAR, maior será a capacidade de adaptação da família a novas situações e possíveis mudanças de papéis, ao passo que quanto menores forem esses índices, maior será a possibilidade da existência de um ambiente estressante e de baixa adaptação a novas situações, requerendo, dessa forma, intervenções rápidas e apropriadas (TORRES et al., 2009; GONÇALVES et al., 2011).

No Brasil, a tradução e adaptação deste instrumento foram realizadas com o objetivo de verificar as propriedades de medida do Family Apgar quando aplicados a idosos independentes, dependentes e seus cuidadores (PAVARINI et al., 2006). Os estudos da validade e credibilidade deste teste garantem a segurança na sua aplicação.

O Círculo Familiar de Thrower consiste num círculo desenhado, onde a pessoa entrevistada distribui nomes daqueles que ela elege como próximas ou importantes na sua convivência, de modo que, quanto mais próximo ao centro estiver o nome, mais forte é o vínculo de afinidade e apoio entre o sujeito entrevistado e a pessoa nomeada (SILVA et al., 2012). Utilizou-se, nesse estudo, o Círculo Familiar de Thrower adaptado, proposto por Silva et al. (2012), pois possibilitou uma delimitação menos subjetiva por parte dos participantes e uma melhor comparação com os círculos dos outros membros, favorecendo a análise das relações entre os membros das famílias investigadas e evitando possíveis vieses na sua interpretação.

O Ecomapa é um diagrama das relações entre a família e os sistemas mais amplos do contexto familiar – como amigos, trabalho, instituições, igreja, ambientes de lazer, comunidade, entre outros – que pode auxiliar na avaliação das redes sociais de apoio que a família tem acesso e utiliza no enfrentamento das diversas circunstâncias do viver em família,

representando ausência ou presença de recursos sociais, culturais e econômicos de um determinado momento do ciclo vital da família (PEREIRA et al., 2009; SILVA et al., 2012).

De acordo com Silva et al. (2012), as relações que cada membro familiar mantém entre os outros entes parentais, bem como entre os grupos ou instituições externas à família, é representado no Ecomapa por linhas diferenciadas, que revelam a intensidade do vínculo entre eles. Esta intensidade é medida pelo estilo das linhas que se baseiam na simbologia da Psicofigura de Mitchell (Anexo E), a qual envolve vínculos fortes, moderados, superficiais, muito superficiais, negativos, de relacionamento distante, de desavença ou rompimento, e fundidos ou conflituais.

Os vínculos fortes caracterizam-se pela forte afetividade e pelo amor, que resulta numa dependência emocional; os moderados estão hierarquicamente com menor grau aos vínculos fortes; os superficiais relacionam-se à proximidade, mas com presença de conflitos que favorecem a uma separação; os muito superficiais, apesar de haver contato entre os envolvidos, traduzem em indiferença; os negativos são aqueles em que há dificuldade de inter-relação, permeado por atritos, ansiedades e desavenças; os de relacionamento distante referem ao pouco ou à nenhum contato emocional; os de desavença ou rompimento dizem respeito à ausência de contato; e, finalmente, os fundidos ou conflituais relacionam-se aos relacionamentos conflituosos, com risco de agressão verbal e/ou física (SILVA et al., 2012; SILVA, 2007).

Esses instrumentos são autoaplicáveis, mas, neste estudo, optou-se pela entrevista (APGAR Familiar) e pela construção conjunta (Círculo Familiar de Thrower adaptado e Ecomapa), considerando dificuldades de compreensão dos participantes em relação à dinâmica proposta pelos instrumentos, bem como a otimização do tempo gasto nas entrevistas.

O Diário de Campo constituiu uma ferramenta fundamental durante a coleta de dados, pois foram registradas todas as informações observadas no contexto do trabalho de campo pela pesquisadora. Tratou-se de buscar subsídios para a consulta da pesquisadora, quando do trabalho minucioso com os instrumentos de coleta de dados, na fase de análise e discussão dos dados, bem como do retorno ao campo para aprofundamento e descortinamento do velado, lançando luz à melhor compreensão.

4.6 O CAMINHO PERCORRIDO

Antes da entrada no campo de pesquisa e início da coleta de depoimentos, a Secretaria Municipal de Saúde de Jequié foi contatada, a fim de autorizar a realização da pesquisa, através da assinatura do documento de solicitação e liberação da pesquisa. Após sua autorização e com documento assinado em mãos (Anexo F), o projeto foi encaminhado ao CEP para a sua apreciação e autorização. Com o parecer favorável, foi realizada a aproximação com as enfermeiras/coordenadoras e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do CSJM, para que os sujeitos do estudo fossem localizados.

Em seguida foram reproduzidos os roteiros das entrevistas semiestruturadas e os instrumentos da pesquisa, e organizados em pastas para a utilização durante a coleta das informações, juntamente com outros materiais necessários à coleta, como gravador, canetas, lápis, carbono e almofada de tinta para registro de impressão digital, em casos de sujeitos analfabetos. Quando já identificados os sujeitos, a entrada no campo foi realizada através do agendamento, com os ACS, de visitas domiciliares aos sujeitos, para a exposição da pesquisa, seus objetivos e a importância de sua participação. Caso aceitassem participar era agendado um novo encontro para iniciar a coleta de dados, e tantos quantos foram necessários para concluir a coleta.

Apenas na primeira visita a presença do ACS se fez necessária, cujo objetivo visou o favorecimento do primeiro contato entre pesquisadora e as famílias. Vale salientar o quão importante foi utilizar a estratégia de contatar os ACS para agendamento das visitas domiciliares nessa fase de coleta de dados, visto que o fato destes serem considerados como 'elo' entre a comunidade e a unidade básica de saúde, bem como entre nós, pesquisadores, facilitou sobremaneira a localização das residências das famílias e a criação de vínculos proximais entre os sujeitos da pesquisa e a pesquisadora.

As visitas subsequentes foram realizadas individualmente, em lugar reservado no domicílio, e em horários preestabelecidos pelas famílias, como mais convenientes para ambos, sujeito e pesquisadora. Em algumas famílias apenas uma visita foi o suficiente para concluir a coleta, em outras foram necessárias duas ou três visitas, sendo elas realizadas nos turnos matutino, vespertino e noturno, a fim de encontrar os cuidadores nos domicílios, priorizando suas disponibilidades em compartilhar suas vivências. As entrevistas duraram entre 40 minutos a 01 hora e meia.

Algumas dificuldades surgiram nas entrevistas e na aplicação dos instrumentos, relacionadas tanto ao número elevado destes quanto às características dos mesmos. Além dos

instrumentos escolhidos e aprovados pelo CEP para a coleta de depoimentos (entrevista semiestruturada, APGAR Familiar, Ecomapa), durante a coleta, percebeu-se a necessidade de acrescentar mais dois instrumentos, a Escala de Barthel e o Círculo Familiar de Thrower, e uma questão na entrevista, “Como você se sente cuidando do idoso longo tempo?”, o que prolongou a fase de coleta de dados, visto que foi necessário voltar ao campo algumas vezes para concluí-la.

Além disso, por termos optado pela entrevista e construção conjunta dos instrumentos, o tempo gasto na sua realização foi maior do que o previsto. Aliado a isto, a dificuldade que alguns dos entrevistados tiveram em entender e em responder as questões, e a consequente necessidade de explicações adicionais e de adequação das perguntas pela pesquisadora, culminou no aumento de tempo das entrevistas.

Outro ponto que interferiu no aumento do tempo das entrevistas foi a constante necessidade que os sujeitos expressaram em desabafar e expor histórias de suas vidas – momentos de extrema riqueza, em que o pesquisador via-se além de um sujeito que se encontrava naquele ambiente, o domicílio, colhendo dados, era sujeito cuidador, de intersubjetividade – o *ser* pesquisador qualitativo –, permitindo ao outro se deixar emergir em expressões emotivas decorrentes da sobrecarga no cuidado, do convívio, dos problemas e dos conflitos existentes no sistema familiar. Essas manifestações emotivas pode enriquecer a pesquisa em seu aspecto qualitativo, mas exigia atenção da pesquisadora para não deixar o foco da investigação tomar outro curso.

A fidelidade das respostas dos sujeitos da pesquisa ficou por vezes comprometida, pois, apesar da solicitação e explicação da pesquisadora da necessidade das entrevistas serem individualizadas e em lugar privado no domicílio, muitos membros familiares não respeitavam, em tempo integral, a privacidade do outro durante sua realização. Este aspecto chamou a atenção no estudo, pois se tratava de uma preocupação de como o outro si percebia e percebia a família, no âmbito relacional domiciliar. Tal fato encontra respaldo na literatura, nos estudos sistemáticos de família, especificamente sobre a circularidade que enovela as relações familiares.

Não houve dificuldade quanto à adesão dos sujeitos à pesquisa. Apenas uma família recusou participar da entrevista. As que aceitaram participar do estudo, apesar de alguns indivíduos não se sentirem totalmente à vontade na primeira visita, todos se mostraram solícitos no decorrer das entrevistas, demonstrando atenção e satisfação com o estudo. Nas famílias em que foi necessário retornar mais vezes do que o previsto, devido ao acréscimo de

instrumentos, esses sujeitos se mostraram abertos e receptivos à continuidade de sua participação no estudo.

4.7 ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

O processo de organização e tratamento dos depoimentos, para obtenção de resultados, foi utilizado em três dimensões. A primeira tratou-se da elaboração de quadros que expunham as informações referentes à caracterização das famílias e aos seus indicadores socioeconômicos, bem como à funcionalidade familiar, informações estas coletadas durante a aplicação da primeira parte da entrevista, a identificação dos sujeitos (Apêndice B), e do APGAR Familiar (Anexo C).

A segunda dimensão foi a organização das informações que emergirem dos instrumentos Círculo Familiar de Thrower (Anexo D) e Ecomapa (Apêndice C), apresentadas em figuras, a fim de permitir ao leitor o conhecimento da realidade e funcionalidade dos 08 sistemas familiares investigados.

A terceira dimensão consistiu no destaque de informações relevantes, oriundas das questões da entrevista semiestruturada, realizada através da técnica da Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2011). Essa técnica de análise considera toda comunicação como uma dinâmica, em construção de significados, explícitos e/ou implícitos. Pressupõe imersão do pesquisador, por meio de leituras e reflexões, relacionando os dados com a experiência concreta vivida pelos sujeitos. De acordo com a proposta de Bardin (2011), existem três diferentes fases na análise de conteúdo: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise, corresponde a um período de intuições e tem como objetivo organizar e sistematizar as informações e as ideias iniciais, tornando-as operacionais, a partir da escolha dos documentos a serem analisados, da formulação de hipóteses ou questões norteadoras e da elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Inicia-se o trabalho escolhendo os documentos a serem analisados. No caso desse estudo, que a análise foi feita com entrevistas, elas foram transcritas e a sua reunião constitui-se no *corpus* da pesquisa.

O primeiro contato com os documentos é realizado ainda nessa primeira fase, permitindo a aproximação do pesquisador com o material coletado, e se constitui na chamada leitura "flutuante". Através dessa leitura surgem as primeiras hipóteses e objetivos do trabalho, devendo-se, em seguida, escolher índices e organizá-los em indicadores. Os índices constituem-se dos temas que se repetem com muita frequência e se recortam do texto em

unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados.

A segunda fase, exploração do material, consiste na aplicação sistemática das decisões tomadas na fase anterior, através de operações de codificação, em que os dados brutos são transformados, de forma organizada, e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo.

A codificação visa alcançar o núcleo central do texto envolvendo procedimentos de recorte, contagem, classificação, desconto ou enumeração em função das regras definidas. Assim, dever-se-á partir da análise de “unidade de registro” e de “unidade de contexto”. A unidade de registro ou de significação é o segmento mínimo de conteúdo que se considera necessário para poder proceder à análise, colocando-o numa dada categoria. Já a unidade de contexto constitui o segmento mais longo de conteúdo que o investigador considera quando caracteriza uma unidade de registro, sendo a unidade de registro o mais curto. Em outras palavras, a codificação compreende a escolha de unidades de registro, a seleção de regras de contagem ou recorte e a escolha de categorias.

As categorias são reflexos da realidade, sendo sínteses, em determinado momento, do saber. Na análise de conteúdo, as categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos, as unidades de registro, em razão de características comuns. Para escolher categorias pode haver vários critérios: semântico (temas), sintático (verbos, adjetivos, pronomes), léxico (juntar pelo sentido das palavras, agrupar os sinônimos, os antônimos), expressivo (agrupar as perturbações da linguagem, da escrita). Dessa forma, a categorização representa a passagem dos dados brutos a dados organizados.

Na terceira e última fase, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, já na posse de um *corpus* de informação trabalhado e organizado de acordo com os objetivos da investigação e das hipóteses levantadas, é possível propor inferências e realizar interpretações, com o objetivo de obter resultados válidos e significativos (BARDIN, 2011).

A maioria dos procedimentos de análise qualitativa organiza-se em torno de categorias (BARDIN, 2011). Neste estudo, foi utilizada a categorização semântica ou temática, pois permite analisar a descrição do conteúdo que emerge das entrevistas. Sua escolha deveu-se ainda ao fato deste tipo de análise ser amplamente aplicável nas ciências sociais em estudos que busquem respostas às entrevistas individuais.

Assim, a análise dos dados das entrevistas semiestruturadas deu-se da seguinte forma: inicialmente, realizou-se uma leitura “flutuante” das entrevistas transcritas, individualmente; em seguida, foram feitas releituras do material coletado, dessa vez de forma mais

aprofundada, com vista a registrar impressões sobre as mensagens emitidas. Daí foi que se percebeu temas, que constantemente se repetiam nas falas dos sujeitos, sendo, dessa forma, recortados das entrevistas e identificados como os índices e as unidades de significação, que desencadeou as categorias e subcategorias, apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 1 – Categorias e subcategorias da análise de conteúdo da entrevista semiestruturada

Categorias	C	Subcategorias	SC
1 Sentimentos e percepções do cuidar na ótica do cuidador familiar	SPC	1.1 A dualidade dos sentimentos gerados pelo cuidar	SPC - DSGC
		1.2 O cuidado como uma missão e vontade de Deus	SPC - CMVD
2 Fatores influenciadores e condicionantes para o cuidar/cuidado familiar	FIC	2.1 Afetividade e afinidade	FIC - ATAN
		2.2 Compromisso, dever e obrigação parental	FIC - CDOP
		2.3 Presença, proximidade e disponibilidade	FIC - PPRD
3 Consequências do cuidar na vida do cuidador	CVC	3.1 Sobrecarga, estresse, pouco descanso, cansaço	CVC - SEPC
		3.2 Privação de lazer e isolamento social	CVC - PLIS
		3.3 Perda de identidade do cuidador e inversão de papéis	CVC - PIIP
		3.4 Consequências positivas	CVC - CQPS
4 Organização do cuidado familiar e rede de apoio à família cuidadora	ORA	<i>Não apresentou subcategorias</i>	

Fonte: Autoria própria (2013), baseada na abordagem da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011).

A discussão das categorias e subcategorias se deu na transversalidade com as informações que emergiram dos quadros e das figuras, e dos registros no diário de campo, fundamentando-se na revisão de literatura sobre dinâmica familiar, envelhecimento e longevidade, e na Abordagem Sistêmica, na perspectiva de Vasconcellos (2002), com análise compreensiva qualitativa, que coadunou na compreensão do fenômeno estudado.

A abordagem da análise de conteúdo, sugerida por Bardin (2011), foi transversalizada com a abordagem sistêmica, a fim de empreender um olhar mais amplo e melhor explorar e

discutir os resultados do estudo, de modo a alcançar os discursos dos sujeitos de maneira à complexificação, inteireza e globalidade, e assim, aproximar-se da compreensão do complexo cotidiano relacional que se faz mostrar no ambiente familiar, no processo de cuidado dos seus membros familiares. Tratou-se de ousar, mais ousar com humildade, visto que no percurso da caminhada a abordagem da análise proposta por Bardin (2011) inquietava, pois os dados emergidos aludiam horizontes que a estratégia adotada mostrava-se tímida ao que se nos percebia complexos, multirreferenciais e precisava da busca de maior compreensão para o que os sujeitos nos ensinavam, a saber olhar, enxergar, para o alcance da compreensão da temática estudada.

A abordagem sistêmica nessa pesquisa foi capaz de desvelar a totalidade do vivido familiar no cuidado ao seu ente idoso longo, pois, para além das unidades de significação, a família deve ser compreendida na intersubjetividade que se reverte as trocas intergeracionais entre seus membros. Daí, o *ser/pensar* qualitativo se lança e busca métodos interpretativos, num paradigma construtivista, como nos ensina Denzin e Lincoln (2006).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO: interpretando o que emergiu dos depoimentos

Esse momento do estudo mostra-se como aquele em que o pesquisador à luz do seu conhecimento construído a partir da revisão de literatura e do referencial teórico, somado ao *ser* crítico-reflexivo, faz emergir dos depoimentos o que foi enunciado pelos sujeitos do estudo.

A presente sessão será subdividida em três momentos. No primeiro momento serão apresentados quatro quadros, três referentes à caracterização das famílias, dos idosos longevos de cada família e dos sujeitos da pesquisa, além de um quadro que se refere à funcionalidade familiar, segundo resultados do APGAR Familiar. Seguirá nesse momento, uma pequena discussão das informações que esses quadros demonstram e que são relevantes ao alcance dos objetivos do estudo.

O segundo momento expõe as figuras que representam as oito famílias investigadas, com suas respectivas redes social de apoio para o cuidado ao seu ente longevo, bem como os vínculos apresentados entre os envolvidos nessas redes, visualizadas através dos Círculos Familiar de Thrower, dos Ecomapas e da simbologia da Psicofigura de Mitchell (Anexo E). Estarão salientadas algumas informações que possibilitarão ao leitor um melhor conhecimento da realidade de cada família, na ótica dos sujeitos da pesquisa.

No terceiro momento seguirá a discussão das categorias e subcategorias, assim como foram classificados, na transversalidade com as informações dos quadros e das figuras expostas nos primeiro e segundo momentos, e dos registros no diário de campo, com o olhar atento à abordagem sistêmica, a guisa de fazer emergir a compreensão do fenômeno estudado.

Ao olhar para o que emergiu dos instrumentos da pesquisa, através dos quadros e das figuras, percebe-se a necessidade de compreender algumas siglas e alguns símbolos e números utilizados nestes, na busca de extrair dos seus *corpus* significados sobre o cuidado familiar ao idoso longevo.

Utilizou-se as siglas *CP*, *CS*, *IL*, *C* e *ACS* para designar, respectivamente, cuidadora² principal, cuidadora secundária, idoso(a) longevo(a), criança e agente comunitário de saúde. Outras siglas estarão explicadas nos quadros e nas figuras. Alguns números foram utilizados para identificação das famílias e de alguns indivíduos que eram preciso ser destacados para a diferenciação entre os demais. Os símbolos presentes nos Ecomapas baseiam-se na simbologia da Psicofigura de Mitchell (Anexo E) e do Genograma (Apêndice D).

² Adota-se, neste estudo, o gênero feminino para a escrita por ser em maior número a compor a pesquisa.

5.1 O PRIMEIRO MOMENTO – OLHANDO PARA OS QUADROS E BUSCANDO O QUE ELES NOS REVELAM

A seguir, inicia-se o processo de apresentação dos quadros que emergiram das respostas da primeira parte da entrevista e do APGAR Familiar.

Quadro 2 – Caracterização das(os) idosas(os) longevas(os), por famílias. Jequié, BA, 2013

	Família 1	Família 2	Família 3	Família 4	Família 5	*Família 6		Família 7	Família 8
						IL 1	IL 2		
Idade	86 anos	100 anos	100 anos	92 anos	82 anos	96 anos	80 anos	87 anos	90 anos
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Tempo de dependência	04 anos	07 anos	04 anos	08 anos	20 anos	05 anos	03 anos	33 anos	04 anos
Grau de dependência, segundo escala de Barthel	Grave	Muito Grave	Muito Grave	Muito Grave	Moderada	Moderada	Moderada	Muito Grave	Ligeira
**Número de filhos(as) vivos(as) do(a) idoso(a) e sexo dos(as) mesmos(as)	01 (F)	07 04 (F) 03 (M)	02 (F)	14 07 (F) 07 (M)	03 01 (F) 02 (M)	02 01 (F) 01 (M)	01 (M)	03 01 (F) 02 (M)	09 04 (F) 05 (M)

Fonte: Informações colhidas através do roteiro da entrevista semiestruturada (2013).

* Idosa longeva 1 (IL 1) e idosa longeva 2 (IL 2)

** Sexo feminino (F) e Sexo masculino (M)

Conforme quadro 2, os longevos das famílias investigadas tinham idade entre 80 e 100 anos, sendo em sua maioria do sexo feminino, com o tempo de dependência variando entre 03 e 05 anos, predominando o grau de dependência muito grave.

DL- Do lar Este- Esteticista Estu- Estudante FP- Funcionária Pública M- Motorista Pe- Pedagoga Pr- Professora S- Supervisora	Pr	FP	Pe	DL	M	S	Este	Estu	DL	DL	B	Pr	DL	DL	Estu
Carga horária de trabalho 40- 40 horas semanais A- Aposentada D- Desempregada I- Inconstante	A	A	40	--	I	40	I	I	D	--	I	40	I	I	I
Renda mensal individual (valor aproximado em R\$)	3.100	690	3.500	250	678	1.200	1.000	--	--	1.300	200	4.222	500	500	--
Nº de filhos(as) vivos(as)	02	--	03	--	01	01	01	--	--	03	--	--	01	--	--
Parentesco com a(o) idosa(o) F- Filha N- Neta(o) NA- Neta Adotiva	F	F	F	NC	N	F	F	NA	N	PD	PDC	F	F	F	N

NC- Neta de Criação PD- Prima Distante PDC- Prima Distante de Criação															
Tempo de cuidado (anos)	04	07	04	04	04	08	08	08	20	05, 03	02	33	08	08	01

Fonte: Informações colhidas através do roteiro da entrevista semiestruturada (2013).

Todos os idosos longevos tinham filhos vivos, embora nem todos recebessem o cuidado filial, como observado na Família 6, na qual o cuidado era prestado por primas distantes das idosas longevas (Quadros 2 e 3).

A maioria das cuidadoras eram mulheres brancas, viúvas ou solteiras, católicas, filhas, sem vínculo empregatício e sem filhos, com escolaridade 2º grau completo (Quadro 3). Iniciaram o papel de cuidadoras familiar da pessoa idosa longeva desde o início da dependência desta, com tempo de cuidado variando entre 01 e 33 anos, como se observou nos quadros 2 e 3. Dos sujeitos do cuidar, 08 prestavam cuidados primários e 06 cuidados secundários, havendo em 04 domicílios apenas a presença de uma cuidadora principal, e nos demais, a presença de cuidadores secundários, além dos principais.

Quadro 4 – Caracterização das famílias. Jequié, BA, 2013

	Família 1	Família 2	Família 3	Família 4	Família 5	Família 6	Família 7	Família 8
*Nº de residentes no domicílio	02 (01 CP e 01 IL)	02 (01 CP e 01 IL)	05 (01 CP, 02 CS, 01 IL e 01 C)	05 (01CP, 02 CS, 01 IL e 01 C)	03 (01 CP e 02 IL)	04 (01 CP, 01 CS, 02 IL)	02 (01 CP e 01 IL)	04 (01 CP, 02 CS e 01 IL)

Nº de dependentes no domicílio	01 (IL)	01 (IL)	02 (01 IL e 01 C)	02 (01 IL e 01 C)	01 (IL)	02 (IL)	01 (IL)	01 IL
Renda mensal familiar	R\$ 3.720,00	R\$ 1.309,70	R\$ 5.050,00	R\$ 9.000,00	R\$ 1.300,00	R\$ 1.800,00	R\$ 4.900,00	R\$ 2.000,00
Provedor da casa	CP	CP	CP	IL	02 IL	CP	CP	IL
Situação do imóvel	Próprio	Próprio/ Herdeiro	Próprio	Próprio	Próprio	Próprio	Próprio	Próprio/ Herdeiro
Proprietário do imóvel	CP	Pai da CP já falecido	CP	IL	CP	IL 1	CP	03 filhos da IL

Fonte: Informações colhidas através do roteiro da entrevista semiestruturada (2013).

* Idoso(a) longo(a) (IL) e Criança (C)

Consoante à tendência nacional e mundial, em relação à diminuição de membros familiares residindo em um mesmo domicílio, o quadro 4 demonstra que essa realidade também foi evidenciada neste estudo. Apenas no contexto de duas famílias foi observado o desenvolvimento de cuidados tanto para o ciclo vital da primeira infância, como para o ciclo tardio, ou seja, a dependência de cuidados da CP para os dois extremos do ciclo vital familiar (Quadro 4).

Trata-se de uma característica que vem sendo discutida no meio científico, no que se refere aos domicílios com idosos longevos terem diminuta presença de crianças. Contudo, ainda se faz necessário maiores evidências científicas. Por outro lado, inquietudes no meio científico versam sobre as questões de que os filhos dessas pessoas idosas longevas já estão adultos de meia-idade ou idosos e seus netos também já são adultos jovens. No entanto, não se trata de um dado que possa ser generalizado, como dizem Victor et al. (2009), sobretudo se o olhar for direcionado para as condições econômicas nas classes sociais menos favorecidas.

Ao olharmos para o quadro 3 e ampliarmos o olhar para o quadro 4, podemos observar que a renda mensal familiar e individual relacionava-se com o grau de escolaridade e o vínculo empregatício dos sujeitos da pesquisa. As rendas maiores eram naquelas famílias onde

existiam os maiores graus de escolaridade e a presença de vínculos empregatícios com carga horária de trabalho de 40 horas semanais. Também, a maioria das proprietárias e provedoras das casas foram as cuidadoras com maiores graus de escolaridade e com renda mensal individual mais alta.

Quadro 5 – Funcionalidade familiar por famílias, segundo resultados do APGAR Familiar

	Família 1	Família 2	Família 3			Família 4			Família 5	Família 6		Família 7	Família 8			
	CP	CP	CP	CS 1	CS 2	CP	CS 1	CS 2	CP	CP	CS 2	CP	CP	CS 1	CS 2	
Resultado do APGAR Familiar	Família Sem Disfunção	Família Sem Disfunção	Família Sem Disfunção			Família Sem Disfunção			Família Com Disfunção Grave	Família Sem Disfunção		Família Com Moderada Disfunção	Família Com Moderada Disfunção		Família Sem Disfunção	

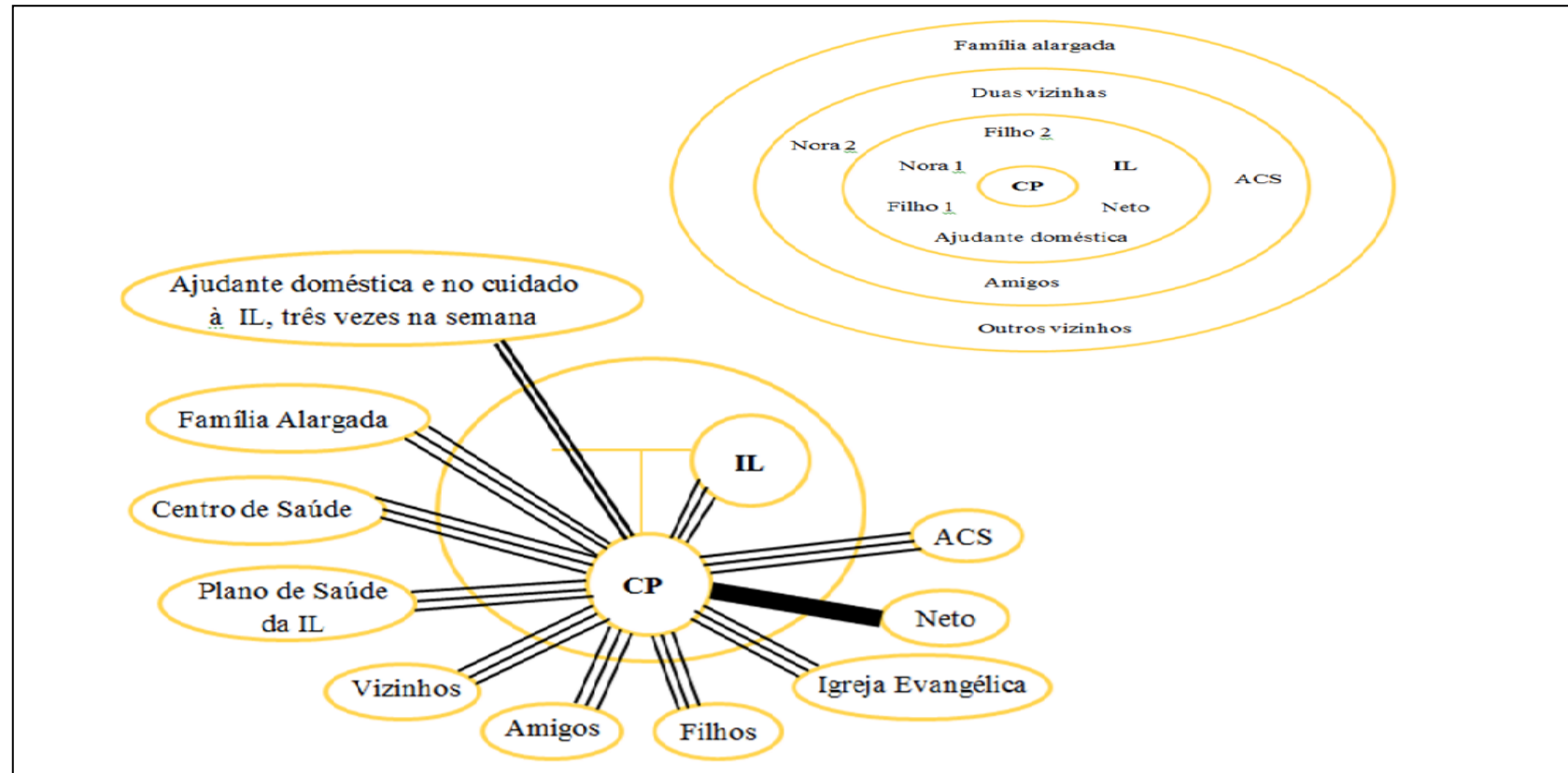
Fonte: Informações colhidas através do APGAR Familiar (2013).

Em relação à funcionalidade familiar, dos 15 cuidadores apenas 03 consideraram sua família disfuncional, sendo todas mulheres e cuidadoras principais (Quadro 5), ou seja, as que mais se responsabilizavam pelo cuidar e, portanto, as mais vulneráveis às condições adversas do cuidar e à percepção negativa em relação à adaptação, participação, união, amadurecimento e resolução dos membros familiares no convívio com o adoecimento, a fragilização, a dependência e o cuidado ao ente parental idoso longo.

5.2 O SEGUNDO MOMENTO – CONHECENDO AS FAMÍLIAS E SUAS REDES SOCIAL DE APOIO

As figuras nos possibilitam o olhar para os vínculos e para a proximidade entre os membros do sistema familiar e do supra sistema, desvelando, dessa forma, a rede de apoio familiar e extra-familiar que os sujeitos do estudo dispõem para o cuidado ao idoso longo.

Figura 1 – Ecomapa e Círculo Familiar de Thrower da Família 1



Fonte: Autoria própria, através da construção do Círculo Familiar de Thrower e Ecomapa da cuidadora da Família 1 (2013).

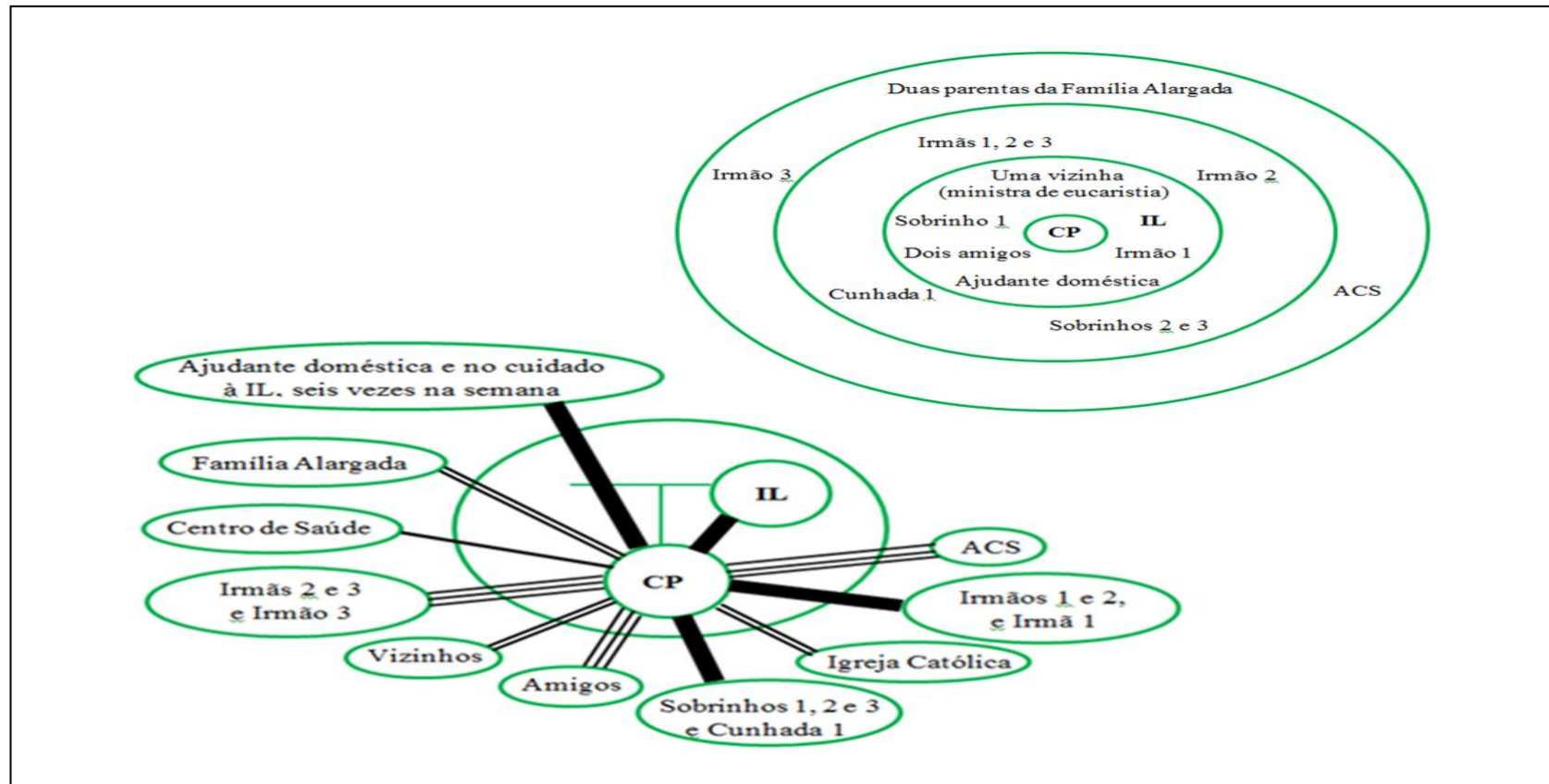
A Família 1 está representada na figura 1 pela CP, pois no domicílio investigado residiam apenas ela e sua mãe idosa longeva (Quadro 4), portanto, uma relação de cuidado filial. A CP, uma idosa, viúva, mãe de dois filhos, avó de um neto, professora aposentada, proprietária do imóvel onde residiam e provedora das despesas da casa, convivia com a dependência de sua mãe há quatro anos, realizando os cuidados primários desde o início da dependência, sendo classificada, de acordo com a escala de Barthel, como uma dependência grave (Quadros 2, 3 e 4).

Importante salientar que a longeva não tinha outros filhos se não a CP, e esta, por sua vez, contava basicamente com a ajuda esporádica de um dos seus filhos (Filho 1 da Figura 1) e de uma ajudante doméstica três vezes na semana, apesar de durante a entrevista e construção do Ecomapa e do Círculo familiar de Thrower, a CP ter citado também, de maneira superficial, outros envolvidos no cuidado à longeva: família, vizinhos, parentes, amigos, ACS, Centro de Saúde e Plano de Saúde. A Igreja Evangélica foi citada no Ecomapa como parte do seu meio social, mas não relacionado ao apoio cuidativo.

Evidencia-se nesse contexto de cuidados, uma rede social de apoio basicamente familiar, com poucos vínculos formais, e, em sua maioria, vínculos moderados, subtendendo-se que apesar da pouca disponibilidade de apoio, a cuidadora mantém um tipo de vínculo que, de certa forma, contribui na efetivação concreta de suporte à sua função cuidativa. Vale salientar, porém, que o fato de ela ser filha única da longeva (Quadro 2) dificulta esse suporte, causando uma sobrecarga, como relatado por essa cuidadora (registros em diário de campo).

Apesar de apresentar apenas um vínculo forte, com seu neto, a CP referiu durante a entrevista, bom relacionamento, entendimento e boa compreensão com os demais membros da família, incluindo a longeva, bem como uma boa participação destes na vida da mesma e da idosa cuidada. Sua família foi classificada como “Sem disfunção” (Quadro 5).

Figura 2 – Ecomapa e Círculo Familiar de Thrower da Família 2



Fonte: Autoria própria, através da construção do Círculo Familiar de Thrower e Ecomapa da cuidadora da Família 2 (2013).

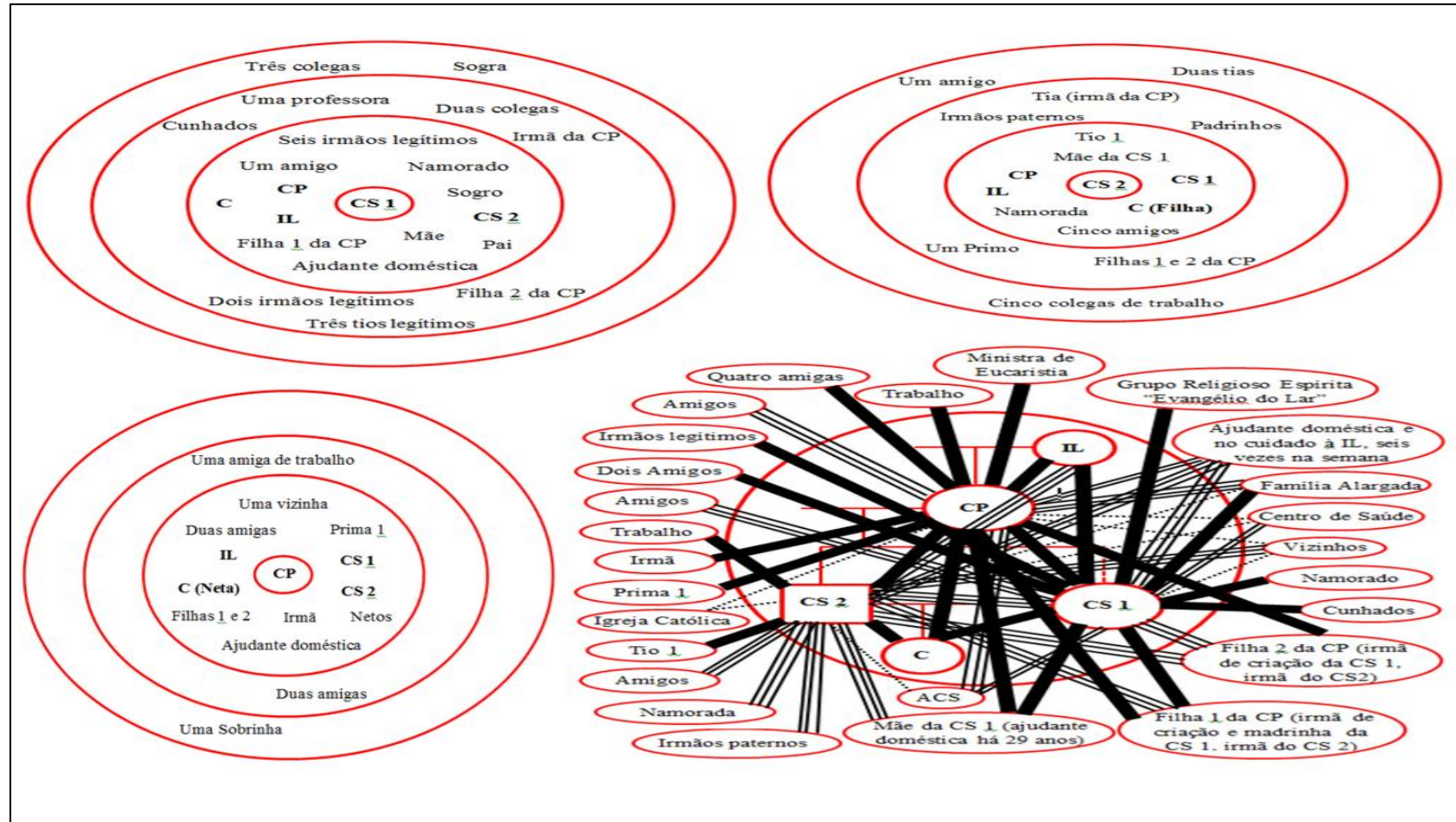
No domicílio da família 2, também residiam apenas a CP e sua mãe longeva (Quadro 4). A CP, também idosa, nunca casou e não tem filhos, aposentada, afastou-se há sete anos do seu emprego como funcionária pública não devido à aposentadoria, mas para cuidar da sua mãe (Quadro 3). A renda mensal dessa família é considerada baixa (Quadro 4), porém, diferentemente da família 1, essa cuidadora recebia ajuda financeira de outros membros familiares para custear as despesas da casa e do cuidado à longeva.

A CP apresentou vínculos um pouco mais fortes que a CP da Família 2, mas, assim como esta, percebe-se a presença marcante do apoio informal, ao tempo que demonstra uma superficialidade em relação ao apoio formal (Figura 2). Portanto, evidencia-se uma rede de apoio familiar maior que a da cuidadora anterior, que se relaciona ao fato de a idosa cuidada ter uma grande quantidade de filhos (Quadro 2), proporcionando à CP da Família 2 o apoio fraternal de seis irmãos.

Nota-se também, na figura 2, que apesar de a maioria dos contatos próximos à cuidadora apresentar vínculos fortes com a mesma, existiam também vínculos superficiais e moderados entre aqueles de maior proximidade, como também força de vínculos entre alguns mais distantes. Salienta-se, então, a importância do fator subjetivo quando considerado o tipo de vínculos pela cuidadora, pois estes estavam mais condicionados aos sentimentos de simpatia, amizade, afeto e afinidade do que propriamente à proximidade e presença.

Essa cuidadora também percebeu sua família como sem disfunção (Quadro 5).

Figura 3 – Ecomapa e Círculos Familiar de Thrower da Família 3



Fonte: Autoria própria, através da construção do Círculo Familiar de Thrower e Ecomapa da cuidadoras da Família 3 (2013).

Assim como a família 2, as cuidadoras da família 3 prestavam cuidados a idosas centenárias com graus de dependência muito grave, no entanto, o tempo da dependência nesta foi menor que à daquela (Quadro 2), e esta dispunha de uma rede mais ampla de envolvidos no seu cuidar.

No domicílio da família 3 residiam além da idosa e da CP, dois CS e uma criança em idade escolar, filha do CS 2 e neta da CP (Tabela 4).

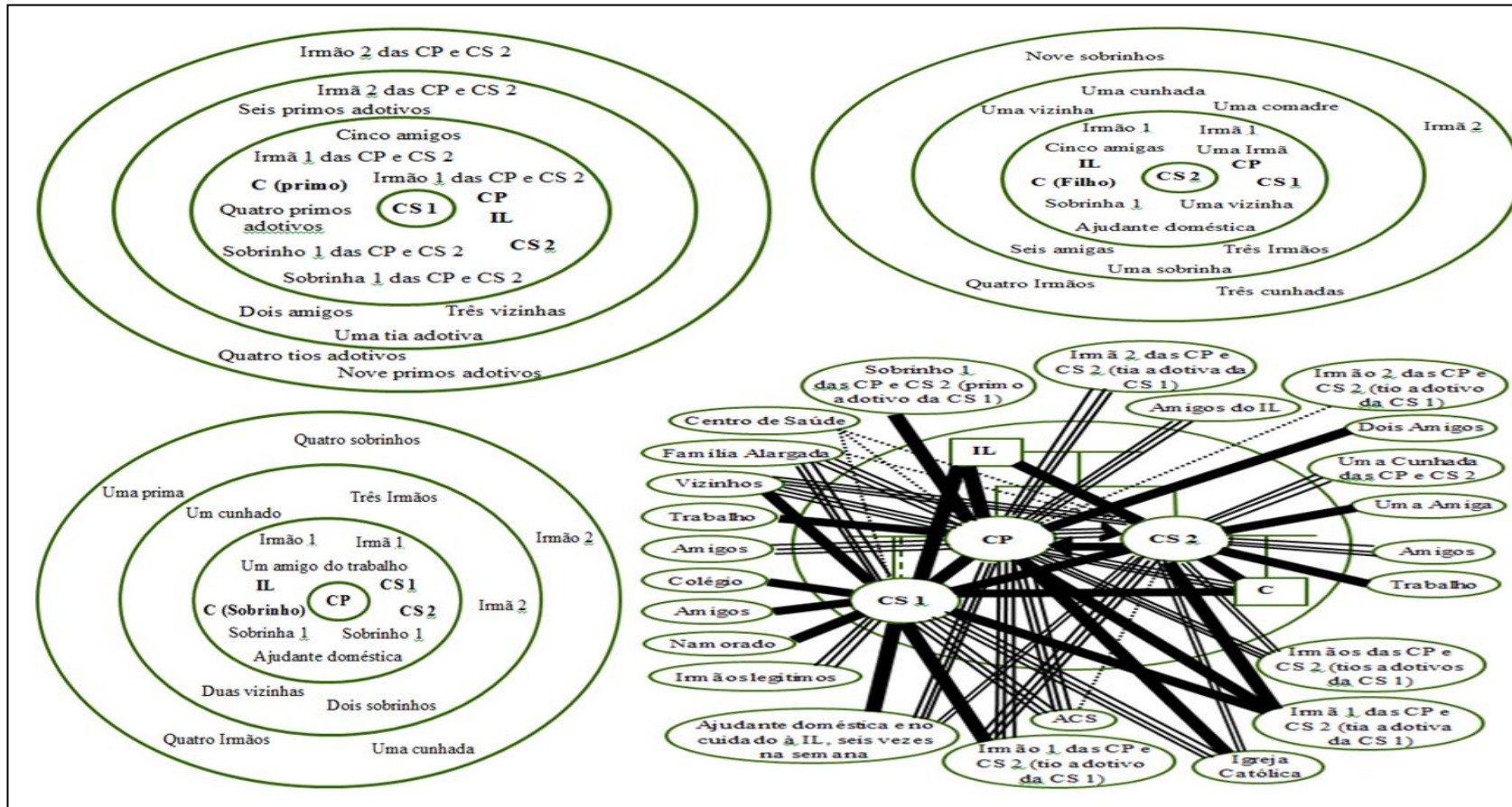
A CP era filha da longeva, apresentando-se já na terceira idade, pedagoga em atividade, com carga horária semanal de trabalho 40 horas, mãe de três filhos, provedora e proprietária da casa (Quadros 3 e 4). Relatou e demonstrou durante a entrevista uma afinidade e afetividade grande entre ela e a idosa, o que favorecia a convivência e proximidade entre ambas, e conseqüentemente a escolha desta como cuidadora principal.

A CS 1 era considerada filha de criação da CP, e apesar de não residir na mesma casa da sua mãe biológica, era próxima e tinha uma convivência diária com a mesma. Esta tem um vínculo com a família 3 como ajudante doméstica há muitos anos e criou a CS 1 sempre nesse domicílio, com a ajuda da idosa longeva e da CP. Essa cuidadora tinha apenas 20 anos, era solteira, não tinha vínculo empregatício e exercia as atividades do lar junto com uma ajudante doméstica, recebendo uma pequena ajuda financeira da CP (Quadro 3). Realizava cuidados primários quando na ausência da CP, além das atividades rotineiras do cuidado secundário.

O CS 2, único cuidador homem do estudo, era neto da longeva, filho da CP, solteiro, motorista, com carga horária de trabalho inconstante (Quadro 3). No cuidado à longeva, executava atividades de transporte e deslocamento do longo, e ajudava em outras tarefas, quando solicitadas pelas cuidadoras, sem a responsabilidade diária de participar do cuidado.

Todos os cuidadores dessa família consideraram-na sem disfunção (Quadro 5), relatando, durante as entrevistas, bom relacionamento entre os membros familiares e a longeva. A figura 3 demonstra o quão fortes são os vínculos no ambiente familiar e extra-familiar, entretanto, quando direcionamos o olhar para o Centro de Saúde, os ACS e a Igreja Católica, que poderiam constituir-se em apoios formais importantes para essas cuidadores, observamos os vínculos mais superficiais e distantes do Ecomapa. Nos Círculos Familiar de Thrower essas fontes de apoio nem foram citadas.

Figura 4 – Ecomapa e Círculos Familiar de Thrower da Família 4



Fonte: Autoria própria, através da construção do Círculo Familiar de Thrower e Ecomapa das cuidadoras da Família 4 (2013).

O longo da família 4 também apresentava um grau de dependência muito grave (Quadro 2), e, igualmente a família 3, haviam quatro pessoas residindo com o idoso longo: a CP, duas CS e uma criança em idade escolar. A casa onde residem é propriedade do longo (Quadro 4). As CP e CS 2 eram filhas, ambas de meia idade, e cuidavam do seu pai desde a sua dependência, há oito anos (Quadro 2 e 3).

A CP era solteira, mãe de uma filha adotiva, a CS 1, supervisora, com vínculo empregatício de 40 horas semanais (Quadro 3). Durante a entrevista, salientou a paixão que tinha pelo seu pai, argumentando que sempre fora o seu preferido em detrimento da sua mãe, já falecida.

A CS 2 era também solteira, mãe de um filho legítimo, esteticista, com carga horária semanal de trabalho inconstante e local de trabalho no próprio domicílio (Quadro 3). As rendas individuais dessas cuidadoras eram baixas, mas a renda familiar era consideravelmente elevada, devido à aposentadoria alta do longo. Essa cuidadora realizava, por vezes, além dos cuidados secundários, os cuidados primários, quando a CP se ausentava do domicílio, mas não tinha tarefas pontuais a serem realizadas diariamente.

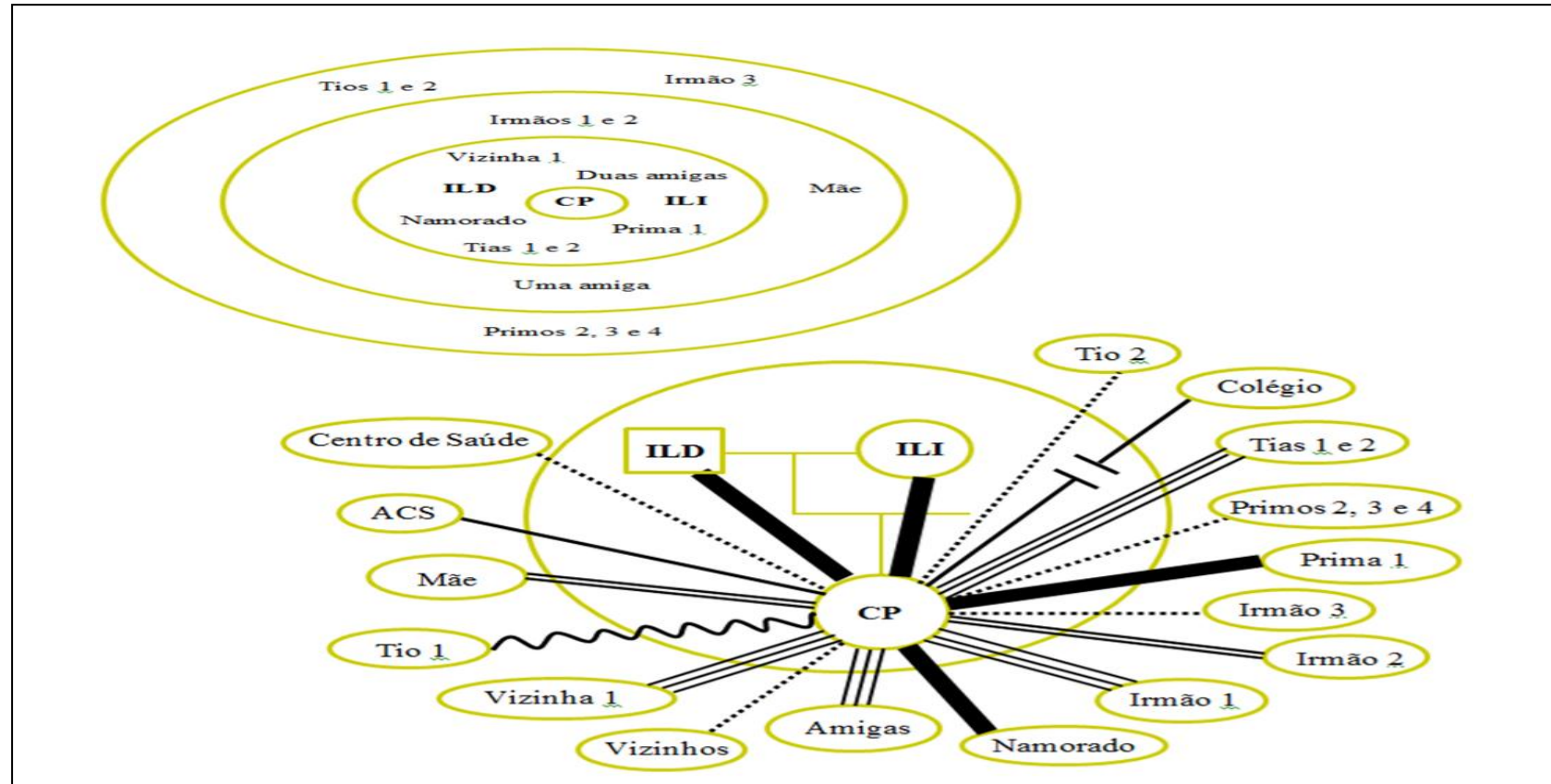
Já a CS 1, apesar de muito jovem, 15 anos de idade (Quadro 3), se responsabilizava diariamente por tarefas pontuais no cuidado ao seu avô adotivo, como a realização do banho.

Diferentemente da família 3, que praticamente não apresentava suporte de membros familiares residentes fora do domicílio, nessa família estavam sempre presentes outros sobrinhos e filhos do longo, dando suporte às cuidadoras no cuidado ao ente fragilizado.

Essa família também não foi considerada disfuncional pelos membros familiares (Quadro 5).

As Famílias 3 e 4 são favorecidas no suporte cuidativo em relação às duas anteriores, por apresentarem mais membros cuidando dos seus entes idosos longos, o que pode ter influenciado na força dos vínculos entre os seus familiares, bem como na presença mais ampla de vínculos sociais formais, como o trabalho e o grupo religioso espírita (Figuras 3 e 4). Ora, se mais membros estão participando das tarefas cuidativas ao idoso, a possibilidade de manter vínculos externos à família e ao domicílio é maior, já que poderá dividir tarefas e fazer revezamento entre seus membros, sobrando, assim, mais tempo para outras atividades.

Figura 5 – Ecomapa e Círculo Familiar de Thrower da Família 5



Fonte: Autoria própria, através da construção do Círculo Familiar de Thrower e Ecomapa da cuidadora da Família 5 (2013).

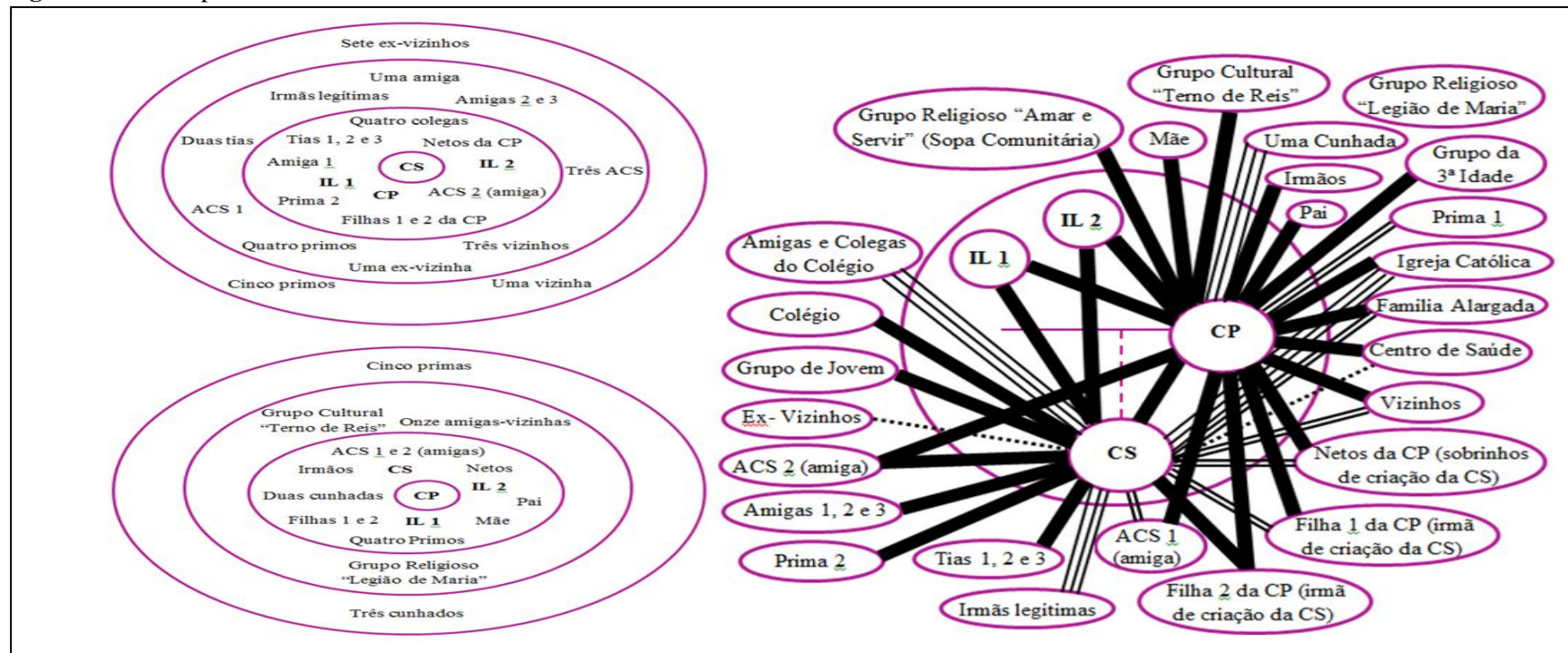
* Idoso longo vivo dependente (ILD) e Idosa longo viva independente (ILI)

A CP da Família 5 apresentou particularidades em relação às outras cuidadoras do estudo, pois além de ser uma neta jovem (30 anos de idade) que presta, de forma solitária, os cuidados principais aos seus avós (Quadro 3), expôs um grande número de vínculos distantes e

superficiais, com uma rede social estrita, observando, inclusive, vínculo negativo e rompimento com uma importante fonte de suporte social, a escola (Figura 5).

Transversalizando o olhar entre a figura 5 e a quadro 5, percebe-se que a peculiaridade dessa CP também se dá pela percepção sobre a funcionalidade da sua família, ou seja, foi a única cuidadora do estudo a perceber sua família como gravemente disfuncional. O que se depreende disso é que a sobrecarga do cuidar favorece ao cuidador o isolamento social, comprometendo a qualidade das relações interpessoais construídas e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

Figura 6 – Ecomapa e Círculos Familiar de Thrower da Família 6



Fonte: Autoria própria, através da construção do Círculo Familiar de Thrower e Ecomapa das cuidadoras da Família 6 (2013).

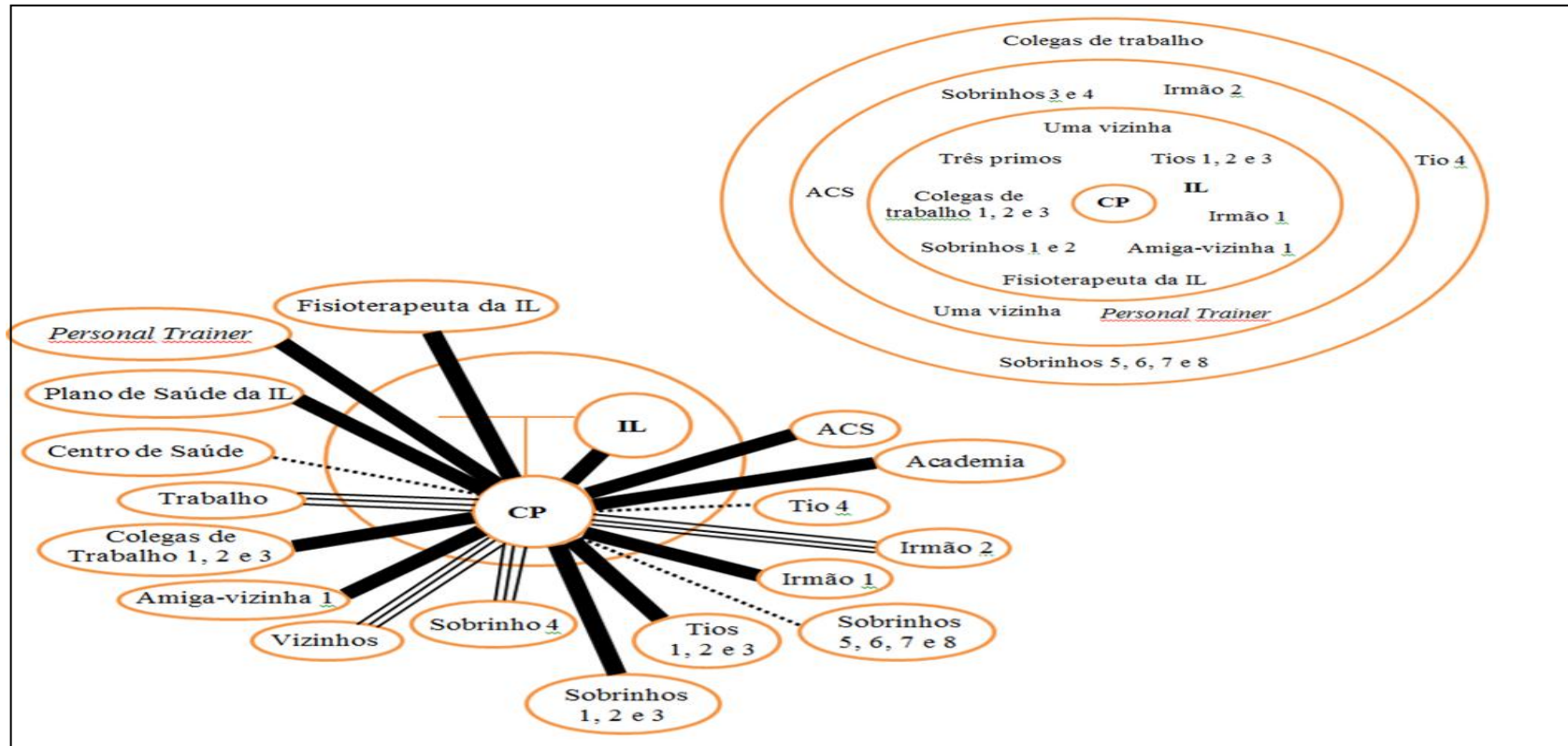
A família 6 foi a única que não apresentou relações de cuidados filiais. Tratava-se de duas longevas, moderadamente dependentes (Quadro 2), que apesar de terem filhos vivos, eram cuidadas por primas com graus de parentesco distantes (Quadro 3). A renda familiar baseava-se, quase que exclusivamente, nas aposentadorias das longevas (Quadro 4).

A CP era viúva, mãe de 3 filhas, incluindo uma de criação, a CS 1. Não possuía vínculo empregatício, era extremamente religiosa, participando ativamente de grupos religiosos e socioculturais (Quadro 3 e Figura 6).

A CS 1 era uma jovem solteira, estudante, participante de grupo de jovem. Tem como renda individual um pequeno valor, oriundo da realização de bordados. Nos cuidados à idosa, realiza atividades complementares às realizadas pela CP, substituindo-a, por vezes, quando necessário.

Ambas considerou sua família como “Sem disfunção”, afirmando nas entrevistas que mantinham bom relacionamento com os demais membros familiares, bem como que estes participavam da vida e cuidado das longevas. Chama atenção a quantidade de vínculos fortes que a CP mantém com sua rede de contatos familiar e extrafamiliar, quase que sua totalidade são consideradas fortes pela mesma, inclusive a rede de apoio formal.

Figura 7 – Ecomapa e Círculo Familiar de Thrower da Família 7



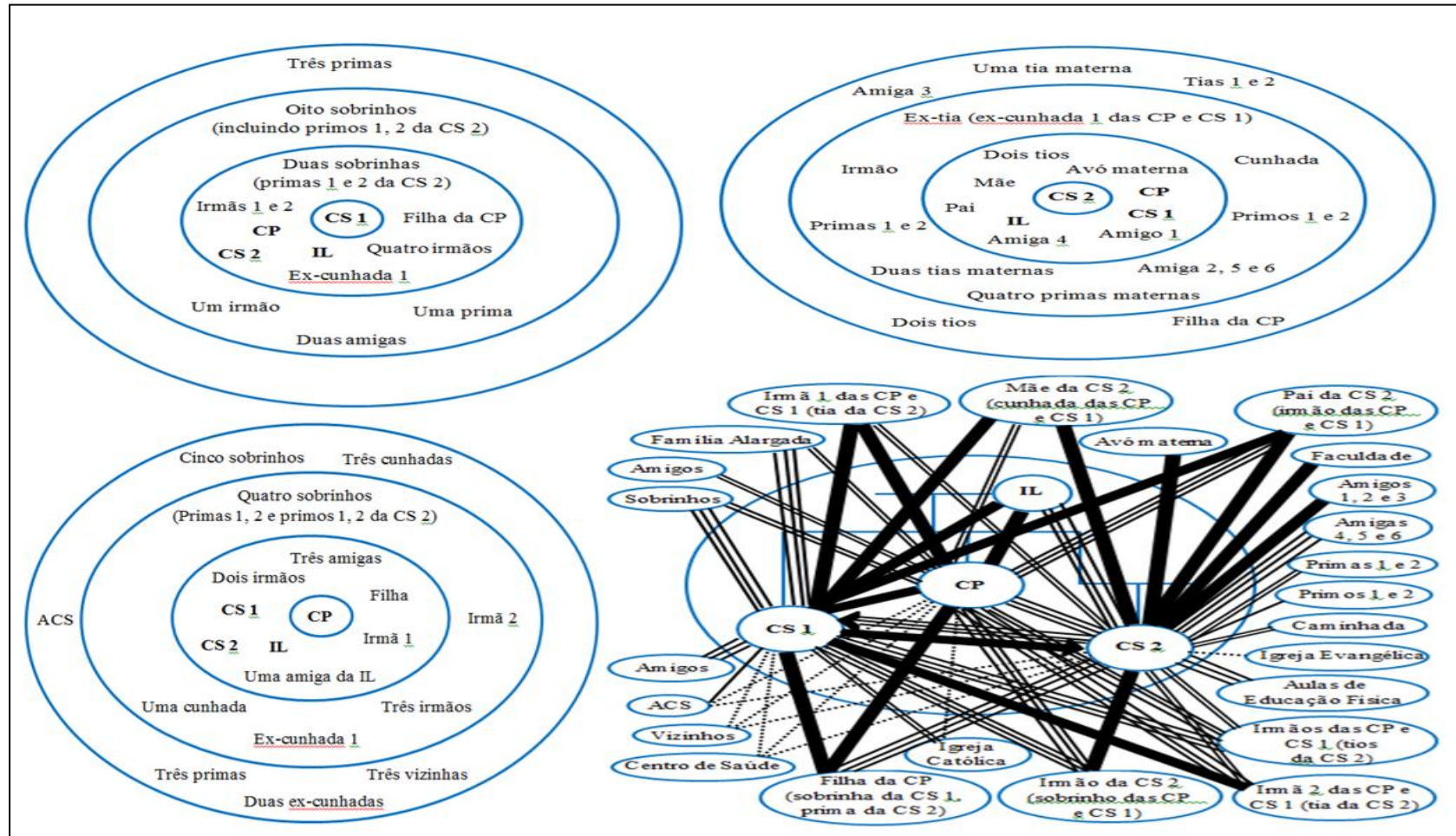
Fonte: Autoria própria, através da construção do Círculo Familiar de Thrower e Ecomapa da cuidadora da Família 7 (2013).

As cuidadoras que apresentaram maior número de vínculos sociais formais foram as CP e CS 2 da Família 6 e a CP da Família 7, através da participação em grupos religiosos, culturais e de terceira idade, bem como da escola, do trabalho, da academia e da relação com o fisioterapeuta da longeva (Figuras 6 e 7). Apesar da CP da Família 7 não contar com apoio de outros membros familiares, tinha condições de

pagar uma empregada doméstica, que lhe auxiliava tanto nas tarefas de casa, quanto no cuidar à sua mãe longeva, e isso lhe permitia manter alguns vínculos.

Interessante observar o quanto a presença e proximidade relacionavam-se aos vínculos mais fortes da CP da família 7 (Figura 7). De fato, durante a entrevista, essa cuidadora relatava e demonstrava grande pesar em relação às dificuldades de ter apoio, em especial familiar, no cuidado à idosa. Destaca-se a sobrecarga do cuidar para essa cuidadora, pois, como professora, conciliava a carga horária de trabalho de 40 horas semanais com o cuidado primário de sua mãe longeva, com grau de dependência muito grave há 33 anos (Quadros 2 e 3), sem apoio de outros familiares. Isso causava um isolamento social e afetivo nesta, pois, conforme argumentou, já se aproxima da terceira idade e mantém-se ainda solteira, devido à impossibilidade de se relacionar de forma mais profunda com alguém, visto que o cuidado da sua genitora lhe consome todo o tempo.

Figura 8 – Ecomapa e Círculos Familiar de Thrower da Família 8



Fonte: Autoria própria, através da construção do Círculo Familiar de Thrower e Ecomapa das cuidadoras da Família 8 (2013)

O domicílio da família 8 era residido pela idosa longeva e três cuidadoras, uma CP e duas CS. Foi a longeva que apresentou o menor grau de dependência do estudo, uma dependência ligeira há quatro anos (Quadro 2). Essa idosa apresentava nove filhos vivos, o que favorecia o cuidado familiar, no entanto, apenas as duas filhas (CP e CS 1) que residiam com ela prestavam o cuidado diário da mesma. Os outros filhos participavam do cuidar, quando esporadicamente visitavam a mesma, já que residiam em outro município.

Nenhuma das filhas cuidadoras trabalhavam, tendo como renda familiar a aposentadoria da idosa e locações de casas (Quadro 3 e 4). Ambas eram solteiras, uma era idosa e a outra de meia idade. Apresentavam uma rede social estrita, com vínculos basicamente familiares.

A CS 2 tinha depressão diagnosticada e fazia uso de antidepressivos, mas constituía-se em uma importante fonte de apoio secundário no cuidado à longeva.

Em relação à CS 2, trata-se de uma neta da idosa, sobrinha da CP e da CS 1, que reside junto a sua avó por motivos de estudos. Ainda mantém um vínculo moderado em relação à idosa e às suas tias, visto que ainda está em fase de adaptação, tendo uma relação de cuidado com a longeva ainda superficial.

Salienta-se o quão deficiente tem sido as unidades básicas de saúde em manter um vínculo com a comunidade, pois se observa que em quase a totalidade das famílias foram considerados vínculos superficiais e distantes com o centro de saúde onde elas estavam cadastradas.

5.3 O TERCEIRO MOMENTO – TRANSVERSALIZANDO O OLHAR SOBRE OS QUADROS E AS FIGURAS PARA O ENCONTRO COM A ANÁLISE DAS CATEGORIAS

Este momento do estudo tem o objetivo de causar enlaces - olhando para a revisão de literatura, o referencial teórico, o referencial metodológico e as informações apresentadas nos quadros e nas figuras. Trata-se de uma tarefa complexa, mas necessária e exigida na abordagem de pesquisa qualitativa, na construção do todo para a compreensão do que emergiu dos sujeitos da pesquisa. Assim, dar-se-á a análise compreensiva do que emergiu das respostas dos sujeitos às questões da entrevista semiestruturada, transversalizando o olhar sobre os quadros, as figuras e os registros no diário de campo.

A seguir, os resultados serão demonstrados e discutidos por categorias e subcategorias, e com o olhar atento ao que emergiu dos instrumentos APGAR Familiar, Círculo Familiar de Thrower e Ecomapa, bem como dos registros no diário de campo.

A primeira categoria refere aos sentimentos e percepções do cuidador em relação ao cuidar ao seu ente parental longo, sendo subcategorizada pela dualidade desses sentimentos e pela percepção do cuidado como uma missão e um desígnio divino. Na segunda categoria serão abordados os fatores influenciados e condicionantes ao cuidado familiar, sendo eles o compromisso, o dever e a obrigação filial, a afinidade, a afetividade, a presença, a proximidade e a disponibilidade do cuidador em relação à pessoa idosa longo. A terceira categoria diz respeito às consequências do cuidar na vida do cuidador. E, finalmente, na quarta e última categoria será exposto como se dá a organização do cuidado familiar e qual rede de apoio está disponível à família cuidadora no cuidado ao seu idoso longo.

CATEGORIA 1 – SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DO CUIDAR NA ÓTICA DO CUIDADOR FAMILIAR

O cuidado expressa sentimentos enovelados em percepções que o *ser* constrói ao longo do processo de *ser/existir* humano na esfera relacional de pertencimento. Neste estudo, sentimentos e percepções foram externados pelos participantes da pesquisa, quando solicitados a deixar emergir do seu *ser* as vivências relacionais do cuidado ao membro familiar idoso longo.

Tais sentimentos, envoltos de valores e crenças intergeracionalmente construídos e transmitidos na relação da gênese familiar, fez-se demonstrar por expressões de dualidade; sentimentos de gratidão, reciprocidade, solidariedade, compaixão e angústia; o cuidado como uma missão - um designo de Deus; aceitação à função cuidadora; e preocupação em relação à manutenção da saúde e bem-estar do idoso longo. Trata-se de sentimentos que convergem e divergem ao *ser/estar* na missão de cuidar. Um cuidar, por vezes, valorativo, por outras, depreciativo. No entanto, no enfoque do alcance equifinalidade, este se dava independentemente do grau de aceitação e satisfação.

No direcionamento da compreensão deste cuidado seguem delineadas as subcategorias que se alinham, construindo um mosaico dos sentimentos e percepções dos participantes.

Subcategoria 1.1 – A dualidade dos sentimentos gerados pelo cuidar

O cuidar mostrou-se para os participantes do estudo como gerador de sentimentos variados, em uma ambiguidade que se entrelaçavam, por momentos do viver cotidiano de proximidade, tensão e alegria – vivências do cuidador em cada momento do cuidar.

“‘Ó’, eu sentia, às vezes, um pouco estressada. Estressada por, devido à, o dia-a-dia, ‘né’? Mas no dia tranquilo, eu sentia bem [...] Então, tirando essa parte do estresse, porque tinha noite que ela não dormia direito e tudo, e isso não deixa de estressar a gente, ‘né’? Mas, eu ficava feliz, ficava feliz em poder ser útil, ‘né’? Ser útil.” (CP da Família 2)

“Tem dia que eu fico triste, tem dia que eu fico alegre, tem dia que eu fico pensativa [...] Ah, eu me sinto bem [...] é difícil, é! Há momentos que é muito prazeroso, há momentos que eu fico triste [...] Às vezes, eu fico preocupada, que não tem ninguém pra botar ela na cadeira” (CP da Família 7)

Segundo Flores et al. (2010), a relação de cuidado produz subjetividades, que se expressam por diferentes sentimentos. De fato, ao incluir-se no sistema, percebendo-se como parte dele, reconhecendo sua própria participação na constituição da “realidade” por ele vivida, o indivíduo expressa a sua intersubjetividade (VASCONCELLOS, 2002), fazendo emergir sentimentos e percepções do seu vivido cotidiano, nesse caso o cuidar.

Para Martines e Machado (2010), a produção de cuidados e a produção de subjetividades dos sujeitos são indissociáveis, e o cuidado adquire uma finalidade maior de construção e de reconstrução de felicidade, de alegria e de vitalidade, à medida que considera onde as relações se constituem, geralmente no plano sujeito-sujeito.

Nas falas das CP das famílias 2 e 7 fica evidente os diferentes sentimentos vivenciados por elas nas práticas do cuidar, que variam de acordo com os momentos que se apresentam em seu cotidiano.

Em algumas situações foram relatados sentimentos em torno do cuidar ao seu ente idoso longevo, que demonstraram satisfação em sua função cuidadora, justificada pela capacidade de despertar sentimentos de amor, carinho, admiração, respeito, solidariedade, felicidade e alegria, sensações de bem estar e de sentir-se útil, além de percepções do cuidado como prazeroso, maravilhoso, importante, resolutivo e gratificante.

*“[...] **Eu fazia aquilo com carinho** mesmo (pausa na fala e chora) [...] eu sempre tinha muito cuidado com ela, carinho, ‘né’? [...] **O meu sentimento foi um sentimento tranquilo, me sentia bem** [...] **Eu ficava contente em vê-la assim, porque eu gostava de cuidar direitinho dela** [...] E com isso eu sentia que ‘tava’ tendo efeito, aí ela **‘tava’ tendo uma vida saudável. Isso pra mim, ‘pra’ gente que cuida é gratificante, ‘né’?**” (CP da Família 2)*

*“**Eu me sinto bem e gratificada com isso.**” (CP da Família 4)*

*“É bom. É, quando **a gente cuida dele é porque a gente gosta, entende? Aí é bom cuidar dele [...] demonstrar o respeito [...] demonstrar a ele mesmo que a gente gosta dele, ‘tal’.** Uma forma de carinho. Admiração também [...] **Não vejo como uma tarefa difícil, não. Prazerosa até [...] Gosto, então, não vejo como algo pesado, não [...]**” (CS 1 da Família 4)*

*“**‘Pra’ mim é um dia maravilhoso. Cada dia que a gente levanta, em pé, ‘pra’ cuidar delas, ‘pra’ mim é, é uma, é uma alegria muito grande [...]** Eu me sinto bem, graças a Deus! Me sinto feliz [...]*” (CP da Família 6)

*“**Ah, eu me sinto muito bem, ‘num sabe’? Muito bem [...]** Aí, isso pra mim é uma coisa maravilhosa, ‘né’? **Ter, ter que cuidar da minha mãe, mesmo com essa idade [...]** Ah, de amor, carinho, faço tudo assim, o que eu posso por ela.” (CP da Família 8)*

Os sentimentos de satisfação pelo cuidado prestado ao seu familiar envolveu a totalidade dos participantes desse estudo, primeiramente, pela possibilidade de satisfazer as necessidades demandadas pela dependência dos seus entes parentais idosos. Nesse particular, o cuidar remete ao sentimento de gratidão e retribuição. Relatam não perceberem como uma tarefa difícil, embora, nas entrelinhas, deixem escapar as dificuldades de ser cuidador da pessoa idosa em situação de fragilidade.

Durante a entrevista com os participantes da pesquisa, a manutenção da saúde e bem-estar do idoso longevo foi muitas vezes citada como fonte de preocupação nos seus familiares cuidadores, em algumas situações, de maneira mais explícita e objetiva; outras, de forma mais subjetiva.

“[...] sempre com relação à limpeza, alimentação, **eu procurava dar sempre aquilo que fazia bem ‘pra’ ela, ‘né’?** E alimentação na hora certa. **‘Me preocupava’ muito com o suco, com a comida sempre mesmo, sempre verduras [...]** Não deixava, assim, **me preocupava muito** quando aparecia, assim, alguma parte do corpo que, às vezes a pele fica desidratada e vai, ‘né’? Querendo ferir e tudo, quando eu via aquilo **eu ficava apavorada, aí pronto. Eu corria logo, comprava a, a, o necessário ‘pra’ poder combater, não formar escara [...]** Mas aí sempre que ela fazia xixi eu trocava a fralda, aí eu lavava com soro e passava o creme. ‘Num’ instante cicatrizava [...]” (CP da Família 2)

“[...] eu procuro, assim, na hora do alimento, por exemplo, eu vou dar [...] **‘Pra’ ela sentir minha presença junto dela, porque isso ‘pra’ ela é muito importante [...]** aí eu gosto sempre de colocar ela com a cama bem levantadinha, até pra poder descansar as costas [...] Porque eu gosto de botar ela no vaso sanitário, porque quando ela demora muito de ir no vaso, ela fica com o ‘pumpum’ muito duro, de ficar na cama [...]” (CP da Família 3)

“É, de noite acordo, venho olhar se ele ‘tá’ coberto, se não ‘tá’ molhado de xixi, se não ‘tá’ com sede [...] de ver se ‘tá’, não ‘tá’ assado, se ‘tá’ todo limpinho, se as meninas às vezes que dá banho, se deu banho direito ‘pra’ não ficar com mau cheiro [...] **eu sempre procuro ‘tá’ fazendo alguma coisa diferente ‘pra’ ele, ‘pra’ ele se alimentar, ‘pra’ não ficar só naquele, ‘pra’ você não enjoar, ‘né’?** [...]” (CP da Família 4)

“**Eu evito dar coisas, assim, industrializadas, dou uma fruta [...]**” (CP da Família 5)

“[...] **tenho aquela preocupação de mais tarde fazer um chazinho ‘pra’ dar [...]** vou prestar atenção como é que ‘tá’ [...] o almoço quem faz é eu, não, **não abro mão do fogão ‘pras’ meninas, que eu tenho medo de um arroz sair salgado, pelas idades das idosas [...]**” (CP da Família 6)

“**É tudo separado, o copo da minha mãe é separado, a bacia, os paninhos, tudo é separado, nada é misturado. E outra, antes dela entrar ‘pro’ quarto, ‘pra’ cuidar da minha mãe, eu ‘mando ela’ lavar as mãos, passar álcool, ‘pra’ depois ir falar com minha mãe, porque ela vem suada e o médico em Salvador me disse que evitasse esses contatos. E quando eu chego da rua, antes de ir ao quarto falar com ela, eu primeiro lavo meus braços, passo álcool, lavo meu rosto e muitas vezes eu troco a roupa, antes de entrar no quarto, porque ela já ‘tá’ idosa, então, o sistema imunológico é baixo, por conta da idade e por conta de todo o histórico dela, de saúde, então, eu evito o máximo que eu posso.**” (CP da Família 7)

“[...] **‘Pra’ ela não descer as escadas, ‘pra’ ela não cair, e tudo [...]** Procuro fazer coisas, é, que ela coma, porque ela não é muito fã, assim, pra comer é meio difícil, ‘né’? **‘Me’ preocupo muito com ela porque, tem vez que ela não quer comer e eu fico, ‘né’?** [...] Às vezes durmo até com ela, ‘né’? **‘Pra’ poder ficar olhando.**” (CP da Família 8)

Preocupação em relação à evitar maus-tratos contra a idosa também foi citado pela CP da Família 7:

“[...] continuo sempre na escola, no intervalo, eu ‘tô’ ligando, eu ‘tô’ procurando saber. E quando eu chego em casa, eu vou logo no quarto e pergunto à minha mãe: ‘Como foi? Como é que está?’, se a menina tá cuidando, se tá bem [...] E onde eu vou deixo cinco ou seis telefonemas de contato, de amigos, de parentes, da escola. Se eu vou à rua, de lá eu ligo [...] aí eu pergunto: ‘Mãe, ‘tá’ tudo bem? A senhora tá bem? A senhora merendou? Tá tudo bem? Tá lhe cuidando bem? Como é que tá aí?’. [...]” (CP da Família 7)

O sentimento de preocupação em manter o bem-estar do longo tempo também gerou nos familiares percepções de não estar conseguindo cumprir em sua totalidade a função cuidativa, o que considera uma falha no processo do cuidar, caracterizado, por exemplo, pela cobrança de si mesma e pelo sentimento de culpa por não conseguir ofertar um maior e melhor diálogo com seu idoso:

“[...] Agora, eu acho que a gente conversa pouco com ela. Ela reclama muito disso, que fica muito só [...] Eu me cobro muito isso [...] Primeiro, ela não ‘tá’ ouvindo direito, ela tem uma dificuldade, realmente, ela tem dificuldade ‘pra’ escutar, aí você fala uma coisa ela entende outra coisa, aí pronto, aí, às vezes, a gente não tem nem paciência de ficar conversando muito com ela. Então eu acho que a gente devia conversar mais com ela, ficar mais perto assim, sabe, conversar, procurar contar as novidades do dia [...] Nisso aí eu acho que a gente peca um pouco, eu acho [...]” (CP da Família 3)

O cuidar extrapola o atendimento das necessidades básicas de cada ser humano, pois envolve também o autocuidado, a autoestima e a autovalorização, expressas pela presença, pelo toque, diálogo, conforto psicológico, entre outras formas de cuidado (SILVA; SANTOS, 2010; FLORES et al., 2010; LIRA; SILVA, 2008). Entretanto, percebe-se nessa fala a dificuldade que o cuidador tem em proporcionar o cuidado emocional e o conforto psicológico da pessoa idosa, pois através dos relatos anteriores, os cuidadores demonstram sentirem-se eficientes na prestação das tarefas mais objetivas do cuidado, como alimentação e higiene, no entanto, parece que atitudes como o diálogo, por ter uma essência subjetiva, são mais difíceis de serem proporcionadas.

Daí, a necessidade dos profissionais de saúde estarem atentos a essa questão, dando suporte ao familiar cuidador, para que o excesso de cobrança de si e sentimentos de culpa não interfiram no seu autocuidado, nem no cuidado do outro, pois, conforme Machado, Jorge e Freitas (2009), sentimentos de satisfação e de prazer podem ceder lugar à impotência, à impaciência, à insegurança, à angústia e até mesmo à culpa.

É importante salientar, porém, que sentimentos de dever cumprido, bem como a percepção de ter conseguido fazer ou de estar conseguindo fazer o melhor que pode ou

puderam pelo bem-estar do seu ente cuidado estiveram muitas vezes presentes nas falas dos entrevistados.

“[...] E com isso eu sentia que ‘tava’ tendo efeito, aí ela ‘tava’ tendo uma vida saudável [...] Eu achei que eu ‘tava’ cuidando direitinho, ‘né’? (risos). E aí, com isso eu ficava tranquila [...] Acho que eu fiz o que eu deveria ter feito e que eu podia ter feito, ‘né’? [...] Eu acho que eu cumpri minha tarefa direitinho, não sei, ‘né’? (risos). Pode, pode ter tido algumas, algumas coisas que, acho que nem todo ser humano é perfeito, ‘né’? Mas foi isso aí.” (CP da Família 2)

“E a gente, eu procuro, assim, o máximo que eu posso. Não só eu, como as pessoas que estão comigo. Eu observo muito isso também das pessoas. É aquela história, no dia que se for eu tenho a impressão que eu não vou ter, assim, dizer assim: ‘Oh, meu Deus, será que eu faltei fazer isso, ou faltei fazer aquilo?’.” (CP da Família 3)

Corroborando com o observado, Gomes e Resck (2009) afirmam que o cuidar pressupõe satisfação das necessidades humanas básicas que se encontram afetadas no cliente. Não só a satisfação das necessidades do indivíduo está implicada no cuidado, mas, também, o sentimento de solidariedade, dito por Vale e Pagliuca (2011) como próprio do ser humano, que se manifesta na relação com o outro.

Waldow e Fensterseifer (2011) acrescentam que cuidar responde por ajudar incondicionalmente, oferecendo apoio, segurança, simpatia, compaixão e solidariedade. Assim, o cuidado, por vezes exigente do outro, também o faz sentir prazer ao fazê-lo, especialmente quando o sujeito de sua ação refere-se àquele de convivência familiar e história de vida compartilhada. Contudo, este não se trata de um fato que possa ser generalizado, estamos a olhar a inteireza de cada ser e cada contexto, visto que, estudiosos salientam que a sobrecarga de cuidado do cuidador, por vezes, conduz ao seu distanciamento do ser cuidado (NERI, 2002).

No entanto, é consenso entre os estudiosos, que o sentimento de solidariedade conduz o processo de viver e conviver humano, diante das multiversas dificuldades de estar cuidando e estar-se cuidado. A fala da CS 1 da Família 3 retrata a solidariedade como uma necessidade de ser-se útil ao cuidar à pessoa idosa longeva – meu familiar, a extensão de mim, o meu eu:

“Pra’ mim, quando eu cuidava dela, eu sentia, tipo assim, como se eu tivesse cuidando de uma pessoa que tivesse necessitando de mim e que eu pudesse ajudar. Eu ‘tava’, eu ‘tava’ me sentindo bem eu cuidando, eu ‘tava’ sentindo que eu ‘tava’ ajudando alguém que ‘tava’ precisando, alguém que ‘tava’ naquela situação ali, doente, e eu gostava de cuidar dela, sinceramente [...] eu cuidava com carinho [...]”

Salienta-se, porém, que sentimentos de pesar, refletidos pelo desgaste e pela sobrecarga nas tarefas cuidativas, também estão embutidos no cotidiano de cuidado desses cuidadores. As palavras de significação que emergiram desses sentimentos foram: luta, trabalho, dedicação, disposição, paciência, dificuldade, resignação, renúncia, nervosismo e responsabilidade. Tratam-se de palavras sinônimos-adjetivos de um cuidar que exigem doação.

“É muita luta, ‘né’? Muito trabalho, tem que se dedicar muito, tem que se dispor. Pra cuidar da pessoa idosa a gente tem que ter paciência, porque não é fácil, não. Mas tem que ter muita resignação [...] Tem que renunciar muita coisa da vida da gente [...] Às vezes, a pessoa fica nervosa, tanto quem cuida, como a pessoa também que ‘tá’ doente, mas é difícil [...]” (CP da Família 1)

“Bom, é uma responsabilidade muito grande, ‘né’? [...]” (CS 2 da Família 3)

Doar, no dicionário da língua portuguesa, significa ceder gratuitamente a outrem, fazer doação, dar (FERREIRA, 2010). É sabido que o sistema familiar se comporta como um ambiente de doação, de trocas, de ajuda mútua entre seus membros. Não haveríamos de nos surpreender, então, que sentimentos de gratidão e reciprocidade estivessem presentes nas falas dos familiares cuidadores, bem como que o cuidado fosse percebido por eles como uma troca do que um dia foi recebido pelo familiar longevo, que agora se encontra em situação de fragilidade e dependência.

“[...] eu acho que é o mínimo que eu posso fazer por ela [...] eu estou retribuindo um pouco daquilo que ela foi comigo, que ela foi uma grande mãe [...] por mais que eu faça, eu acho que eu ainda ‘tô’ fazendo pouco. A gente acha sempre que ‘tá’ em dívida com aquela pessoa [...] aí eu procuro mostrar ‘pra’ ela o que ela já foi, o que ela já fez, que agora, não, é hora da gente retribuir.” (CP da Família 3)

“Ajudou, é, minha mãe me criar e ‘tal’, ‘né’? [...] sem ajuda dela minha mãe não, acho que não conseguiria trabalhar direito (risos), porque ficaria aquela preocupação, ‘né’? Então, nesse sentido, ajudou bastante.” (CS 2 da Família 3)

“[...] é um ciclo, ‘né’? Eles cuidaram da gente, com amor, dedicou sua vida todinha pra cuidar dos filhos, e que não foi pouco, foi 26 que teve, 16 criou e ele deu conta de todos [...] ‘Tá’ fazendo favor nenhum, sabe? Uma troca deles, e agora cuidar [...] não ‘tô’ fazendo favor nenhum e cuidar com amor, ‘né’? É isso aí.” (CP da Família 4)

“Acho que é uma maneira também ‘da’ gente demonstrar o que ele fez a vida toda pela gente, entendeu? Os cuidados que teve. Acho que hoje a gente já ‘tá’, ‘tá’ tomando conta, eu acho que é uma maneira de retribuir [...]” (CS 2 da Família 4)

“[...] porque minha mãe agora está precisando muito de mim, da minha irmã.” (CP da Família 8)

Através dessas falas, percebe-se que cada membro familiar está relacionado de tal forma com os demais, na sua inteireza, que os tornam mutuamente interdependentes, ou seja, as partes do sistema não se somam, mas se complementam. Para Baggio, Monticelli e Erdmann (2009), o cuidado de si também se dá pelas relações com o outro, pois essas possibilitam a integração e o sentimento de cuidado que se processa a partir das trocas com o outro. E sendo a família o lugar primordial das trocas intergeracionais, da entreajuda incondicional, onde as gerações se encontram e interagem de forma intensa, como foi dito por Fernandes (2001), é nesse contexto que as relações com o outro se mostrará com maior intensidade, favorecendo as trocas de cuidado entre seus membros.

Porém, a maneira como o cuidado é percebido, bem como qual será o tipo de trocas intergeracionais, vai depender do histórico familiar vivido por eles, ou seja, as relações e vivências que se estabeleceram durante toda trajetória de convívio familiar. Essa abordagem foi também salientada no estudo de Flores et al. (2010), quando relataram que, para algumas cuidadoras, o cuidado apareceu-se como uma consequência da trajetória e da história familiar de cuidados precedentes das idosas em relação a filhos e netas.

Então, essas trocas poderão ser negativas ou positivas, dependendo da percepção e dos significados atribuídos pelos indivíduos, em relação ao que foi construído em seu sistema familiar. As trocas por si só já são realizadas bilateralmente, havendo, dessa maneira, uma interação circular entre os indivíduos envolvidos, que sofre influência do ambiente em que vivem, bem como das relações construídas nele.

O entendimento que fica a partir desses conceitos, é que o cuidado familiar será o reflexo do que o receptor de cuidados, no caso o longo vivo, é ou foi capaz de proporcionar ao agente cuidador durante o convívio entre ambos. Assim, trocas intergeracionais manifestadas pelas palavras de respeito, carinho, admiração, dignidade e honestidade estiveram presentes em algumas falas, por vezes de forma explícita e objetiva, em outros momentos de maneira mais subjetiva.

“[...] retribuindo uma coisa que já, que ela também já fez por mim um dia, quando eu também era pequena [...] é uma coisa que você recebeu e agora você ‘tá’ dando [...] eu cuidava com carinho, como eu acho, que eu também tenho pra mim, que ela quando cuidava de mim, cuidava com carinho.” (CS 1 da Família 3)

“[...] é uma forma mesmo de ‘gratificação’ [...] demonstrar o respeito, tipo, esses anos todos, aí agora a gente, é, demonstrar a ele mesmo que a

gente gosta dele, 'tal'. Uma forma de carinho. Admiração também [...] mas acho que é uma forma de carinho mesmo.” (CS 1 da Família 4)

“Amo cuidar deles. Principalmente, porque eles me, me dão em troca. Eles, Ave Maria, mostram, falam pra todo mundo que me ama, que isso, que aquilo [...]” (CP da Família 5)

“Sem briga, porque um local que a gente vive, com pessoas idosas, não precisa, não pode ‘tá’ brigando, não pode ‘tá’ nada, ‘né’?” (CP da Família 6)

“Tudo que eu sou, tudo que eu tenho e tudo que eu construí na minha vida, eu devo a minha mãe! Eu perdi meu pai com treze anos de idade e de treze anos pra cá a minha mãe assumiu a gente, criou, terminou de criar a gente sozinha, dando duro, batalhando, com honestidade, e nos ensinou pra gente comer com o suor do rosto, trabalhando, viver com dignidade [...] Eu sou parte dela. Eu estou viva porque ela me deu a vida [...] Então, eu sou o que ela, o que ela construiu comigo, em todos os aspectos [...] E é, é também por isso que eu trato minha mãe muito bem, por respeito a ela, pela idade, pela fragilidade [...]” (CP da Família 7)

Atitude de reciprocidade não ficou somente implícita na relação de cuidado entre o cuidador e seu familiar longevo, mas, também, na percepção que uma das cuidadoras tinha em relação à troca positiva estabelecida no relacionamento desta com a sua empregada doméstica, o que favorecia a um melhor cuidado prestado a sua mãe longeva.

“[...] eu preciso delas ‘pra’ cuidar da minha mãe ‘pra’ eu trabalhar. Então, comportamento gera comportamento. Se eu trato elas bem, lógico, elas também vão tratar a mim e a minha mãe bem. Se eu desrespeito elas, elas também, logicamente, vai me desrespeitar, e em decorrência disso vai descarregar em cima de minha mãe. Então, é até uma estratégia que eu uso.” (CP da Família 7)

Destacou-se, também, nas falas das cuidadoras, sentimentos de piedade, pena, compaixão, dó, pesar, angústia e amargura, ora pelo sofrimento causado pela doença, ora pela condição de abandono por parte dos filhos de duas das idosas longevas.

“[...] amenizando mais também, ‘né’? Porque eu acho que por mais que eles não sintam dor, que a Doença de Alzheimer não permite isso, mas eu acho, assim, bem constrangedor, não sei, assim, às vezes eu fico pensando o que seria que eles pensam [...]” (CS 2 da Família 4)

“[...] há momentos que eu fico triste. Às vezes, por ela sentir dores, vontade de toda hora ‘tá’ virando [...] Se eu pudesse, eu tirava minha mãe desse leito (começou a chorar), botava minha mãe andando, mesmo que fosse, assim, com limitações, devagarinho [...] (começou choro mais intenso) É muito difícil! É duro amanhecer e anoitecer e ver a mãe da

gente num leito. Dor na perna, dor nas costas. É muito duro!” (CP da Família 7)

Diferentemente das outras famílias do estudo, em que o cuidado foi definido por sentimentos de gratidão e reciprocidade, baseados nas trocas intergeracionais, na Família 6, o cuidado foi definido pelo sentimento de solidariedade, pois, conforme anotações no diário de campo, apesar das idosas longevas terem filhos vivos, que poderiam se responsabilizar pelos seus cuidados, essas idosas não tiveram suporte filial nesse momento de fragilidade e adoecimento. Assim, membros da família alargada, mesmo com graus de parentesco distante (Quadro 3), solidarizaram-se com a situação de abandono filial das idosas e responsabilizaram-se pelo cuidado das mesmas.

Silva e Vázquez-Garnica (2008) trazem a discussão sobre algumas diferenças entre o cuidado filial e o cuidado prestado por outras pessoas. Para elas, o cuidado dos filhos está acompanhado de amor e afeto, enquanto o de pessoas estranhas é valorizado como um ato de caridade, baseado em uma obrigação de caridade cristã. De fato, a CP da Família 6 foi a que demonstrou maior religiosidade dentre todas as cuidadoras do estudo, tanto em relatos na entrevista semiestruturada, quanto na exposição de sua proximidade e de seus vínculos fortes em grupos religiosos, expressos no Círculo Familiar de Thrower e no Ecomapa (Figura 6). Em dado momento da entrevista, foi possível visualizar essa aproximação com a igreja católica, quando relata o reconhecimento dos amigos dessa instituição em relação à sua doação no cuidado às suas primas: *“Na igreja, todo mundo sabe o meu trabalho, o que eu faço, todo mundo se preocupa, pergunta, vem, faz visita.”*

Segundo informações registradas no diário de campo, a idosa longeva 2 da Família 6 sofria agressão física do seu filho, um usuário de drogas, quando ainda morava com ele. Foi necessária a intervenção do Ministério Público no caso, e essa CP se responsabilizou por ela e por seu cuidado. Todo esse histórico fez emergir na CP um sentimento de pena e compaixão por essas idosas, expressos na fala a seguir:

“[...] às vezes, a gente fica assim, ‘né’? Eu olho ‘pra’ (idoso longeva 1), sabendo que tem um filho, e graças a Deus que eu ‘tô’ cuidando. Eu olho também ‘pra’ (idoso longeva 2) também, ela tem um filho, poderia ‘tá’ cuidando dela e não ‘tá’. Porque é uma alegria um filho cuidar de uma mãe. Aí eu também sinto aquela, aquela paixão, assim, ‘né’? [...] Mas elas duas não ‘teve’ sorte, ‘né’? [...] Mas eu sinto algo, assim, dentro delas, porque todo mundo quer ter um filho por perto, ‘né’? [...] Mas, o que é que a gente vai fazer?” (CP da Família 6)

Retomando Silva e Vázquez-Garnica (2008), o cuidado filial baseia-se na gratidão dos filhos pelo cuidado e atenção recebidos de seus pais no passado. Então, se os pais cumpriram

a função paterna satisfatoriamente, ou seja, foram “bons pais”, receberiam como retribuição o cuidado filial na velhice, porém, se essa função não fosse cumprida, não se tornariam dignos de tais cuidados. No caso das idosas da Família 6, não parece ter sido este o motivo do abandono e ausência de cuidado dos seus filhos, tornando-se mais propício contextualizar o que também foi discutido na obra dessas autoras em relação a outros fatores que influenciam essa atitude filial.

Conforme o que foi abordado pelos sujeitos do estudo das autoras, o motivo mais importante dessa ausência e abandono era a ingratidão dos seus filhos, justificada em alguns casos pelo uso de drogas, que causava sofrimento nos seus pais e os privava da possibilidade do cuidado filial, pois, não poderia se esperar de usuários de drogas o cumprimento da obrigação filial em relação ao cuidado aos pais (Silva; Vázquez-Garnica, 2008). Visualiza-se, aí, o que foi observado em campo, no caso da idosa longeva 2 da Família 6.

Essa falta de reciprocidade filial também foi explicada pelo traço moral intrínseco nos filhos, ou seja, o fato de serem “maus filhos” relacionava-se ao fato de serem “pessoas más” (Silva; Vázquez-Garnica, 2008). Esse entendimento foi também observado na fala da CP da Família 7:

*“[...] Se você não ama seus pais, se você não cuida deles, você vai cuidar mais de quem? Se você não ama quem lhe colocou no mundo, você vai cuidar mais de quem? **Quem não é um bom filho, não é um bom pai, não é um bom amigo, não é um bom colega [...]** Quem não ama os seus pais, não ama mais a ninguém, a ninguém, não tem como! Não tem como! Você não ama seus pais, você vai amar a quem mais? **Se você é metade deles.**”*

Além disso, os idosos, sujeitos da pesquisa de Silva e Vázquez-Garnica (2008), salientaram que as mudanças nas relações entre as gerações, com a perda do respeito pelos idosos, respondiam também como motivo da falta de comprometimento e reciprocidade por parte dos filhos nos cuidados aos pais idosos. Em nosso estudo, o tema foi abordado pela CP da Família 7, quando expressou sua indignação em relação ao abandono, maus-tratos e desrespeito aos idosos:

*“**O idoso é abandonado, muitas vezes, pela própria família, o que é uma grande crueldade! [...]** No nosso país, aqui na América do Sul, o idoso é **desprezado**, é maltratado. Às vezes, a própria família abandona, coloca nesses abrigos, cada um pior do que o outro, maltrata, a família, os próximos, maltrata. Às vezes, idoso tem até dinheiro e eles não usa aquele dinheiro para o idoso e sim para eles, ‘tá’ entendendo? Então, o idoso é **muito maltratado nesse país, é muito desrespeitado, não é olhado como gente, como ser humano, como pessoas que construiu alguma coisa dentro da sociedade, que tem um bom legado de que deixou ‘pra’ mim e ‘pra’ todos [...]**”*

É importante salientar, no entanto, que devemos ter maior cuidado e atenção ao sentimento de culpabilização que se é gerado em relação à família, pois o consequente aumento do número e da frequência de casos problemáticos de isolamento e abandono dos idosos, consequente do aumento do número destes e o prolongamento da vida, não se resume a um problema familiar, mas tem se constituído um problema social de âmbito nacional e mundial, que exige das políticas públicas e do Estado um olhar mais sensível e atitudes concretas para resolução do problema. Para Fernandes (2001), a “culpa da família” torna-se a razão fácil a que se acomoda o agente social para justificar a existência do problema.

Subcategoria 1.2 - O cuidado como uma missão e vontade de Deus

Além dos sentimentos de solidariedade e caridade cristã que o cuidado faz emergir, a religiosidade em torno do cuidado esteve presente também na forma como essas cuidadoras percebem sua função cuidativa. Vale salientar que a religião predominante entre os investigados foi a católica, dos 15 cuidadores apenas 04 tinham outra religião, 03 se consideravam evangélicas e 01 espírita (Quadro 3).

Gomes e Resck (2009) também relataram em seu estudo o sentimento de religiosidade e fé que norteava as ações cuidativas dos sujeitos da sua pesquisa, sendo o ato de cuidar interpretado como uma função divina. Insere-se nesse contexto o que foi dito por Martines e Machado (2010), quando visualizam o cotidiano do cuidado como uma significação do real, mas que apresentam também o plano do imaginário e do simbólico.

“Eu via assim, como uma missão ‘pra mim’, ‘né’? Como uma missão (falas carregadas de choro).” (CP da Família 2)

“Cada dia que Deus coloca elas viva, ‘pra’ mim é uma grande alegria na minha vida, de eu cuidar delas, até o dia que Deus quiser.” (CP da Família 6)

“Eu tenho obrigação, perante as leis divinas [...] Então, eu tenho que cuidar dela, até o dia que Deus determinar. Até porque eu sou de família cristã e desde criança que eu ouço dizer o quê? Que o primeiro mandamento cristão é honrar pai e mãe, pra que você tenha bons dias na terra [...] E eu fiz o compromisso comigo, com Deus e com ela, que a gente só se separa por morte [...] Tudo seja feita a vontade de Deus. Deus não me deu minha mãe à toa e nem eu vim pra vida dela à toa. Acho que todos nós temos uma missão aqui na terra, e essa, a minha missão é tomar conta da minha mãe, e eu vou tomar até o dia que Deus determinar [...] (chora).” (CP da Família 7)

Observa-se nessas falas que muitos dos cuidadores familiares percebem o cuidar como um desígnio de Deus, deixando subtendido o quão importante a fé e a religiosidade se mostra no suporte e no amparo desses cuidadores, como também no conformismo, na acomodação e aceitação da situação vivenciada, pois se configura como uma forma de justificar a sua função cuidativa e de apaziguar a cobrança moral que há em torno do cuidador familiar.

Dessa forma, o conformismo e a acomodação em relação à função no cuidar ao ente parental longo são utilizados como estratégia do cuidador para manter um “pseudoequilíbrio”, a homeostase, tanto dele mesmo, quanto do sistema familiar. Nesse caso, utiliza-se o mecanismo de *feedback* negativo para evitar que mudanças ocorram e gerem conflitos familiares, como observado nas falas a seguir:

“É assim [...] a rotina, é uma rotina, ‘né’? [...] mas tirando isso, eu acho que eu acostumei também, não é tão cansativo, porque a gente acostuma, ‘né’? Com aquela vida que leva. Já tem sete anos nisso. É isso aí (choro intenso) [...] É tanto que hoje, mesmo ela ‘tá’ assim, debilitada, em cima da cama, precisando, totalmente dependente, ‘né’? Eu não sentia que ela dava trabalho [...] nunca reclamei, assim, por eu tá sozinha cuidando dela (pausa com mais choro) [...] eu não tenho o que reclamar (falas carregadas de choro).” (CP da Família 2)

“[...] aí se acostuma [...] isso aí já é rotina, já, aí, é isso mesmo, rotina mesmo. É boa, ‘né’? [...] é a mesma coisa sempre [...] Aí, como a gente já tem dois anos cuidando, eu mesmo cuidando dele, aí você se acostuma. Aí, faz porque gosta.” (CS 1 da Família 4)

“Às vezes, eu me pergunto: ‘Meu Deus, porque isso aconteceu com minha mãe?’ Mas ao mesmo tempo, eu digo que fico feliz, pelo menos ela tem uma casa, ela tem a mim pra cuidar, ela tem plano de saúde e tem outras pessoas ‘tão’ em situação bem pior [...] Eu vou levando a vida do jeito que a vida me levar (risos) [...] Mas, é isso mesmo [...] Mas, eu já, a gente, entre aspas, fica até acostumada, ‘né’? E eu tenho que aceitar. Eu já me preparei psicologicamente pra tomar conta dela até o dia que Deus determinar a vida dela e a minha [...] Mas, é a vida, né?” (CP da Família 7)

Assim, expressões como “é isso mesmo”, “é uma rotina”, “a gente acostuma”, “nunca reclamei” foram ressignificadas como agentes da homeostase e do *feedback* negativo do sistema de cuidados, e remeteu à situação de acomodação e de costume da rotina vivida por esses cuidadores, impossibilitando-os de visualizar outras possibilidades ou outras formas de encarar e enxergar a sua realidade, pois, apesar de falas carregadas de muita emoção e de executarem tarefas pesadas, desgastantes, e, por vezes, com uma sobrecarga grande, em alguns não foi observado queixas, nem a percepção de quão árdua e sobremaneira pesada é sua atividade cuidativa.

CATEGORIA 2 - FATORES INFLUENCIADORES E CONDICIONANTES PARA O CUIDAR/CUIDADO FAMILIAR

A literatura referente ao cuidado familiar à pessoa idosa tem muitas vezes ressaltado os fatores que exercem influência sobre ele. De acordo com Pavarini et al. (2005), a história de vida de seus membros, a cultura de origem e o contexto histórico e cultural em que vivem, bem como a disponibilidade dos recursos pessoais e sociais de apoio são fatores importantes e definidores para o cuidado familiar.

Em nosso estudo, foi possível captar nas falas dos entrevistados alguns fatores que condicionam o cuidado ao seu ente longo nessas famílias, daí emergiram as subcategorias:

Subcategoria 2.1 – Afetividade e afinidade

É fato que o convívio familiar é capaz de despertar e fazer vir à tona sentimentos afetivos entre seus membros, que irão permear a maneira como o cuidado será percebido e executado pelos indivíduos envolvidos, bem como favorecer para a escolha dos membros que estarão mais próximos ou mais distantes do sujeito cuidado, e conseqüentemente, do cuidado a ele prestado.

Num primeiro olhar, sentimentos como amor, zelo, carinho, respeito e admiração foram expressos pelos sujeitos como forma de demonstrar o cuidado, e também como condicionante no cuidado ao longo.

“[...] muito amor também, porque senão não cuida, não faz uma coisa bem feita.” (CP da Família 1)

“É um ato de amor [...] É por amor [...] E é como eu digo, só por amor pra gente cuidar de uma pessoa idosa, porque se a gente não tiver amor, minha filha, é como diz a história, não tem a paciência que deveria, ‘num’ sabe? [...]” (CP da Família 3)

“É a questão do amor, é a troca, ‘né’? Quem ama cuida, quem ama zela.” (CP da Família 4)

“[...] demonstrar o respeito [...] demonstrar a ele mesmo que a gente gosta dele, ‘tal’. Uma forma de carinho. Admiração também [...] eu acho que, assim, que a gente tendo esse ato eu acho que até ele mesmo se orgulha, mesmo sem, sem ele, acho, ele sentir [...]” (CS 1 da Família 4)

“‘Ó’, eu gosto por serem pessoas que eu amo [...] eu amo fazer isso, por eles, por gostar tanto deles (falas carregadas de choro) [...]” (CP da Família 5)

“[...] porque mãe é tudo, ‘né’? Na vida. Mãe tá em primeiro lugar, de tudo [...]” (CS 1 da Família 8)

“Minha avó, não quero que ela, perder, ‘né’?” (CS 2 da Família 8)

Flores et al. (2010) fundamentam esses achados afirmando que o cuidado baseia-se em atitudes que revelam o amor para com o outro, bem como em uma relação que produz subjetividades expressas por diferentes sentimentos. Martins, Silva e Alvim (2010) acrescentam que a expressão de afeto, a compaixão, a atenção, o zelo, a demonstração de respeito e a tolerância, princípios próprios da relação humana, qualificam o cuidado e, juntamente com o aporte técnico e tecnológico necessários ao cuidado, torna-o diferencial entre este e o descuidado.

O conteúdo das entrevistas também revelou que a afinidade entre o familiar e seu ente longo tem uma importância considerável para que esse familiar torne-se seu cuidador. Então, a história de vida, os sentimentos construídos durante a trajetória de vida familiar dão base para que a afetividade e o cuidado sejam mantidos, preservados e continuados durante a fase de velhice e fragilização da pessoa idosa.

“Ela prefere ficar aqui em casa [...] que ela é muito apegada comigo. Ela tem muito apego a outra filha, mas é mais comigo [...] então, a gente, assim, tem uma afinidade muito grande [...] Eu acho que é uma coisa assim já desde pequena, ela sempre, porque lá em casa era dividido, eu era com ela e a outra era com ‘paizinho’, sempre foi assim, e hoje continua essa mesma coisa [...] Ela disse: ‘Oh, minha filha, eu gosto dela, é minha filha, mas eu amo você, eu amo é você.’ (risos) [...]” (CP da Família 3)

“[...] eu amo demais, toda vida, independente de ‘tá’ ele assim, pra mim foi a primeira pessoa. Eu dizia sempre assim: ‘Eu gosto de ‘painho’ uma, duas, três vezes pra depois gostar de ‘mainha’. Mas eu sempre tive um vínculo muito forte com ele, desde pequena assim, sou muito parecida com ele também no, não fisicamente, mas no, na personalidade, nos gostos, essas coisas. Eu sou, sou apaixonada [...]” (CP da Família 4)

“Minha mãe é tudo que eu tenho na minha vida! [...] Ah, eu e mãe é um barato! Eu sou apaixonada pela minha mãe e ela por mim (falas carregadas de risos). A gente se dá muito bem. Eu tenho muito carinho, muito respeito, muito amor [...] Eu trato minha mãe bem, ela me trata bem. Ela tem amor a mim, eu tenho a ela [...] eu não me vejo sem a minha mãe! (falas carregadas de choro) [...] eu cuido da minha ‘velhinha’ até Deus tirar ela de mim ou eu dela, ‘né’? Eu deito ali na cama, bato papo com ela, brinco, dou risada. É minha companhia. Mesmo ali em cima da cama, tem uma sabedoria que você nem imagina. Ali tem sabedoria pra dar, emprestar e vender! (risos)” (CP da Família 7)

Nessas falas percebe-se o que foi descrito também no estudo de Machado, Jorge e Freitas (2009), ou seja, o sentimento de amor pelos genitores remete aos laços que são construídos dentro de uma família e explicam o desejo dos seus membros de estarem próximos e de se cuidarem mutuamente. Davis (2006) salienta que uma das posturas que o indivíduo exerce frente ao cuidado de outrem é relativa a uma resposta emocional que converge numa preocupação pelo outro, relacionando-se com a importância da relação, com o afeto, com a fraqueza e a atenção das necessidades da pessoa cuidada. Martines e Machado (2010) acrescentam ainda que a relação entre as pessoas é capaz de possibilitar atitudes e espaços de cuidado, abrindo-se para a responsabilização pelos laços afetivos e para o encontro intersubjetivo, que desloca a noção de cuidado de sujeito-objeto para sujeito-sujeito, na perspectiva da intensidade com que se estabelece a sintonia e o acolhimento do outro.

Além da afinidade com seu ente familiar, também se configurou como importante no cuidar a afinidade por pessoas idosas, como observado na fala da CP da Família 2:

“[...] E eu sempre gostei também de pessoas idosas, ‘né’? Sempre gostei, sempre dava atenção, assim, sentia que eles ‘necessitava’ de atenção, ‘né’? Mesmo antes dela ‘tá’ doente e tudo. E aí eu sempre tinha muito cuidado com ela, carinho, ‘né’?”

A maioria dos sujeitos do estudo referiu ter uma boa relação com o longo, bem como com os outros membros da família, apresentando vínculos fortes entre eles, como observados nos Ecomapas e Círculos Familiar de Thrower das famílias (Figuras 1-8). Apenas 03 cuidadoras referiram um vínculo moderado entre seu ente longo, a CP da Família 1, o CS 2 da Família 3 e a CS 2 da Família 8. Os resultados dos APGAR familiar demonstraram que, dos 15 entrevistados, 13 consideraram sua família como sem disfunção, reforçando a percepção positiva que os sujeitos do estudo têm acerca do relacionamento interpessoal entre seus familiares e da funcionalidade familiar nesses diferentes contextos. Isso contribuía para que o cuidado fosse percebido como algo tranquilo e prazeroso.

Flores et al. (2010) subsidiam essa assertiva, pois afirmam que o cuidado intergeracional com o idoso pode ser uma experiência prazerosa ou não, dependendo das relações entre as pessoas envolvidas, nas quais os significados atribuídos ao idoso e ao cuidado influenciam as atitudes de todas as gerações. Waldow e Borges (2011) argumentam que os atos realizados no cuidado variam de acordo com as condições em que ocorrem as situações e com o tipo de relacionamento estabelecido.

Subcategoria 2.2 – Compromisso, dever e obrigação parental

Apesar dos sentimentos de gratidão e reciprocidade serem destacados pelos participantes ao relatarem sua percepção e como se sentiam cuidando do idoso, observou-se que o cuidado a eles era motivado por esses mesmos sentimentos, os quais se relacionavam ao compromisso, dever e obrigação parental, culturalmente intrínseco no pensar e agir dos indivíduos no meio social e familiar.

*“E, é, como ela cuidou de mim, agora ela idosa, **mais que minha obrigação eu ‘tava’, eu cuidando dela.**” (CS 1 da Família 3)*

*“**É o sentimento de vó, ‘né’?** Sentimento de vó e ‘tal’.” (CS 2 da Família 3)*

*“**É minha obrigação, não ‘tô’ fazendo favor nenhum [...] que a gente tem cuidar, porque é pai [...]**” (CP da Família 4)*

*“[...] ele sentir, lembrar que a gente é da família e ‘tal’ [...] **Faz parte da minha família, é meu avô.**” (CS 1 da Família 4)*

*“Eu acho assim, que **todos os filhos ‘deveria’ correr atrás de suas mães**, por muita velhice que elas sejam, mas eu acho que **é uma obrigação de um filho**. Mas, hoje nem todos filhos olha isso, se eu, porque a minha pode ‘tá’ do jeito que for, eu tenho que correr atrás. **Quem tem que fazer por minha mãe sou eu**, porque ela já fez por mim.” (CP da Família 6)*

*“Mas ao mesmo tempo, eu volto e penso: **‘Não, é minha mãe. É minha mãe. Eu tenho obrigação [...] perante o meu compromisso como filha [...] aquela coisa de que ela é minha mãe [...] eu tenho que tomar conta, ela é minha mãe. Então, é o meu compromisso como filha, ‘né’? Tomar conta da minha mãe, respeitá-la, cuidar bem [...] então, eu que sou filha, eu tenho que tomar conta. O compromisso é meu, a responsabilidade é minha [...]**” (CP da Família 7)*

Para Silva e Vázquez-Garnica (2008), os idosos pertencentes às mais diversas culturas a nível mundial tem expectativa de serem cuidados por seus filhos durante a velhice, e no contexto dos países latino-americanos, mediterrâneos e asiáticos, essa expectativa deve-se à força social e cultural da obrigação filial, justificada pela obrigação moral, religiosa e social dos filhos no cuidar aos seus pais idosos. Então, caso os filhos não se responsabilizem por esse cuidado serão alvo de pressão social e considerados “maus filhos” e “pessoas más”, como já discutido anteriormente por Silva e Vázquez-Garnica (2008), já que o cuidado envolve responsabilidade, interesse e compromisso moral, características exclusivas e intrínsecas do ser humano (WALDOW; BORGES, 2011)

Na entrevista com a CP da Família 7, chamou atenção a repetição nas palavras da mesma, quando afirmava que não poderia deixar a sua mãe, que o cuidado deveria ser

prestado por ela, devido ao seu compromisso como filha. Parecia uma estratégia que a cuidadora utilizava para que a obrigação filial fosse interiorizada em si, no seu pensar, e que o conformismo da sua função cuidativa não causasse conflitos entre o seu desejo, o seu dever e o seu agir. De fato, nesse estudo, a obrigação filial representou um grande peso para as filhas, em especial, e os vínculos filiais se mostraram extremamente relevantes e determinantes no cuidado intergeracional das famílias investigadas.

Conforme a Quadro 3, das 08 cuidadoras principais, 06 eram filhas, além de 02 cuidadoras secundárias. Evidenciou-se, também, a importância da solidariedade intergeracional das netas no cuidado aos avós longevos, pois dos 15 cuidadores, 04 eram netas, incluindo uma cuidadora principal, a da Família 5, havendo também 01 neto como cuidador secundário. Interessante observar que das 04 netas, 02 eram adotivas ou de criação, a CS 1 da Família 3 e a CS 1 da Família 4, e apresentaram um alto grau de afetividade, dedicação e responsabilização no cuidado dos seus avós, se comprometendo com intensidade no cuidado secundário, com tarefas pontuais e constantes.

Subcategoria 2.3 - Presença, proximidade e disponibilidade

Um dos fatores que contribuiu para que os familiares entrevistados se tornassem os cuidadores dos seus longevos foi a presença e a proximidade dos mesmos, ou seja, o fato de estarem mais próximos do idoso, domiciliando no mesmo espaço-tempo, favoreceu o cuidado intergeracional nesses domicílios.

*“[...] que **ela sempre morou comigo** [...] (Irmã da CP) também casou muito novinha, eu já me casei bem mais tarde, **ela nunca saiu da minha companhia**, então, existe assim uma diferença muito grande entre elas, um distanciamento, vamos dizer assim [...] São noventa e três anos, **nunca separou de mim**.” (CP da Família 3)*

Porém, a presença condicionou não só as pessoas que estavam envolvidas no cuidado direto aos idosos, como também o tipo de cuidado que seria recebido pelos seus familiares, visto que aqueles que estiveram mais próximos se responsabilizavam pelo cuidado direto, como alimentação, medicação e higiene, enquanto os mais distantes davam apoio financeiro e emocional e ajudavam no transporte.

Importante salientar que, a despeito do fator presença influenciar no cuidado, os vínculos, no entanto, não foram necessariamente condicionados ao mesmo, pois, através dos instrumentos, Ecomapa e Círculo Familiar de Thrower (Figuras 1-8), observou-se que muitos

dos parentes, em especial os irmãos, mesmo estando distantes das cuidadoras, eram considerados como vínculos fortes pelas mesmas, enquanto que alguns familiares que estavam mais próximos tiveram vínculos mais fracos. Na verdade, os participantes da pesquisa percebiam os seus vínculos como algo condicionado aos sentimentos de simpatia, amizade, afeto e afinidade. Então, pode-se inferir que os fatores presença e proximidade se relacionam com os fatores afinidade e afetividade.

Por outro lado, à medida que as pessoas vão ficando mais próximas, tendem a fortalecer os vínculos, e isso foi claramente observado nas falas da CS 2 da Família 8, neta da idosa longeva, quando questionada sobre a sua relação com os membros da casa, visto que o fato dela estar morando, no momento, na casa da sua avó, mesmo que por motivo de estudo, favoreceu a prestação de cuidados à idosa, bem como o fortalecimento dos vínculos entre elas e entre suas tias, a CP e a CS 1 dessa família.

*“[...] até o ano passado, assim, eu vinha poucas vezes aqui, **ai agora como eu ‘tô’ aqui, eu ‘tô’ me apegando mais, ‘tô’, ‘tô’ gostando mais, assim [...] Eu gosto, porque é, é, me aproxima mais dela, ‘né’?** Eu não tenho tanta proximidade como eu tenho com a outra vó, que mora na mesma, no mesmo prédio que eu lá em Itabuna. **Aí, agora que ‘tô’ desenvolvendo mesmo esse vínculo, assim, com ela, aí tá sendo bom [...]** **Aí, senti que tá melhorando agora que eu ‘tô’ aqui, ‘né’?** Que eu não tinha muito contato antes.” (CS 2 da Família 8)*

Insera-se, nesse contexto, o que foi discutido por Flores et al. (2010), quando pressupõe a presença como condição fundamental para a prática do cuidado intergeracional, caracterizada pelo convívio entre as pessoas, por meio do qual se aprende a cuidar. Segundo as autoras, morar perto, residir junto ou muito próximo, para alguns dos sujeitos do seu estudo, foi fator significativo de cuidado, pois tornou o cuidador mais disponível, ao tempo que a distância geográfica de alguns filhos foi considerada como um fator que impossibilitava o cuidado.

Fica compreensível, portanto, que se a proximidade facilita e determina o cuidado, a distância dificulta a prestação do mesmo. Também no presente estudo observou-se a dificuldade em estabelecer o cuidado entre filhos que não residiam próximo do longevo, evidenciado através do Círculo Familiar de Thrower (Figuras 2, 3, 4, 5, 7 e 8) e de falas como:

*“[...] Agora, quando os outros estão aqui, no caso, os filhos [...] **E os que ‘pode’, quando ‘tão’ aqui ajuda bastante, os netos e os sobrinhos, só, mas isso é mais, é uma raridade, período de férias, que eles ‘passa’ ‘a’ férias aqui, assim.**” (CP da Família 2)*

“[...] também ajuda quando ‘tá’ aqui em Jequié [...]” (CS 1 da Família 3)

“[...] só quando a minha irmã chega é que me ajuda em algumas coisas, e mesmo assim, o mais, mais assim é eu e minha irmã, essa que mora aqui comigo.” (CP da Família 8)

Mas o distanciamento e a ausência no cuidado não se deram somente devido à distância geográfica, como também por problemas de saúde dos outros membros, pelas suas condições maritais e necessidades de atender às exigências de trabalho e de estudo, dentre outras justificativas.

“[...] que ele trabalha também, só pode ajudar no domingo [...] que minha irmã de Salvador ajuda muito, mas ela é transplantada, não pode [...] Dá apoio também em todos os sentidos assim de, de, com que ela pode, ‘né’? Porque ela por ser transplantada, ela não pode ficar em hospital, não pode pegar peso também, tudo, ‘né’? [...] e por minha irmã, essa que ‘tá’ aqui, também ela não ‘tá’ podendo pegar muito peso, e mãe é muito pesada pra gente deitar ela, pra trocar a fralda e sentar [...]” (CP da Família 2)

“[...] (Irmã da CP) é uma pessoa que precisa de ajuda e não pode ajudar, eu sinto que ela não pode ajudar. Não é falta de amor, não é falta de boa vontade, mas é porque ela é uma pessoa [...] não foi feliz no casamento, sofreu muito, muito mesmo e veio a depressão. Tem mais ou menos uns dez anos que ela tem depressão [...] Ai pronto, ela não sai, não vem aqui. Tem mais de dois anos que veio aqui [...] Ai fica difícil, ‘né’? Como é que uma pessoa dessa pode ajudar a cuidar de um idoso? [...] Já sofreu muito [...] Já apanhou muito de marido, já teve problema com filho. Ela cria um menino [...] esse menino se envolveu com droga, já se envolveu com roubo, isso mexeu muito com o emocional dela, ai pronto, foi um descontrole na vida.” (CP da Família 3)

“E ele é casado, ele tem a família dele [...]” (CP da Família 7)

“[...] que ela também estuda, ‘né’? Não pode tomar conta dela.” (CS 1 da Família 8)

Através dessas falas, em especial a da CP da Família 3, percebe-se o quão complexo é o processo de cuidado familiar ao idoso longevo, pois exige uma ampliação do foco de observação, ou seja, deve-se considerar a natureza multidimensional desse ambiente, onde múltiplos eventos e fenômenos que ocorreram entre seus membros irão interferir nas suas atitudes e no seu bem-estar, que por sua vez definirão como se dará o cuidado nessas famílias.

Daí considerar o sistema familiar em sua totalidade, globalidade e inteireza, considerando que o comportamento do todo é mais complexo, nesse caso, o da família e do cuidado familiar, pois sofre influência do comportamento das partes envolvidas no processo, ou seja, de cada membro familiar, de modo que os acontecimentos na família implicam mais

que as decisões e ações individuais. Fica claro, então, o que foi dito por Flores et al. (2010), quando argumentou que o cuidado, por meio da presença, está condicionado ao respeito à totalidade e à complexidade das pessoas, aos seus modos de vida e valores culturais.

A questão de gênero também determinou a ausência de outros membros e a presença mais constante das mulheres na responsabilização da tarefa cuidativa. Confirmando o que a literatura nos diz (NOVAIS et al., 2011; MACHADO; SILVA; FREITAS, 2011; FLORES et al., 2010; SALGUEIRO; LOPES, 2010; PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012), a questão de gênero ainda é considerada relevante em relação à escolha e determinação dos envolvidos no processo cuidar, visto que a ausência de outras pessoas no apoio aos cuidadores do estudo se relacionou, por diversas vezes, ao fato dos outros entes serem do sexo masculino.

“[...] Por ser homem não pode ajudar mais, porque é homem, ‘né’?” (CP da Família 2)

“[...] eu sou filha única, só tem a mim, ela não tem uma outra filha, ela não tem uma outra pessoa pra cuidar [...] E tudo isso me faz refletir, pensar e saber que ela só tem a mim. O marido já morreu, só tem esses dois filhos, que são homens, e de mulher só tem a mim [...] eu não tenho quem me ajude cuidar dela, porque só tem eu de filha [...] Mas, se ninguém se prontifica, se ninguém quer ajudar, se ninguém não quer, então, eu que sou filha, eu tenho que tomar conta [...] Mas você sabe, homem não é como mulher [...]” (CP da Família 7)

Dos cuidadores que participaram do estudo, quase que sua totalidade era do sexo feminino, 14 mulheres e apenas 01 homem, salientando-se que todas as cuidadoras principais eram mulheres. Para Flores et al. (2010), o gênero determina as atribuições do cuidado para todas as gerações, sendo prevalente no cuidado intergeracional o cuidado feminino, com características próprias deste gênero, como disponibilidade, percepção e organização. Novais et al. (2011), acrescentam que a presença da figura feminina é marcante nas ações primárias de cuidar aos entes familiares no processo de finitude da vida, cabendo-se ao homem as ações secundárias do cuidar.

De fato, consoante a essas autoras, o único cuidador masculino desse estudo prestava o cuidado secundário, ajudando nas tarefas de transferência e de levar ao médico, sem o comprometimento diário e contínuo nas tarefas do cuidar, como pode ser observado em sua fala:

“[...] eu não fico direto em casa, mas quando eu ‘tô’, quando eu posso ajudar, eu ajudo [...] Mas, é, um exemplo, botar pra tomar banho, uma coisa assim, aí eu faço, que é mais pesado, ajudo ela, entendeu? Porque também sozinho não tem como. Então, essa parte aí eu faço. Levar ‘pro’ médico e tal, então, essa parte aí fico, eu fico responsável, eu e minha mãe,

‘né’? Mas, só isso mesmo [...] botar na cadeira de roda, botar na cama [...]’ (CS 2 da Família 3)

Além do frequente trabalho formal que o homem está associado, o distanciamento ou até mesmo a ausência do sexo masculino no cuidado ao seu ente idoso pode ser justificado também pelo fato de o homem sair mais cedo da casa dos seus pais, a fim de buscar sua independência financeira. Daí, permanecer no domicílio muito mais as mulheres, que geralmente só se separam dos seus pais após casamento, ou por necessidade de estudo e trabalho fora de sua cidade. Assim, as relações intergeracionais de cuidado entre as mulheres serão muito mais frequentes e mais fortes que a observada com os homens, por haver no domicílio mais mulheres convivendo em vínculos intergeracionais.

Camarano e Kanso (2010), também relatam que as mulheres têm mais chances de serem cuidadas do que os homens, porque, geralmente, além de terem uma ligação emocional mais forte com os filhos, encontram-se em arranjos familiares “mais propícios” ao cuidado familiar. De fato, em nosso estudo dos 09 idosos longevos, apenas 02 eram do sexo masculino (Quadro 2), incluindo o idoso da Família 5, com sua cuidadora sendo a única a perceber sua família como gravemente disfuncional (Quadro 5).

O dever feminino do cuidar, introduzido culturalmente em seu pensar e agir, faz com que a mulher se veja sem alternativas. Ora, se não há quem cuide, e uma das funções, impostas a ela socialmente é cuidar dos seus entes, ela se vê obrigada a exercer o papel de cuidadora, e muitas vezes nem percebe a função cuidativa como um pesar e nem se percebe como um indivíduo que tem direitos de reclamar e de contestar essa função, como foi observado anteriormente na fala da CP da Família 2:

“[...] nunca reclamei, assim, por eu tá sozinha cuidando dela (pausa com choro) [...] Mas foi isso aí, foram sete anos de luta, mas, eu não tenho o que reclamar.”

Neri (2010) e Flores et al. (2010) subsidiam essa assertiva, quando afirmam sobressair nas mulheres sentimentos de responsabilidade e obrigação, no sentido de cumprir as expectativas sociais do cuidado, tornando-as alvos de pressão social e familiar que geram conflitos e sentimentos de culpa, caso não assumam a responsabilidade do cuidar.

Além disso, a mulher cuidadora tende a excluir a possibilidade de solicitar e reivindicar ajuda dos outros membros da família, até porque talvez soasse como uma forma de assumir que não está dando conta da função que é definida e imposta como sua, e isso também é considerado penoso pela cuidadora, assim como a própria tarefa de cuidar,

havendo, dessa forma, mesmo que inconscientemente, uma cobrança muito grande para consigo mesma em cumprir seu papel de cuidadora de forma satisfatória, sem reclamações e queixas.

Para Novais et al. (2011), um dos fatores responsável pela não percepção de disfunção no sistema familiar é o fato de que o acúmulo de tarefas no cuidado demonstra competência e doação de quem cuida, e isso é considerado gratificante.

Nesse sentido, no processo de cuidado a mulher torna-se vítima de dois tipos de pressão social: um referente à obrigação filial e outro à obrigação do gênero feminino. Portanto, conforme salientado por Valente et al. (2011) e Cartaxo et al. (2012), ela tende a assumir o cuidado primário mesmo quando trabalha fora, e em consequência disso, há uma diminuição das suas atividades de lazer e de oportunidades para a vida social. Em outras palavras, culturalmente, a mulher pode abrir mão de lazer, vida social, amorosa, marital, já o homem não, pois não tem “obrigação” de se responsabilizar pela função cuidativa. Três das cuidadoras (CP das Famílias 3, 4 e 7) tinham vínculos formais de trabalho, com carga horária de quarenta horas semanais, e mesmo assim, se responsabilizavam pelo cuidado primário dos seus pais longevos.

A questão de gênero interferiu não somente no cuidado prestado aos idosos longevos, mas, também, nas relações interpessoais que há entre os membros da família. Isso foi observado nos Ecomapas, em especial, das Famílias 4 e 8 (Figuras 4 e 8), pois os vínculos das filhas cuidadoras foram mais fortes entre suas irmãs e considerados moderados ou superficiais entre seus irmãos, e salientado na fala da CS 1 da Família 3, quando questionada sobre a sua relação com os membros da casa:

“[...] com (CS 2 da Família 3) é mais distante um pouco, porque ele é homem, eu sou mulher, aí fica esse negócio assim, esses conflitos de até irmão mesmo.”

Do exposto nessa categoria, depreende-se o quão importante se faz a cultura no pensar e agir dos indivíduos no meio social e familiar, e, conseqüente no processo de cuidado familiar, pois, tanto o dever parental quanto a questão de gênero tem em sua essência um intenso peso cultural e foram incisivamente relacionados ao cuidado prestado pelos sujeitos da pesquisa. Novamente, percebemos a complexidade que se faz mostrar o sistema de cuidados familiar e visualizamos a família como um sistema aberto que, em interação com o meio social, sofre influência deste, refletindo nas suas relações de cuidado ao outro.

CATEGORIA 3 - CONSEQUÊNCIAS DO CUIDAR NA VIDA DO CUIDADOR

Situações como tornar-se cuidador, ter um familiar dependente de seus cuidados e assumir tarefas que antes não conhecia afetam diretamente o cotidiano de um indivíduo, ocorrendo alterações em sua rotina de vida e nos conteúdos com os quais devem lidar cotidianamente (MACHADO; JORGE; FREITAS, 2009).

No presente estudo, já foram salientadas anteriormente algumas consequências geradas pelo cuidar na vida do cuidador, como a afloração de diversos sentimentos e a pressão social, devido à obrigação filial e ao papel feminino no cuidado intergeracional. Entretanto, a partir do que emergiu nas entrevistas faz-se necessário destacar outras consequências desse cuidado, que serão mais bem discutidas nas subcategorias a seguir.

Subcategoria 3.1 - Sobrecarga, estresse, pouco descanso, cansaço

De acordo com o quadro 2, o tempo de dependência dos longevos nas famílias investigadas variou entre 03 e 33 anos, e na maioria dos casos receberam apoio dos seus cuidadores desde o início da condição de adoecimento e fragilização (Quadro 3). Ou seja, os sujeitos da pesquisa já estavam adaptados às condições do cuidado. Entretanto, com o passar do tempo, o grau de dependência do longevo tende a aumentar e o cuidador fica exposto a mudanças constantes no curso do processo de cuidar, bem como a exigências cada vez maiores para manter a estabilidade do ente cuidado.

A instabilidade e o dinamismo do processo de cuidar, com mudanças constantes ocorrendo no sistema familiar, tanto no processo saúde-doença do longevo, quanto nas relações entre seus membros, afeta a vida do cuidador de maneiras e intensidades diferentes, nos diversos momentos vividos por ele no cuidado ao idoso. As CPs da Família 2 e 4 contextualizam essa afirmativa, quando relataram dificuldades do cuidar no início da doença, pela falta de experiência e de apoio dos outros membros familiares, e também em algumas fases da doença, pelos níveis de estresse e cansaço que eram expostas:

“E quando é à noite que dorme, tudo bem, a noite fica tranquila, e quando não, aí ela passa a noite conversando, a noite toda. Não deita, não, quer ficar sentada. Conversa, conversa até de manhã [...] Esse problema de não dormir à noite não é, às vezes passa dois dias só, aí demora quinze dias, aí vem novamente. Mas isso é por causa da crise do Alzheimer, porque ela não tem crise constantemente, não [...] No início foi difícil (choro), foi muito difícil, porque ela, o Alzheimer ‘tava’ assim, bem, bem forte e tinha dia que ela passava dois dias e duas noites sem dormir em momento nenhum

(mais choro intenso) e isso aí me estressava muito (pausa com mais choro). Mas quando passava a crise (mais choro intenso), aí ficava tranquilo. Eu conseguia dormir um pouco e aí isso aí já recuperava aquelas noites perdidas, aí eu ficava tranquila [...] **No dia que ela não dorme de noite, que eu também não durmo, não consigo dormir, aí eu no outro dia eu amanheço num estado de nervo, aí qualquer coisinha eu ‘tô’ brigando com ela, mas uma briga assim, ‘né’? Chamando atenção (risos).**” (CP da Família 2)

“No início da doença dele eu ‘guentei’ a barra pesada, que ninguém chegava, depois foi que todo mundo foi conscientizando, aí foi melhorando [...]” (CP da Família 4)

Gomes e Resck (2009) argumentam que as doenças crônicas incapacitam a pessoa cuidada a tal ponto que acaba por exigir em demasia do familiar, tornando-se difícil para o mesmo a adaptação às constantes alterações de capacidade do doente, sendo frequente o desgaste e a sobrecarga física, emocional e psicológica do cuidador, bem como a dificuldade de perceber que as suas necessidades estão também afetadas, devido à maior evidência das sequelas no ente cuidado.

De fato, o cuidar a um ente longevo em situação de dependência traz uma grande sobrecarga para o cuidador, pois as tarefas são contínuas, repetitivas, pesadas e sem descanso, causando problemas de saúde física e mental, alterações em suas rotinas, condições de estresse e cansaço extremo e descuido de si e da sua saúde.

Das 08 famílias, 04 estiveram expostas à situação de dependência muito grave e 01 à dependência considerada grave (Quadro 2). Subtende-se, então, que nessas famílias havia um maior grau de exigência da cuidadora e, portanto, um risco maior às consequências adversas do cuidado, como observado nas falas de duas CP, que se responsabilizavam sozinhas pelo cuidado das suas mães, as quais apresentavam grau de dependência muito grave, segundo a Escala de Barthel. Nessas falas foi possível visualizar além de situações de estresse, nervosismo, impaciência, cansaço, dor, sobrecarga física e diminuição do sono.

“Eu só acho cansativa no dia que ela não dorme, aí eu acho, *cansa, estressa* [...] eu sentia, às vezes, um pouco estressada. Estressada por, devido à, o dia-a-dia, ‘né’? [...] porque tinha noite que ela não dormia direito e tudo, e isso não deixa de estressar a gente, ‘né’? [...] *Tem dia que eu perco a paciência, ‘né’? [...] mãe é muito pesada pra gente deitar ela, pra trocar a fralda e sentar, é muito pesada* [...] Ontem mesmo, eu ‘tava’ tão estressada, que eu ‘tava’ tão estressada. Hoje eu ainda melhorei, porque eu consegui dormir um pouquinho de noite, assim mesmo dormindo, assim, *preocupada, ‘né’?* [...]” (CP da Família 2)

“Bom, dizer a você que é fácil, não é, porque é humano cuidando de humano [...] eu durmo muito pouco. Eu acordo várias vezes durante à noite, pra virar, pra trocar, que ela faz xixi, às vezes, faz cocô, aí eu levanto, eu troco, às vezes, eu durmo a noite toda, às vezes, eu não durmo. Que mesmo tomando remédio, ela acorda, às vezes, uma hora da manhã, duas, três, quatro, mas tem noite que dorme a noite toda, mas aí eu levanto, cuido dela, depois venho pra cama, durmo [...] Eu sinto dores nas minhas costas, porque eu viro muito ela, ela é muito alta, forte, ela pesa oitenta e poucos quilos. E, aquele processo de ‘tá’ virando, de ‘tá’ trocando e usando, ela usa fralda, ela tem, ela tem é, é, contínua, é, incontinência urinária [...] é muito cansativo, eu me considero muito cansada [...] É, é muito difícil, é muita correria [...]” (CP da Família 7)

Algumas cuidadoras (CP das Famílias 3, 4 e 7) ainda tinham vínculos empregatícios, com carga horária semanal de 40 horas (Quadro 3), o que contribuía com a sua sobrecarga no cuidar, e mesmo aquelas que não tinham trabalho fora de casa, além das tarefas cuidativas, estavam expostas também às tarefas do lar, que muitas vezes se confundiam e se misturavam com a rotina do cuidar, ou seja, o cuidado da casa e dos idosos, tarefas consideradas genuinamente femininas, fazendo parte do dia-a-dia e da rotina diária das cuidadoras. Salientam-se as CP das Famílias 1, 5, 6 e 8, pois não tinham ajuda de empregadas domésticas diariamente, responsabilizando-se, dessa forma, pelo cuidado da casa e dos longevos.

“[...] pra levar à médico, pra fazer as tarefas domésticas [...]” (CP da Família 1)

“[...] fazer o leite ou o mingau dela, aí pronto, e cuidar da casa, almoço [...]” (CP da Família 5)

“Eu, eu, primeiro eu cuido das idosas, eu cuidando, limpando cama delas, dando banho, trocando lençol, dando a comidinha delas, o café de manhã, aí a minha preocupação, de manhã, só é isso, com elas. Aí depois eu vou pra outra tarefa, vou, vai lavar, se tiver uma roupa, uma casa, vou ajudar, um almoço mesmo.” (CP da Família 6)

“É fazer o café, fazer a vitamina dela, que eu dou antes, antes do café. E depois é arrumar a casa, depois fazer comida, a, botar a roupa pra lavar.” (CP da Família 8)

Para Machado, Jorge e Freitas (2009), o cuidar do familiar não se restringe aos cuidados com sua saúde, incluindo também as atividades domésticas no mundo de vida dos cuidadores. Salgueiro e Lopes (2010) salientam a necessidade de apoiar estas famílias no convívio com a dependência dos seus familiares idosos, o que fundamentalmente significa ajudar a compatibilizar o cuidado ao idoso com os hábitos e tarefas diárias da família.

Mas, para que isso ocorra é preciso que outras pessoas estejam inseridas no processo de cuidar, seja no apoio formal ou informal, a fim de minimizar a sobrecarga gerada em torno da cuidadora principal. A maior queixa por parte das cuidadoras do estudo foi justamente a ausência ou o apoio reduzido para o cuidado. Como pode ser visualizado no Quadro 2, a maioria dos idosos longevos das famílias investigadas tinha outros filhos vivos, que poderiam também assumir a responsabilidade no cuidado aos seus genitores, no entanto, poucos estavam inseridos nesse processo.

“[...] porque só sou eu mesmo (choro intenso) [...] nesse período de férias é bom, porque aí a casa enche, aí uns se envolvem mais com ela e aí aparece [...] Aí descansa um pouquinho, menina, é ótimo!” (CP da Família 2)

“[...] eu não tenho um carro aqui, uma pessoa que eu possa chamar pra levar. E assim fica difícil, ‘né’?” (CP da Família 3)

“[...] cuidado mesmo, tudo, é eu [...] Falou fisicamente, tudo. Na prática, tudo sou eu, na teoria ainda tem, agora na prática sou eu, tudo [...]” (CP da Família 5)

“[...] eu não tenho quem me ajude cuidar dela [...] Às vezes, eu fico preocupada que não tem ninguém pra botar ela na cadeira, porque só tem eu dentro de casa. Assim, feriados, fins de semana, eu fico só, porque não tem uma pessoa pra ajudar, porque a moça só fica até sábado, às 14 horas, aí das 14 horas até a segunda-feira eu fico sozinha [...] É doloroso, o idoso dá muito trabalho, e por dá muito trabalho, as pessoas não se ‘sente’ no direito de tomar conta, de ajudar, porque acha que dá trabalho, ‘né’? E ninguém quer ter trabalho. Ninguém pensa que hoje é ela e amanhã pode ser um outro da própria família. E, às vezes. Tem vizinhos aqui que nunca entrou nem se quer pra fazer uma visita à minha mãe. Eu já moro nessa casa desde 88.” (CP da Família 7)

“Então, meu dia é, assim, é meio corrido pra mim, porque eu aqui sozinha, ‘né’?” (CP da Família 8)

De acordo com o Quadro 5, apenas cuidadoras principais (CP das Famílias 5, 7 e 8) classificaram, através das respostas do APGAR Familiar, suas famílias como disfuncional, podendo ter relação com a sobrecarga e falta de apoio nas tarefas cuidativas. Interessante observar que, apesar de dependências mais elevadas gerarem maiores exigências em relação ao cuidador e, portanto, riscos maiores à sobrecarga e às consequências adversas do cuidado, a percepção da funcionalidade familiar não sofreu influência do grau de dependência do longo cuidado, mas da ausência de apoio no cuidado. Isso pode ser evidenciado através das informações presentes nos Quadros 2 e 5, as quais demonstram que, mesmo havendo 09 cuidadores experienciando graus de dependência grave ou muito grave do longo cuidado, apenas 01 destas, a CP da Família 7, percebeu sua família como disfuncional.

Assim, o que fica claro é o quão penoso se torna o cuidado quando ele é realizado de forma solitária, principalmente quando ocorre uma expectativa frustrada em relação ao interesse e apoio dos outros membros da família, como observado nas falas das CP das Famílias 5 e 7.

*“O problema é esse, que **presença, ninguém, só o financeiro, e, às vezes, isso não conta, que a presença também a gente quer, a presença.**”* (CP da Família 5)

“[...] eu fiz um pouco de expectativa na família, e a família não corresponde. Tudo bem, ela tem um filho, que mora em São Paulo, que sempre liga, sempre que ele pode, ele dá uma ajuda financeira, mas eu não tenho, assim, uma assistência. Eu, ela faz, no dia 31 de maio de 2013, seis anos acamada, nunca veio um parente, nem se quer passar 15 dias pra me dar uma ajuda. Eles ligam, eles vêm a passeio, visita, agora não pra realmente me ajudar, tomar conta, dar banho, dar remédio, não, sou eu e uma pessoa que eu pago, ‘tá’ entendendo? Só! Entendeu? Então, por isso é que eu digo que eu não tenho assistência nenhuma da família nossa [...] Então, eu não tenho ajuda e isso me entristeceu muito! Muito! Muito mesmo! Eu não esperava assim. Eu esperava que ‘fosse’ mais solidários. Eles ligam, eles querem saber, mas ninguém se preocupa em juntar todo mundo pra me dar uma força, pra me ajudar. Eu passei 40 dias com ela, em Salvador, hospitalizada, em 2007, eu não, não foi um parente passar uma noite pra eu ir descansar. Então, por isso eu lhe digo, eu me entristeci muito! E comecei, a partir disso aí, preparar, tanto financeiramente como, assim, o psicológico, porque eu sinto que eu estou sozinha. Muito só! Muito sozinha! (choro) [...] se demonstra preocupado, porque o tempo ‘tá’ passando e eu sozinha, mas, eles demonstram preocupação, mas não tem atitude. Fica só na fala, no discurso, na prática, nada [...] não tem quem tome conta dela, eu aceito, às vezes, eu não concordo. Acho que deveria um parente me ajudar, tomar conta dela, ter, assim, não digo piedade, mas ter, assim, uma certa responsabilidade também, porque ela faz parte da família.” (CP da Família 7)

Percebe-se a carga emotiva que há nessas falas, o que evidencia a frustração, decepção e solidão dessas cuidadoras, sentimentos que exercem importante efeito negativo nas suas qualidades de vida e percepções de funcionalidade familiar (ambas cuidadoras perceberam sua família como disfuncional).

Subcategoria 3.2 - Privação de lazer e isolamento social

Ainda pode estar presente no contexto de quem cuida, a privação de lazer, o isolamento afetivo e social, bem como rupturas de vínculos. Segundo Machado, Jorge e Freitas (2009), além dos compromissos com o emprego ou com os cuidados da família, o ser humano também necessita preocupar-se com seu lazer e divertimento, no entanto, esse tipo de atividades são as que mais sofrem influência do cuidar na vida do cuidador, pois familiares

incapacitados requerem, em grande parte, cuidados nas vinte e quatro horas, dificultando a existência de momentos de descanso, relaxamento e prazer para o cuidador.

“É uma pessoa totalmente dependente, no caso, ‘né’? Então, quando eu preciso sair, eu tenho que deixar alguém aqui pra ficar com ela e tudo [...]” (CP da Família 2)

“Eu deixava, às vezes, de sair ‘pra mim’ cuidar [...]” (CS 1 da Família 3)

“[...] já cheguei até a pensar em sair do trabalho e tudo pra cuidar dele, agora não precisa, que ele já se acomodou demais, mas [...]” (CP da Família 4)

O isolamento afetivo esteve presente de maneira bastante expressiva na vida das cuidadoras principais do estudo, pois, conforme observado no Quadro 3, todas eram solteiras ou viúvas, em destaque para as cuidadoras principais das Famílias 2, 4, 7 e 8, e as cuidadoras secundárias das Famílias 4 e 8, pois eram mulheres de meia idade, idosas ou com idades próximas a terceira idade e nunca casaram. Algumas delas, inclusive, assumiram serem “solteironas” e relacionavam à ausência de uma vida amorosa ao seu papel de cuidadora, como expresso na fala da CP da Família 7.

“Eu comecei, nessa situação, muito jovem. Então, eu não casei, eu não pari, ‘tá’ entendendo? Eu, às vezes, aparece até pessoas interessadas a mim, e eu nem levo, assim, à sério, nem avante, exatamente porque eu não tenho como.” (CP da Família 7)

As cuidadoras (CP das Família 5 e 7) que mais reclamaram sobre falta de lazer foram duas das três cuidadoras que perceberam sua família como disfuncional, portanto, entende-se que a privação de lazer e o isolamento social também influenciam na percepção de funcionalidade familiar.

“[...] Só que, eu queria, assim, ter mais, mais espaço pra mim, pra poder sair [...] Poder ter, como posso dizer, meu momento de lazer, que eu não posso ter. Porque meu avô mesmo detesta que eu saia [...] eu não tenho espaço pra mim (falas carregadas de choro) [...] um exemplo, se amanhã eu quiser sair, à tarde com o namorado [...] Aí eu pego e adianto tudo pra sair e deixar adiantado ‘pra mim’ sair à tarde. Isso quando acontece, ‘né’? Muito raro! A maioria das vezes a gente fica aqui mesmo. Eu gosto de tomar uma cervejinha dia de sábado, a gente toma aqui mesmo, um tira gosto aqui mesmo, mas não é legal, o gostoso é sair.” (CP da Família 5)

“Tem dias que eu fico triste, eu fico, assim, com vontade de sair. Quando eu sou convidada pra ir em determinados lugares, ou ir em determinado

lugar, às vezes, eu ‘tô’ com vontade de ir, aí não acho com, ninguém pra tomar conta dela, aí, às vezes, eu fico triste [...] Não vou em festa, é muito raro [...] De seis anos pra cá, a coisa diminuiu muito! [...] porque eu sou humana, eu sou solteira, ainda me considero jovem, mas eu, não tem quem tome conta dela [...] Eu entrei com pedido na escola pra nunca me dar o primeiro horário, mas por conta disso eu não tenho folga. Eu fico sem folga pra entrar no segundo horário, porque eu tenho que esperar a moça pra tomar conta dela [...]”(CP da Família 7)

Conforme informações registradas no diário de campo e no Quadro 3, a CP da Família 5 foi criada pelos seus avós longevos desde que nasceu, não tem vínculo empregatício e não tem uma renda fixa mensal, sendo necessário muitas vezes se submeter a pedir dinheiro aos membros da família que ajudam nas despesas dos idosos. Sua tia, a única filha dos seus avós, é extremamente controladora e não aceita que a cuidadora trabalhe, para que não seja necessário que a mesma saia de casa e outra pessoa tenha que vir assumir o cuidado aos idosos. Também, os próprios idosos não aceitam essa ideia, sendo também bastante controladores, o que dificulta as relações sociais da cuidadora, causando diversos transtornos em sua vida pessoal, amorosa, social, profissional e estudantil.

Para Polaro et al. (2013), os familiares cuidadores são muitas vezes tomados de sentimentos de solidão e isolamento social, sendo necessário a articulação com redes locais de suporte social, a partir dos serviços de saúde, de maneira a auxiliar na manutenção da inclusão social das famílias cuidadoras.

Através do Ecomapa e do Círculo Familiar de Thrower (Figura 5) verifica-se o quão pequena é sua rede social, bem como a superficialidade da maioria dos seus vínculos, havendo, inclusive, a ruptura de vínculo com a escola.

Subcategoria 3.3 – Perda de identidade do cuidador e inversão de papéis

O excesso de cuidado e a doação incondicional do familiar ao longevo também traz consequências para sua vida, pois esse se entrega de tal modo ao ente cuidado que acaba se descuidando de si, esquecendo-se das suas próprias necessidades em detrimento das necessidades do outro. Ou seja, o cuidador se anula para viver em função do outro. Isso contribui para que o cuidador se esqueça do seu eu e da sua identidade, e essas duas vidas acabam se confundindo numa só, pois a vida no cuidar torna-se a única vivida pelo cuidador, à medida que sua rotina e sua vida passam a ser tão somente o cuidar do outro.

Isso foi muito visualizado nas Famílias 2, 5 e 7, onde só tinha uma cuidadora domiciliando no mesmo espaço-tempo do longo, sendo elas solteiras e sem filhos (Quadro 3).

“E é assim o dia-a-dia dela. Meu com o dela, ‘né’? Meu com o dela [...] É essa a nossa vida, assim (pausa com choro).” (CP da Família 2)

*“[...] do jeito que eu faço, **acordou, cuidou, cuidou** (risos).” (CP da Família 5)*

“[...] eu vivo pra minha mãe, eu não tenho, assim, vida própria. Você percebe que até essa entrevista ‘tá’ sendo difícil, que ela me chama toda hora, eu tenho que parar, eu tenho que ir atender, ‘tá’ entendendo?” (CP da família 7)

Destaque em especial se dá à CP da Família 2, pois se tratava de uma idosa que não trabalhava fora de casa, não tinha outro vínculo ou atividade, se não a de cuidar da sua mãe longa. Sem outras perspectivas, após o falecimento da longa essa cuidadora se sentiu mesmo que desamparada, o que estava impulsionando a busca por outras atividades, a fim de suprir o vazio em sua vida, causado por esse evento de morte. Essas informações foram colhidas durante a entrevista, através do diário de campo, no questionamento de como se sentiu cuidando da idosa longa, já que essa questão foi acrescentada após coleta com essa cuidadora, devido à necessidade visualizada em campo. Daí, quando no retorno a esse domicílio, a idosa já havia falecido.

Isso confirma o que foi dito anteriormente, ou seja, a vida e rotina da cuidadora se confundem com a do ser cuidado, como se uma fosse a extensão da outra, não se dissociando e se interligando de tal forma que a ruptura causa até o que poderíamos relatar como “crise de identidade do cuidador”, pois a vida do cuidador acaba se resumindo a amparar e cuidar do idoso, não havendo mais outro sentido.

Vale e Pagliuca (2011) e Silva et al. (2009) subsidiam essa afirmativa quando argumentam que o cuidado pensado autenticamente como existencial, essencial do ser humano, constitui-se um fundante por meio do qual a pessoa sai de si para se centrar na preocupação com o outro. Waldow e Borges (2011) acrescentam que o aspecto fundamental do cuidado é o deslocamento de interesse de nossa realidade para a do outro, o que faz emergir uma outra conotação além do “existencial” no cuidado, que é o “relacional”, isto é, o eu com o outro e para o outro. Nesse sentido, o cuidado passa a ter uma conotação de “interessar-se pelo outro”, “completando-se um no outro”, ou seja, a intersubjetividade do ser exposta, na medida em que a cuidadora se inclui de tal forma na vida do ser cuidado que se percebe como parte dele.

Interessante observar que o excesso de cuidado e doação torna o ente cuidado ainda mais dependente e exigente de quem cuida, fazendo emergir o surgimento de sentimentos de posse do idoso longo pela cuidadora, como evidenciado em alguns trechos da entrevista com a CP da Família 5:

“[...] porque ela só toma o leite se ‘eu dá’ [...] Quando meu avô acorda tem que ser atenção só pra ele [...] me tem como se fosse, assim, um cristal, que não pode quebrar, que ninguém pode tomar emprestado (falas carregadas de choro) [...] se amanhã eu quiser sair, à tarde com o namorado, e meu avô deixar [...] ele não quer ninguém que dê atenção, ele só quer eu [...] Eu já acostumei ela muito mal acostumada, ela não gosta de fazer comida, nem, nem o prato dela, ela não gosta de fazer. Aí ‘é’ eu [...] Às vezes, eu até canso, porque é só atenção pra ele e aí eu tenho que ficar todo tempo com ele. Faço isso pra ele, faço aquilo pra ele e me chama de novo, que aquilo não ‘tá’ bom fazer, entendeu? [...] E aí eu tenho que fazer a vontade dele [...] ciúme demais [...] querer tudo do jeito dele e quando ele resolve falar mal de mim, sai de baixo! [...] Se ele disser: ‘Adriana, faça o favor!’. ‘Calma aí!’. ‘Calma aí? Eu ‘tô’ te chamando agora!’, entendeu? Tudo tem que ser na hora dele. Ele não aceita que, assim, a pessoa fale assim, ‘espere aí’ pra ele [...]” (CP da Família 5)

Importante salientar que, apesar de na Família 5 haver o menor grau de dependência dos idosos em estudo, segundo a Escala de Barthel, tendo uma longa independente e um longo com dependência moderada (Quadros 2 e 4), observou-se que a cuidadora se sente extremamente sobrecarregada no cuidado, visto que a dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária era muito elevada, e não somente pela dificuldade dos idosos em executá-las, mas um costume alimentado há anos, devido ao alto grau de controle, exigência e acomodação desses idosos, que se transformou em um sentimento de posse sobre a neta cuidadora, sentimento esse que sufoca, aprisiona e dificulta as relações sociais da mesma.

Daí justifica-se o fato da cuidadora considerar sua família como disfuncional grave (Quadro 5), através do instrumento APGAR Familiar, sendo a única família do estudo a apresentar tal classificação. De fato, o pesar demonstrado na sua entrevista, carregada de choro e muita emoção, em relação à ausência de liberdade e à cobrança excessiva foi bastante expressivo.

Além disso, não se pode desconsiderar o fato dela ser uma cuidadora jovem, apenas 30 anos de idade, a única CP do estudo que iniciou o papel de cuidadora aos avós idosos muito cedo, o que pode ter causado uma inversão de papéis e, conseqüentemente, conflitos internos, haja vista a privação em relação à vida social. Ainda assim, o amor que tem para com seus entes parentais longevos tornou-se evidente e, mesmo com essa disfunção grave na família,

isso não interferiu no cuidado prestado a esses idosos, mas sim, no cuidado de si, da sua própria saúde, em especial a emocional e psicológica.

Para Brito e Rabinovich (2008), a inversão dos papéis é apontada como uma ordem natural do ciclo vital, pois a perda da capacidade motora e cognitiva e da autonomia do ente cuidado provocam mudanças nos papéis dos indivíduos envolvidos, e os filhos passam a ter responsabilidades antes assumidas pela figura materna ou paterna. As autoras argumentam ainda que a nova condição imposta aos pais, de serem cuidado pelos seus filhos, favorece o surgimento de sentimentos de frustração, seja pela perda do status ou inadequação ao papel que lhe foi atribuído, podendo ser minimizados se a família for capaz de flexibilizar os papéis.

A CP da Família 3 utiliza como estratégia para minimizar essa situação, o diálogo e a demonstração de sentimentos de gratidão e retribuição: *“Eu procuro conversar com ela, quando ela tá nervosa, achando que ela é uma pessoa incapaz, aí eu procuro mostrar pra ela o que ela já foi, o que ela já fez, que agora, não, é hora da gente retribuir.”*

A infantilização do idoso pelos cuidadores, devido à inversão de papéis, relatada por Azevedo e Santos (2006), também foi observada na fala dessa mesma cuidadora, principalmente quando utilizava palavras no diminutivo para demonstrar o cuidado à sua mãe longeva:

“[...] Aí eu dou o ‘banhozinho’ de asseio, boto o ‘talquinho’ [...] a gente dar ‘direitinho’ [...] aí torna a fazer o asseio com ‘lencinho’ úmido, coloca outra fralda, aí eu dou o ‘remedinho’ [...] O banho, a higiene, a alimentação, cortar unha, tudo isso a gente faz, igual a faz com nenê, sabe? Limpar ouvido, tudo isso a gente faz.”

É importante que o cuidador saiba o seu papel no cuidado ao seu ente idoso, respeitando a hierarquia existente em relação ao ser cuidado, bem como o seus sentimentos, opiniões, decisões, valores, experiência e trajetória vivida, para que nessa fase de fragilização não seja abdicado a este o direito de *ser* e *existir* na sua individualidade e autonomia.

Subcategoria 3.4 – Aproximação entre o binômio cuidador-idoso e fortalecimento de vínculos

Apesar de observarmos em sua grande maioria relatos que se refletiram em consequências negativas do cuidar na vida do cuidador, foi possível também observar alguns fatores positivos, como aproximação entre o cuidador e o idoso, favorecendo, inclusive, um melhor relacionamento interpessoal entre esse binômio.

Para Flores et al. (2010), o cuidado oportuniza ao cuidador e ao ser cuidado a construção de relações de solidariedade, favorecendo o convívio intergeracional e o fortalecimento dos vínculos afetivos nas famílias. Salgueiro e Lopes (2010) acrescentam que a aproximação e a dedicação dos membros familiares, que se constrói pela condição do cuidado, possibilita ainda, o despertar de novos sentimentos, condutas e comportamentos, os quais não se faziam presentes antes da vivência da doença e hoje são expressos publicamente, como observados na fala a seguir:

“Minha relação com a idosa é boa, também porque ela reconhece muito, agora ela ‘tá’ reconhecendo bastante, porque ela depende da gente, como ela ‘tá’ dependendo agora, aí ela ‘tá’ reconhecendo. Antes ela era mais assim, mas agora ela ‘tá’ mais, se aproximando mais, sabendo que ela ‘tá’ precisando e tudo. Aí minha relação é muito boa com ela [...]” (CS 1 da Família 3)

“Cada dia que passa fica melhor. Eu era próxima de meu avô e minha avó, mas aí minha vó faleceu, aí só ficou meu avô agora.” (CS 1 da Família 4)

“[...] Eu gosto, porque é, é, me aproxima mais dela, ‘né’?” (CS 2 da Família 8)

Interessante observar que todas as cuidadoras que relataram essa aproximação aos longevos como consequência do cuidar eram cuidadoras secundárias e netas destes (Quadro 3). Isso torna perceptível o fato de os cuidadores principais, geralmente filhos, já serem próximos e terem um vínculo mais forte com o longevo, devido, em especial, à afetividade e à afinidade entre eles, como já discutido na Categoria 2. Assim, em relação aos cuidadores secundários, a aproximação entre o binômio cuidador-idoso não foi fator determinante para que o cuidado fosse prestado, mas, uma consequência dele.

O cuidado é capaz de não só aproximar, como também de construir laços de confiança e segurança dos longevos para com seus cuidadores, devido ao fortalecimento do vínculo e ao melhor conhecimento do outro. De acordo com Santos et al. (2010), cuidar de alguém exige interação e conhecimento do outro, dos seus poderes, das suas limitações e necessidades, bem como do que conduz ao seu crescimento, e é a partir daí que nasce a intimidade e a sensação de segurança. Para Davis (2006), as ações cuidativas devem ser capazes de gerar confiança, serenidade, segurança e apoio efetivo ao outro. Vale e Pagliuca (2011) acrescentam discernimento e percepção aguçada como essenciais para o cuidar.

Nas entrevistas foi bastante salientado pelos sujeitos os costumes, as necessidades e as preferências do longevo, em especial, em relação à alimentação, à forma de receberem o cuidado e aos indivíduos que estariam envolvidos na prestação das tarefas cuidativas.

*“[...] às vezes, um café com leite, **que ela gosta muito**, ou, então, um mingau [...] suco não muito ácido, **que ela não gosta de muito ácido** [...] **ela não gosta de janta, não gosta muito de sopa**, sempre é um mingau, ou, então um cafezinho com leite, com Neston, Farinha Lactea [...] Não deita, não, quer ficar sentada [...]”* (CP da Família 2)

*“[...] **ela acorda sempre por volta de sete e meia**, oito horas [...] geralmente, ela é muito ‘chegadinha’, assim, a café com leite, um ‘biscoitinho’, gosta muito de mingau [...] **Ela não dorme de dia, de jeito nenhum** [...] porque **ela não gosta da cadeira de banho**, ‘né’? [...] **Ela dorme a noite todinha**, todinha, todinha mesmo [...] **ela não gosta de televisão** [...] **ela tem muito apetite** [...].”* (CP da Família 3)

*“[...] **ele acorda tarde, muito tarde** [...] **ele é louco por chuchu**, ele não come sem chuchu, pode faltar o feijão, mas chuchu não pode faltar [...] ultimamente ele ‘tá’ comendo feijão, que ele não é muito fã e a mistura, que ele não gosta [...] **Ele gosta de tá variando** [...] **ele não toma banho no chuveiro** [...] **ele não aceita**. Ele toma banho daquele jeito do ‘Tempo da Pedra’, ferveu a água, colocou lá, colocou a ‘baciinha’ dele pra ele, morna a água lá, coloca tudo certinho no chão pra ele não pisar no chão [...] ele não é de tá igual a minha avó toda hora lanchando, não, uma que ele já acorda tarde também, lanchando [...] **não gosta de sair do lugar nenhum**, a gente pode chamar ele pra passear na casa de um parente, que ele não vai por nada.”* (CP da Família 5)

Além disso, conforme Graças e Santos (2009), o cuidado zeloso e autêntico requer um perscrutar atento do cuidador sobre a experiência existencial do ser cuidado, exigindo, sobretudo, saber perguntar e refletir sobre o que foi revelado, partindo-se do prisma de que para ajudar-cuidar é preciso compreender o ser em situação. Faz-se necessário, portanto, aproximar-se da trama de relações significativas do mundo daqueles com quem se vai interagir. A fala da CS 2 da Família 4 contextualiza essa afirmativa:

*“[...] não existe esse diálogo com, como é que fala? Com lógica, ‘né’? Porque **ele não tem mais a noção das coisas, mas a gente entra assim um pouquinho no mundinho dele**. Às vezes, ele fala umas besteiras, a gente responde, entendeu? Isso aí. Não tem mais aquela coisa de diálogo mais com noção, isso aí não existe, mas **a gente tenta se adaptar ao jeito dele mesmo**.”* (CS 2 da Família 4)

É compreensível, portanto, que conhecer o outro torna o processo de cuidado mais tranquilo, bem como as relações estabelecidas nele, pois facilita a rotina diária do cuidador, proporcionando maior segurança a ele e ao ente cuidado. Os sujeitos do estudo em nenhum momento relataram insegurança no cuidar, parecendo bastante adaptados à rotina cuidativa, apesar dos relatos de sobrecarga física e emocional. Provavelmente, essa adaptação tem

relação ao longo tempo de cuidado, pois a maioria começou a cuidar dos seus longevos desde o início das doenças e dependência destes (Quadro 3).

Subtende-se, então, que não só os cuidadores já estavam adaptados à rotina de cuidar, mas, também, que os longevos se sentiam seguros e adaptados e tinham confiança naquele que desenvolvia o seu cuidado. Isso foi evidenciado fortemente nas entrevistas, e alguns cuidadores ainda salientaram episódios de rejeição do longevo ao cuidado prestado por uma outra pessoa que ele não conhecia ou não confiava o suficiente.

*“[...] E, por eu ‘tá’ mais próxima dela, eu acho que a mais, ela já, como é que eu falo, quando eu chego perto dela pra cuidar dela, **eu acho que por eu ‘tá’ sempre com ela, eu já ‘tô’ sabendo como é, o que é que ela quer e tudo, ‘né’?** E isso aí, até pra ela, quando chega outra pessoa ela pergunta: ‘cadê a outra?’, ‘né’? [...] Mas **eu acho que ela se adapta melhor a mim, por eu ‘tá’ constantemente cuidando dela, ‘né’?** Sabendo mais mexer com ela. Aí, **eu percebo mais assim o que ela ‘tá’ sentindo, ‘né’?** Com o que é que é bom pra ela. Aí, é sempre assim.” (CP da Família 2)*

*“[...] E quando ela está com menos calundu, porque tem dia que ela ‘tá’ de calundu, **aí eu consigo colocar ela na cadeira, ela fica um pouquinho. Quando eu chego em casa, às vezes, eu consigo, agora as meninas não conseguem, de jeito nenhum, não senta na cadeira [...]** Quando eu ‘tô’ em casa, ela me chama, pode estar, é, é, (CS 1 e ajudante doméstica) junto dela, mas ela quer que eu vá fazer, aí eu vou.” (CP da Família 3)*

*“[...] se ela quer isso, quer aquilo, eu tenho que ir, que, às vezes, **ela nem confia na menina que cuida dela, pra pegar, por exemplo, pra botar na cadeira de rodas, ela não confia que a menina pegue da cama ali, que é colado, pra botar na cadeira de rodas, tem que ser eu, até em outras coisas também, tem a parte da depilação, que ela não confia na menina pra nada, nem pra cortar a unha, a unha é (CP) [...]** A alimentação, eu sempre ajudo, a comida, **porque a gente já sabe como é que ela come e tudo.**” (CS 1 da Família 3)*

*“Não, quem, **quem tem mais prática é eu, assim, de cuidado, aí quase ninguém faz nada, assim, sobre elas, não, com elas, quem faz mais é eu mesmo e (CP) [...]**” (CS da Família 6)*

Faz necessário salientar que, apesar da importância do longevo se sentir seguro e adaptado ao seu cuidador, isso também pode contribuir para o aumento da sobrecarga neste, pois se o cuidador se vê como predileto, preterido, indispensável e insubstituível na vida do idoso, isso dificulta a recepção de apoio para o cuidar.

Além de favorecer a aproximação e a construção de laços de confiança e segurança dos longevos para com seus cuidadores, o cuidado fez emergir diversos sentimentos positivos, como bem-estar, felicidade, gratidão, solidariedade, amor e carinho, descritos anteriormente na Categoria 1.

Também, o cuidar como oportunidade de aprendizado foi sinalizado por uma das cuidadoras do estudo. A decepção em não poder contar com nenhum tipo de apoio fez com que a CP da Família 7 percebesse o fato de estar sozinha no cuidar como algo positivo, capaz de contribuir como experiência e aprendizado para a sua vida, demonstrado na fala a seguir:

“Mas não tem nada, não. A gente tá vencendo. E vai vencer muito mais (começou a chorar). Tenho certeza disso! Eu não tenho dúvida! De forma nenhuma. Tudo é uma questão de tempo, tudo é uma fase, tudo passa, a experiência fica e toda decepção passa, e a experiência fica! E a vida é um aprendizado, do dia-a-dia (palavras carregadas de choro) [...] Todos eles lhe ensinam uma lição, todos os dias. E, cada um é exemplo pra gente, ou positivo ou negativo, ‘né’?”

Inserir-se, também, nessa fala o contexto da acomodação e aceitação da sua função cuidativa, pois ao mesmo tempo em que se sente triste e decepcionada com a falta de apoio no cuidado, a cuidadora utiliza a experiência e o aprendizado como estratégia para tornar menos pesada a sua responsabilização no cuidado.

CATEGORIA 4 – ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO FAMILIAR E REDE DE APOIO À FAMÍLIA CUIDADORA

O perfil das pessoas envolvidas no cuidado familiar ao longo foi consoante à literatura que relata o cuidado familiar ao idoso (MACHADO; SILVA; FREITAS, 2011; FLORES et al., 2010; SALGUEIRO; LOPES, 2010), ou seja, eram, em sua maioria, mulheres, de meia idade ou idosas, filhas e netas, solteiras ou viúvas, sem filhos, do lar ou aposentadas, católicas, prestando cuidados principais e secundários aos longevos (Quadro 3).

Também, observou-se uma tendência do cuidar ao longo por pessoas com afinidade em doar-se e em responsabilizar-se pela ajuda e pelo cuidado do outro. Isso foi claramente percebido nas CP das Famílias 2 e 6. A CP da Família 6 cuida de duas longevas, suas primas, com grau de parentesco distante, um cuidado baseado na caridade e solidariedade, até porque se considera uma pessoa muito religiosa, sendo também observado nos instrumentos Ecomapa e Círculo Familiar de Thrower, devido à sua proximidade e seus vínculos fortes com grupos religiosos (Figura 6). A CP da Família 2, além de ter cuidado da sua mãe longeva durante 07 anos, no momento, estava prestando cuidados também à sua tia, em internação hospitalar, e relatou também que, por vezes, é necessário cuidar da sua ajudante doméstica.

“[...] ela (ajudante doméstica) é bem idosa também, ‘né’, às vezes, precisa também de eu ‘tá’ cuidando dela (risos), eu falo: ‘Oh, meu Deus!’ [...] ‘Oh,

meu Deus! Em vez de uma é duas. Eu vou cuidar de duas!’ (risos) [...] minha tia foi internar, eu tive que ficar lá, naquele corre corre [...] Só em chegar lá no Hospital, vê que minha tia ‘tá’ melhorzinha também, que logo logo tem alta e isso já é melhor pra mim, ‘né’? Que ela melhorando e eu trazendo pra aqui eu não fico nessa preocupação [...] E vou trazer pra aqui, eu não vou deixar ir pra roça, não, porque pra ir pra lá, menina, não tem ninguém que cuide e aqui ela vai ter um cuidado ‘danado’. Tem que lavar, fazer curativo, aquela coisa, que a perna dela ‘tá’ muito feia, ‘né’? Erisipela você sabe como é, ‘né’?” (CP da Família 2)

Dos oito domicílios investigados, a metade (Famílias 1, 2, 5 e 7) apresentou apenas uma cuidadora (Quadro 3), que realizavam todas as tarefas de cuidado ao longo, tanto primárias, quanto secundárias, pois não havia ajuda diária de outras pessoas no processo de cuidar, como relatadas nas falas:

“Ah, é tudo, é tudo. É banho, alimentação, é remédio. É tudo, é tudo, é, porque ela é uma pessoa assim, totalmente dependente, ‘né’?” (CP da Família 2)

*“[...] Pra levar pra médico, sou eu. Pra marcar [...] pra banco, pra alguma coisa resolver, sou eu. **Resumindo, tudo é eu.** Tudo [...] pra resolver alguma coisa de documentação deles ou negócio deles e em médico [...]” (CP da Família 5)*

Infere-se, portanto, que, para essas cuidadoras, a sobrecarga e o risco às consequências maléficas do cuidado eram maiores que nas outras famílias, em especial, em relação à privação de lazer e isolamento social, haja vista, através do Ecomapa e do Círculo Familiar de Thrower, a reduzida rede de relações sociais dessas em comparação às famílias que tinham no domicílio, além de um cuidador primário, um ou dois cuidadores secundários ajudando nas tarefas cuidativas do longo (Figuras 1 a 8).

As cuidadoras secundárias do estudo executavam atividades de transporte e deslocamento do longo, apoio emocional e ajudavam em outras tarefas, quando eram solicitadas pelas cuidadoras principais. Algumas não tinham a responsabilidade diária em estarem presentes no cuidado, outras estavam mais presentes no cuidado ao longo, desempenhando, por vezes, o cuidado primário, quando a CP se ausentava do domicílio, ou se responsabilizavam diariamente por atividades pontuais como complementares às da CP.

“[...] eu levo ‘pro’ banho, eu tiro do banho, eu troco fralda, quando necessário ali, mas é mais o banho mesmo, que é o mais pesado, porque ninguém ‘guenta’ ela mesmo direito, ou, então, quando vai pra médico ‘pra mim’ pegar do carro pra botar na cadeira, assim, eu ‘tô’ sempre ali, sou eu que tem que ‘tá’, porque não tem outra pessoa que fique ‘pra’ isso.

Além dos outros cuidados que a gente ‘tá’ sempre ajudando [...]” (CS 1 da Família 3)

“[...] eu não fico direto em casa, mas quando eu ‘tô’, quando eu posso ajudar, eu ajudo [...]” (CS 2 da Família 3)

“Eu dou banho, o café da manhã, de vez em quando eu dou o almoço, a janta e na hora dele dormir eu ajudo botar ele a dormir na cama, só.” (CS 1 da Família 4)

“[...] é mais assim, quando as meninas saem ‘pro’ trabalho, trocar fralda, merenda, um suco, mais pelo lado da comida e troca, assim, de fralda, é meu cuidar, o cuidado que eu tenho com ele [...]” (CS 2 da Família 4)

“[...] Passo o dia só bordando, bordando e olhando elas quando minha mãe sai [...] Ah, só atenção mesmo, presto só atenção. É, também quando ela, de vez em quando ela pede uma coisa, a gente, eu dou, compro, só.” (CS 2 da Família 6)

“[...] Tento caminhar com ela também, um pouco. Tomar sol de manhã. Quando a gente tem tempo, tem que ter um tempo só pra ela, ‘né’? Pra sair.” (CS 1 da Família 8)

“Às vezes, assim, quando ela tá descendo a escada, aí que eu vou atrás, aí eu ajudo ela, ou se eu não é todos os dias, mas ela pede pra eu cortar a unha dela, eu corto, ou, às vezes, ela fica puxando as ‘pelinhas’, aí sobra um pouquinho, ela pede ‘pra mim’ tirar, aí eu tiro, ou tirar uns pelinhos que ela tem no queixo. Mas são coisas que são todos os dias, não, de vez em quando, assim, ela pede. Mas é bem, bem pouco, assim, não chega a cuidar muito, não.” (CS 2 da Família 8)

Conforme Novais et al. (2011), apesar desse tipo de cuidado ser pouco explorado na literatura, entende-se que os distintos tipos de cuidado, o secundário e o primário, são igualmente importantes, essenciais e complementares, não havendo sobreposição de tarefas cuidativas, ou seja, cada membro familiar desempenha um papel no cuidado, que apesar de distintos, tem uma equifinalidade, pois visam um mesmo objetivo, proporcionar um cuidado integral ao idoso.

A maioria dos participantes da pesquisa referiu não haver uma organização específica no cuidar ao longo, e isso talvez se deva ao fato da própria dinâmica do ambiente familiar não permitir que o cuidador perceba o cuidado como algo organizado e estruturado, e também por muitas vezes haver apenas um cuidador no domicílio, o que dificultava a organização e divisão das tarefas cuidativas.

“‘Ó’, não tem uma organização, assim, porque só sou eu mesmo (pausa na fala, com choro intenso). Não tem nem como assim organizar [...] (pausa novamente e mais choro)” (CP da Família 2)

“Não, não, é quem está disponível na hora, quem pode fazer na hora que ela precisa. É assim.” (CP da Família 3)

“Acho que não tem muito uma organização, não. É de momento. Se tiver todos juntos, todos ajudam, se não tiver, a gente vai se ajeitando com quem ‘tá’ [...] cada um não tem uma tarefa específica, entendeu? A gente vai, é de acordo com o dia mesmo. Não tem, assim, uma coisa específica, não.” (CS 2 da Família 4)

“Se tivesse mais pessoas aqui eu poderia te falar como a gente organiza, mas não tem. Só eu, eu e eu mesmo, do jeito que eu faço: acordou, cuidou, cuidou (risos).” (CP da Família 5)

Apesar de não referir uma organização, tivemos relatos de revezamento nas tarefas, dias e horários específicos no cuidar, bem como tarefas pontuais a serem desenvolvidas diariamente, ou conforme a necessidade, por um determinado membro familiar.

“Dividindo o tempo. É, tem que agendar, tem que dividir o tempo, tem que organizar, dividir as tarefas.” (CP da Família 1)

“[...] É, no caso eu fico com a parte da alimentação, do almoço e tudo, ela cuida da casa, e aí na hora do cuidar do banho ela, aí pronto, somos nós duas [...] Essa daí é a responsável por essa parte, é um apoio nesse lado, ‘né’?” (CP da Família 2)

“[...] aí elas se revezam [...] dia de sábado e domingo sou eu que faço isso.” (CP da Família 3)

“Aí a gente cuida, todas três juntas, cada uma, tipo, nos seus horários [...] Aí quando uma vai sair, a outra sempre fica pra ajudar.” (CS 1 da Família 3)

“É, de manhã, fica estipulado [...]” (CS 1 da Família 4)

“Acho que quem faz, quem sempre tem mais uma coisinha, que é mesmo todos os dias, é (CS 1), porque é ela sempre que dá banho com meu irmão (irmão 1) [...]” (CS 2 da Família 4)

“[...] me organizo desse jeito, me adianto toda [...]” (CP da Família 5)

A organização hierárquica explica os fatores que levam à escolha do membro familiar que seria responsável por determinadas tarefas no cuidar, bem como pelo tipo de cuidado a ser ofertado ao idoso longevo (NOVAIS et al., 2011). Lira e Silva (2008) propõem que o cuidar é a lei que permite a manifestação dos potenciais de organização numa certa direção de estabilidade dinâmica até a promoção e restabelecimento da saúde e do bem estar, ou seja, ao realizar cuidados, o cuidador estimula no ente cuidado, a manifestação de potenciais de

organização mais estáveis, que tendem à saúde, e por outro lado, se houver descuido, o nível de estabilidade é encaminhado rumo à desorganização.

Entretanto, no olhar das famílias investigadas, o cuidado familiar foi percebido como um sistema desorganizado, sem divisões de tarefas entre seus membros, sendo realizado de acordo com as necessidades do longo e à disponibilidade dos cuidadores. Na verdade, o que se depreende desse olhar é que a dinâmica familiar está em constante morfogênese, com o *feedback* positivo favorável a transformações na organização do sistema familiar e variações nas necessidades e nos comportamentos dos sujeitos envolvidos, mas com a capacidade de aproveitar essas mudanças para aprender positivamente com os desafios do processo de cuidado ao longo, e novamente buscar a reestruturação e o rearranjo familiar, ou seja, a homeostase, com o *feedback* negativo, a fim de manter e perpetuar o seu contínuo movimento de almejar o bem viver.

Dá a importância dos profissionais de Enfermagem conhecer essa dinâmica, pois exige do profissional saber adentrar nesse ambiente, não impondo regras aos familiares cuidadores, mas, antes, entendendo a dinâmica familiar, suas relações interpessoais e tudo que envolve o cuidado no domicílio.

Em registro no diário de campo, a CP da Família 4 salientou a importância do olhar e da decisão da família no tratamento das morbidades, quando informou que a família preferiu suspender o tratamento medicamentoso do seu ente longo, portador de Alzheimer, pois o mesmo apresentava-se hipotivo quando em uso da medicação. Reiteramos, portanto, a importância dos profissionais de saúde conhecer realmente a família, pois, compreende-se que a imposição e indicação médica não se sobrepõem à sua decisão em relação ao tratamento e cuidado dos seus membros. Então, o conhecimento, o entendimento, a opinião, o olhar da família, suas crenças e seus valores devem ser considerados incisivamente por esses profissionais, visto que, muitas vezes, o que é valorizado pela família e o que de fato ela considera importante e essencial para o bem estar do seu familiar são questões que foge ao paradigma medicalocêntrico.

De fato, durante as entrevistas foi observado que no apoio às cuidadoras, muitas vezes o que elas consideravam como significativo eram o tipo de apoio subjetivo, como o suporte emocional, o compartilhamento dos problemas, a palavra de conforto, o diálogo, a presença, o carinho, a atenção, a preocupação, a oração, o estímulo e o incentivo do outro.

“Em todas as áreas, emocional, quando tem um problema pra gente resolver, a gente conversa junto [...] Todo o cuidado, tanto moral, quanto o

*cuidado também de uma **palavra de conforto**, uma ajuda em todas as áreas [...]” (CP da Família 1)*

*“[...] apesar de ser longe, mas ela apoia demais, assim, **todo dia liga, e pergunta** [...] E ele diz: ‘Oh tia, faz isso, faz isso!’ [...] ela diz: ‘Tu quer que eu vá pra aí?’. É sempre assim. **Dá apoio** também em todos os sentidos assim de, de, com que ela pode, ‘né’? [...] mas **aquela presença, assim, que levanta, sabe? Que ajuda, isso aí é muito bom também pra gente** [...] que, **apesar de ser longe, mas toda semana telefona e se precisar de qualquer coisa, aí ele diz: ‘Tá precisando de quê aí? Avisa a gente!’** [...] **ele passou quase uma semana dormindo aqui, preocupado com ela, ‘né’?**” (CP da Família 2)*

*“[...] **também vem vê-la, uma ou duas vezes no ano** [...] ela vem sempre aqui, vem vê-la, vem ver todo mundo [...]” (CS 1 da Família 3)*

*“**Apoio assim, de estímulo, ‘né’? Ajudar, a questão do estimular a gente, dar força** [...] sempre ‘tá’ dando força é, assim, que a gente ‘guenta’ [...] Então, até assim, tudo é estímulo, serve de estímulo, ‘né’? [...] também me dá uma força, às vezes, eu preciso, vim aqui, **pra fazer unção do enfermo, pra deixar preparado** [...] **alguns vem ver, beija, abraça.**” (CP da Família 4)*

*“É, não sei se é bem um apoio, mas, tipo assim, **de vez em quando minha mãe manda vim um padre pra ver como meu avó ‘tá’, entende? O estado dele, fazer oração.** Um^s amigas também aí delas, **aí vem rezar por ele, é isso aí.**” (CS 1 da Família 4)*

*“O problema é esse, que **presença, ninguém, só o financeiro, e, às vezes, isso não conta, que a presença também a gente quer, a presença.**” (CP da Família 5)*

Depreende-se dessas falas a importância do fator subjetivo no processo cuidar/ser cuidado, pois as trocas concretizam-se em torno do domínio afetivo, do contexto de vida e da teia relacional que se é construída com o outro, a partir das percepções, dos sentimentos, valores e crenças dos sujeitos, indo além da objetividade do modelo de saúde curativista e medicalocêntrico. Waldow e Fensterseifer (2011) acrescentam que um simples olhar e gesto afetivo, uma palavra de conforto, ou até o próprio silêncio, a sabedoria de escutar, a disponibilidade e a presença afirmativa, assim como o apoio incondicional e a franca e respeitosa maneira de expressar a compreensão da dor do outro podem fazer a diferença no processo de cuidar.

Dessa forma, a equipe de saúde e o Estado devem dar suporte a essas famílias, atentando-se para essas questões subjetivas do cuidado, que, na maioria das vezes, é desconsiderado pelo olhar profissional. Na verdade, a necessidade do cuidador vai além da ajuda direta nos afazeres cotidianos do cuidar, exige também um acompanhamento psicológico e emocional, visto que essa nova tarefa de cuidar de outrem no domicílio traz

mudanças significativas na sua rotina, em especial com privações de lazer, de sua vida social e amorosa, causando significativas “perdas” para o cuidador. Assim, as redes sociais de apoio devem atentar-se também para essas questões e não somente para o apoio material e o suporte financeiro, ou seja, mecanismos de enfrentamento fazem-se necessários, pois, além de preparar o cuidador para melhor cuidar do longo, também o prepara para o cuidado de si.

Não se pode desconsiderar, entretanto, que as contribuições objetivas exerceram importância considerável como entre ajuda para as famílias no cuidado ao longo fragilizado por pessoas que estavam fora do domicílio, sendo relatadas ajudas financeira e material, relacionadas aos cuidados diários, ao deslocamento e transporte e à resolutividade em questões fora do domicílio.

“A ajuda dela mesmo, no cuidado dela diário, ‘né’? [...] Se precisa ir resolver algum problema de uma cadeira, ou coisa assim, na ‘Pax’, ele ajuda [...] Se eu tiver internada com ela, ele vem ajudar, vem buscar alguma coisa aqui, vai levar, vai visitar a gente.” (CP da Família 1)

“[...] o apoio financeiro, que é ele que paga a mulher, ‘né’? [...] outros irmãos apoiam assim, ‘né’? Quando eu preciso de qualquer coisa, de remédio que não posso ir comprar, ou, às vezes, é, tem receita, tem médico, tem medicamento mesmo que é controlado, ‘né’? Ai, eu não posso sair [...] Em tudo assim [...], às vezes, eu preciso de qualquer coisa, de, em matéria da casa [...] se, por acaso, eu não puder fazer o almoço, ele vem faz o almoço e, assim. Vai pra feira, compra as coisas e tudo. Ajuda também muito na feira, nas despesas da casa [...]” (CP da Família 2)

“[...] com negócio de fralda, material, assim, de limpeza [...] é assim, quando vêm, vêm cheio de coisa, de presente, de, tudo que ela ‘tá’ precisando.” (CP da Família 3)

“[...] às vezes, faz uma novidade lá, um pudim, uma coisa, traz pra ele [...]” (CP da Família 4)

“Bota no carro, quando vai sair. Só isso também.” (CS da Família 6)

“[...] ele tem carro, ele locomove ela, se ela precisar ir ‘no’ médico, alguma coisa assim [...]” (CS 2 da Família 8)

Importante salientar que o apoio financeiro tinha relação com as necessidades das famílias e com as condições de quem poderia ajudar. Ou seja, nas famílias onde existia uma renda maior eram relatadas ausência de apoio financeiro dos outros parentes, pois a renda familiar/domiciliar era suficiente para arcar com as despesas no cuidado. Já àquelas famílias que tinham uma renda mais baixa, relataram mais vezes ajuda financeira dos outros membros familiares (Quadros 3 e 4).

“[...] só não ajuda no financeiro, ‘né’? Que, graças a Deus, a gente não precisa, mas nos outros lados todos, ele ajuda.” (CP da Família 1)

“[...] ajuda financeiramente, que ela tem mais condições [...]” (CS 1 da Família 3)

“[...] financeiramente ele não depende de ninguém, tem a aposentadoria dele e tudo que é gasto com ele é dele, depende dele mesmo [...]” (CP da Família 4)

“[...] E ela é aposentada e eu tenho o meu salário. E a gente sobrevive dentro desse contexto financeiro.” (CP da Família 7)

A ajuda e solidariedade fraternal tiveram uma importância significativa no apoio ao cuidador familiar, pois as pessoas de fora do domicílio que estiveram envolvidos de maneira mais constante foram os irmãos, em especial, as mulheres. Reitera-se aqui, o que já foi descrito anteriormente sobre a questão de gênero e o compromisso e dever filial no cuidado. Em registros no diário de campo, a CP da Família 1 relatou a sua dificuldade na tarefa de cuidar de sua mãe longeva, devido ao fato de ser filha única, não tendo, dessa forma, ajuda de irmãos (Quadro 2 e Figura 1).

Além do apoio fraternal, também foram citados o apoio de secretárias domésticas, vizinhos, amigos, padres e de outros membros da família alargada, em especial, os netos e sobrinhos do idoso longevo.

“A secretária doméstica, a família, os vizinhos, os parentes, os amigos, ‘tão’, ‘tão’ ligados [...] tem do meu filho [...] Só ele mesmo e a secretária.” (CP da Família 1)

“É, envolvida mesmo só tem eu e a mulher que me ajuda, ‘né’? [...] Agora, quando os outros estão aqui, no caso, os filhos [...] E os que ‘pode’, quando ‘tão’ aqui ‘ajuda’ bastante, os netos e os sobrinhos, só, mas isso é mais, é uma raridade, período de férias, que eles ‘passa’ ‘a’ férias aqui, assim [...]” (CP da Família 2)

“[...] tem uns amigos mesmo da igreja, os padres [...]” (CP da Família 4)

“[...] só o da família mesmo [...]” (CS 2 da Família 4)

“[...] tudo é daqui de dentro da casa mesmo.” (CP da Família 6)

Essas falas estão em consonância à literatura (SILVA; SANTOS, 2010; SOUSA; SILVER; GRIEP, 2010; GOMES; RESCK, 2009; MACHADO; SILVA; FREITAS, 2011; DIAS et al., 2011; BORGES; SILVA, 2009), ou seja, o cuidado ao longevo é realizado por um sistema de suporte informal, com o predomínio da família como alternativa para garantir a sobrevivência dos idosos, através da transferência de apoio intergeracional, e, portanto, o

apoio aos familiares que se responsabilizam por esse cuidado depende tão somente da solidariedade familiar e comunitária.

Considerando as mudanças nos perfis das famílias, com cada vez menos pessoas por domicílio e o número crescente de mulheres no mercado de trabalho formal, entende-se que será cada vez mais difícil a manutenção do apoio intergeracional ao idoso mais idoso. Além disso, deve-se considerar a fragilidade familiar quanto aos conhecimentos e preparo para cuidar do seu ente longevo, pois, como observado no que emergiu dessa pesquisa, o cuidador familiar carece de recursos financeiros e materiais e de suporte do cuidado profissional.

Através dos Ecomapas e Círculos Familiar de Thrower (Figuras 1-8), pode-se observar que alguns cuidadores mantinham uma vida social intensa, como, por exemplo, a CP da Família 6, que participava de grupos culturais e religiosos, servindo de válvula de escape às adversidades do papel cuidativo e contribuindo na sua qualidade de vida e saúde. No entanto, nenhum dos cuidadores referiu vínculos com grupos de apoio ou qualquer atividade que desse suporte no cuidado ao longevo, não havendo, dessa forma, uma rede social de apoio que não seja a familiar. Sabe-se, porém, que essa rede também não tem se apresentado satisfatória, visto que, como discutido anteriormente, os cuidadores tinham expectativas de receber ajuda de outros membros familiares, mas, muitas vezes, essa expectativa não era correspondida e a tarefa de cuidar ficava concentrada apenas nos membros que moravam no mesmo domicílio do idoso.

O apoio formal aos longevos e cuidadores do estudo era estabelecido de acordo com as condições financeiras das famílias, ou seja, apenas entre aquelas que tinham condições de pagar por serviços de saúde particulares, como observado os planos de saúde, o fisioterapeuta e o *personal trainer*, nos Ecomapas das Famílias 1 e 7 e no Círculo Familiar de Thrower da Família 7 (Figuras 1 e 7). Em registros no diário de campo, a CP da Família 7 relatou que, além das duas sessões semanais de fisioterapia, sua mãe longeva recebia, duas vezes no mês, cuidados com uma podóloga, totalizando um gasto mensal com a idosa em torno de R\$ 2.000,00.

A CS 1 da Família 3 informou que há anos a longeva é acompanhada por um determinado médico e isso foi considerado por ela como um apoio formal. Já a CP da Família 5 não relatou nenhum tipo de apoio formal, mas informou disponibilizar de recursos financeiros para amparar os idosos, quando em situações de emergência e em consultas médicas de rotina.

“[...] E tem o (médico), que é quem cuida dela sempre que ela tem um problema, assim.” (CS 1 da Família 3)

“[...] tudo deles é particular, nesse ponto eu não posso falar, não. Precizou, tanto como eu tenho que também fazer tudo no orçamento e deixar reservado, um dinheiro particular, guardar. E também, se precisou de uma emergência, assim, que o dinheiro não dá, igual a cirurgia dela, outra coisa, assim, a filha dela manda na hora, na hora mesmo deposita em minha conta.” (CP da Família 5)

Fica evidente, portanto, que nas famílias investigadas, além da sobrecarga nas tarefas cuidativas, havia também a sobrecarga financeira, pois arcavam sozinhas com as despesas do cuidado aos seus longevos, sem a participação do Estado no apoio formal. A família poderia estar se constituindo como parceira das redes formais, no entanto, o que se percebe é o sistema familiar arcando sozinho com a responsabilidade do cuidado ao seu ente idoso, como observado no desabafo da CP da Família 7:

“[...] a despesa de fralda é muito grande, não tem assistência do SUS, que deveria dá assistência, não só a ela, mas todos os idosos acamados e, principalmente, que essa despesa é toda minha. Eu gasto por volta de R\$ 400,00 por mês só com fralda. Só com fisioterapeuta, eu pago R\$ 430,00 todo mês. A despesa é alta, mas graças a Deus, ela como pobre, não falta nada, porque eu deixo de comprar pra mim pra comprar pra ela [...] A vida nos coloca diante de desafios, que se a gente não tiver o amor a Deus e dinheiro, porque, infelizmente, a saúde nesse país nosso é um descaso total, porque a gente nasce pagando impostos e morre pagando impostos, porque até pra enterrar, mas nós não temos assistência.”

Embora alguns cuidadores referissem manter vínculos mais fortes entre os ACS, a maioria dos cuidadores considerou um vínculo distante com o Centro de Saúde (Figuras 1-8), o que evidencia a deficiência dos profissionais das UBS em manter vínculos mais fortes e criar uma rede de apoio com a comunidade. Apenas uma cuidadora citou a assistência básica de saúde, na figura da ACS, como fonte de apoio no cuidado ao longevo.

“[...] Tem a assistente social que sempre quando ‘tá’ precisando de uma vacina do idoso, ela que vem avisar, ou, então, ela arruma um médico pra vim trazer, pra dá a vacina, e é sempre assim. É agente comunitária, na verdade, é uma agente [...] Ela que ‘tá’ sempre ali [...]” (CS 1 da Família 3)

Vale salientar, porém, que os vínculos moderados e fortes entre as ACS e algumas cuidadoras (Figuras 1-4, 6 e 7) deveram-se muito mais aos laços de vizinhança e amizade do que propriamente ao elo, enquanto trabalhadoras da saúde, entre as famílias e a UBS. Também, deve-se considerar que o fato de terem sido as ACS quem apresentou a pesquisadora às famílias, favorecendo o seu primeiro contato, isso pode ter interferido em

algumas respostas quanto aos vínculos mais fortes, quando na verdade se resumia a vínculos superficiais.

Segundo Silva e Novais (2009) e o relatório do Banco Mundial (2011), uma das possíveis estratégias para alcançar e fornecer assistência à crescente população idosa, bem como à sua família cuidadora seria o fortalecimento da capacidade da atenção básica na saúde, através do Programa Saúde da Família. Considerando que as UBS favorecem e possibilitam a aproximação dos profissionais às famílias, em especial o profissional enfermeiro, esses devem explorar a riqueza do ambiente domiciliário, pois, como dito por Gomes e Resck (2009), a interação enfermeiro-família proporciona trocas de informações, já que os cuidadores familiares detém valioso conhecimento do seu contexto familiar, podendo fornecer a esses profissionais pistas para intervenções coerentes às necessidades da família, e, ao mesmo tempo, esta poderá aprender com a equipe como aplicar esse conhecimento de forma correta e eficaz no processo de cuidado familiar ao idoso.

Sabe-se, entretanto, que a responsabilidade do cuidado aos gerontes ultrapassa as barreiras familiares e dos profissionais de saúde. É uma responsabilidade social, visto que o envelhecimento e a longevidade humana trazem impacto para todos os agentes sociais. Portanto, o Estado e toda sociedade devem estar sensíveis para tais contextos e a família deve ser olhada e cuidada, tal qual o idoso que necessita do cuidado familiar. Stamm e Mito (2003) acrescentam que, se a família é defendida como matriz e unidade do cuidado, cabe aos profissionais de saúde fortalecê-la, apoiá-la e orientá-la nos momentos de fragilização, bem como incentivá-la na promoção da saúde familiar.

Apesar de haver muitos estudos sobre o cuidado familiar, pouco se tem avançado em relação a um olhar mais sensível dos profissionais de Enfermagem às necessidades das famílias cuidadoras. Ainda prevalece o olhar direcionado à patologia, ao doente dependente e incapacitado, mas, em relação a atitudes pontuais, ao que de fato tem sido realizado para manter a família cuidadora preparada para o cuidado de si e do outro, bem como manter-se saudável nesse contexto de cuidado e dependência, não temos registros, pelo menos, não claros e objetivos. Aí é que a rede de apoio social deve agir, sendo presente, resolutiva e atuante. Nessas questões, o Estado precisa direcionar o seu olhar, tendo em vista as perspectivas futuras consequentes da longevidade cada vez mais emergente em nossa sociedade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: o que foi desvelado durante toda trajetória

A pesquisa possibilitou o alcance dos objetivos. Quanto ao objetivo geral, através dos resultados pode-se desvelar o cuidar ao idoso longo realizado pelos seus familiares cuidadores, no contexto de suas relações parentais. Os objetivos específicos também foram contemplados, à medida que os sujeitos expressaram as suas percepções acerca da dinâmica do funcionamento da sua família nos cuidados prestados a este no âmbito domiciliar, e as mesmas foram analisadas no curso da pesquisa. Também, foi possível compreender como o sistema de cuidados familiar para com o idoso longo se organiza e se estrutura, no contexto das relações familiares e verificou-se que a família utiliza como estratégia para o cuidado ao seu ente longo apenas o suporte familiar, pois não dispõe de redes sociais de apoio formal, contemplando, assim, o segundo e o terceiro objetivos específicos.

A partir da tabulação dos indicadores socioeconômicos dos sujeitos da pesquisa, formou-se um perfil da cuidadora familiar do idoso longo, ou seja, são na maioria mulheres brancas, viúvas ou solteiras, católicas, filhas, sem vínculo empregatício e sem filhos, com escolaridade 2º grau completo, iniciando o seu papel cuidativo desde o início da dependência do ente parental longo, na prestação de cuidados primários e secundários.

Em relação à funcionalidade familiar, dos 15 cuidadores apenas 03 consideraram sua família disfuncional, sendo todas mulheres e cuidadoras principais, ficando subtendido que a sobrecarga do cuidar e a frustração da expectativa em receber ajuda de outros membros familiares exercem relação sobre a percepção que as CP tem sobre a funcionalidade da sua família.

Das informações que emergiram da categorização das entrevistas semiestruturadas, na transversalização com a caracterização dos sujeitos da pesquisa, e no direcionamento do olhar para a abordagem sistêmica, observou-se que as trocas intergeracionais entre família e idoso longo se dão de forma global, circular e hierarquizada, visando uma equifinalidade, independente do tipo de cuidado prestado, e ocorrendo constantes mudanças na dinâmica familiar, a fim de buscar a homeostase do sistema.

Os sujeitos da pesquisa externaram sentimentos e percepções envoltos de valores e crenças, pela intersubjetividade que se reverte às relações de pertencimento no sistema familiar, sendo eles demonstrados por expressões de dualidade; sentimentos de gratidão, reciprocidade, solidariedade, compaixão e angústia; percepção do cuidado como um desígnio divino; aceitação à função cuidadora; e preocupação em relação à manutenção da saúde e bem-estar do idoso longo.

Também, emergiram das entrevistas, fatores influenciadores e condicionantes ao cuidado familiar, sendo eles a obrigação filial, a afinidade, a afetividade, a presença e a proximidade do cuidador em relação à pessoa idosa longeva. Além disso, o cuidado ao ente parental longofo foi capaz de gerar consequências negativas à vida do cuidador, como sobrecarga, estresse, isolamento social e perda de identidade, mas também consequências positivas, como o fortalecimento dos vínculos entre binômio cuidador-idoso longofo.

A maioria das cuidadoras percebeu não haver uma organização específica no cuidar ao longofo, apesar de alguns relatos referindo revezamento nas tarefas, dias e horários específicos no cuidar, bem como tarefas pontuais a serem desenvolvidas diariamente, ou conforme a necessidade, por um determinado membro familiar. O sistema de cuidado, em todas as famílias era composto apenas pelo cuidado familiar, não havendo, dessa forma, uma rede de apoio formal às famílias cuidadoras do longofo.

Confirma-se, portanto, o pressuposto da pesquisa, pois esses resultados demonstram haver influência das relações familiares na maneira como o cuidado é percebido, sentido e realizado pelos membros das famílias cuidadoras de idosos longevos dependente de cuidados, bem como na forma como essas famílias se estruturam para desenvolver o cuidado a esse ente idoso.

Diante dessa realidade, urge um olhar mais atento dos profissionais de saúde e de áreas afins às questões que se fazem mostrar, a fim de auxiliá-los no desenvolvimento de futuras investigações e subsidiá-los na prestação de um cuidado à população longofo, bem como à sua família cuidadora, que seja capaz de incluir o contexto bio-psico-sócio-econômico, político e cultural das famílias que vivenciam a dependência em seu subsistema idoso longofo, bem como que sejam agentes críticos, reflexivos e atuantes no enfretamento dos impactos gerados pela longevidade na vida cotidiana dessas famílias.

Tendo em vista que os modelos de assistência à saúde tem voltado sua atenção ao cuidado à família, através de programas como o Programa de Saúde da Família, e que a profissional enfermeira, principalmente àquelas que atuam nesses programas, tem a possibilidade de estar junto à família, aos seus domicílios e à realidade vivida por ela, essa profissional precisa melhor aproveitar o rico espaço do ambiente familiar, na busca por respostas em relação às reais necessidades dos indivíduos envolvidos, e, assim, proporcionar um cuidado condizente a essas necessidades.

No estudo, observou-se o quão deficiente os profissionais das unidades básicas de saúde tem se mostrado no fortalecimento do seu vínculo com a comunidade. Não se pode, porém, culpabilizar totalmente esses profissionais, pois se sabe das dificuldades existentes

nesse campo de atuação em relação à disponibilidade de recursos humanos e materiais, os quais não tem acompanhado a crescente demanda. No entanto, as enfermeiras precisam aprender a olhar o sistema familiar na sua complexidade, inteireza e globalidade, valorizando a intersubjetividade que as relações se mostram, pois ela é capaz de favorecer os vínculos tanto entre os membros familiares quando entre estes e a profissional. Em outras palavras, é preciso que o paradigma reducionista, que reduz o indivíduo às suas partes, seja aos poucos inibido do pensar/agir da Enfermagem, a fim de uma necessária ampliação do seu foco de observação. Mas, para isso é necessário que as instituições de ensino-pesquisa-extensão proporcione esse novo olhar aos futuros e atuais profissionais da área, para que seja introduzida no pensar e agir profissional a complexidade das relações de cuidado, favorecendo a uma melhor assistência de Enfermagem.

Também, o Estado e toda sociedade precisam estar sensíveis para esse contexto e a família cuidadora deve ser olhada e cuidada, tal qual o idoso longo vivo que necessita do cuidado familiar, preparando-a para o cuidado de si e do outro, a fim de manter-se saudável nesse contexto de cuidado e dependência. Para isso, defende-se que a rede de apoio formal deva estar presente, ser resolutiva e atuante, considerando a rede de apoio familiar como complementar a ela e não como a única disponível pela família cuidadora, tendo em vista as perspectivas futuras consequentes da longevidade cada vez mais emergente em nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, G. R; SOUZA, V. L. C. G. Cuida-dor (d)eficiente: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 14, n. 5, set./out. 2006. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae 2006>. Acesso em 15 jan. 2013.
- BAGGIO, M. A; ERDMANN, A. L. (In)visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 23, n. 6, p. 745-50, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/05.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2011.
- BAGGIO, M. A; MONTICELLI, M; ERDMANN, A. L. Cuidando de si, do outro e “do nós” na perspectiva da complexidade. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 62, n. 4, p. 627-31, jul./ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/23.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2011.
- BALLARIN, M. L. G. S; CARVALHO, F. B; FERIGATO; S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 34, n. 4, p. 444-450, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/218a224.pdf>. Acesso em: 15 out. 2011.
- BANCO MUNDIAL. Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento. **Envelhecendo em um país mais velho**: implicações do envelhecimento populacional sobre crescimento econômico, redução da pobreza, finanças públicas e prestação de serviços. The World Bank. Washington, DC, USA, 2011. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70. Título original: L’analyse de contenu. 2011.
- BERTALANFFY, L. V. **Teoria Geral dos Sistemas**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1977.
- BORGES, M.S; SILVA, H. C. P. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.63, n. 5, p. 823-9, set./out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/21.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2011.
- BORGHI, A. C. et al. Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** (online). São Paulo, v. 21, n. 4, p. 876-883, jul./ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0876.pdf>. Acesso em: 20 out. 2013.
- BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.
- _____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional do Idoso**. Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**, de 10 de out. 1996. Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/resolucoes.htm>. Acesso em: 15 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 16, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.669 de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do **Pacto pela Saúde para o biênio 2010-2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Caderno de Informações de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>>. Acesso em: 15 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. SIAB. **Situação de base de dados nacional**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 15 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. CNES. **Situação de base de dados nacional**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 15 out. 2011.

BRITO, E. S; RABINOVICH, E. P. A família também adoce!: mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular encefálico na família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.12, n.27, p.783-94, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a09v1227.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.773-781, maio/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

CAMARANO, A. A; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p. 93-122. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoaidosa/livro_cuidados_prolongados_ipea.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.

CAMARANO, A. A; PASINATO, M. T. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. **Papeles de Población**. Toluca, México, v. 052, p. 9-45, abr./jun. 2007.

Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1844/1/TD_1292.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2011.

CARNEIRO, T. M. Vivenciando o cuidar e o curar como familiar em um hospital. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 61, n. 3, p. 390-4, maio/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a19v61n3.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

CARTAXO, H. G. de O. et al. Quando o cuidar dói: desvelando sentimentos de um ser que cuida. **Rev. Enferm. UFPE on line.** Recife, v.6, n.1, p.89-96, 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2084/pdf_761>. Acesso em: 3 jan. 2013.

CARVALHO, J. A. M. de; RODRÍGUEZ-WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/13.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

CASTILHO, T. Painel: Família e Relacionamento de Gerações. **Congresso Internacional Co-Educação de Gerações, SESC.** São Paulo, out. 2003. Disponível em: <www.sescsp.org.br/sesc/images/upload/conferencias/94.rtf>. Acesso em: 17 de maio 2009.

CRUZ, D. T; CAETANO, V. C; LEITE, I. C. G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 500-8, 2010. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_500-508.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2011.

DAVIS, A. **Tenir cura i l'etica del 1. tenir cura en el segle XXI:** qué sabem i qué hem de questionar. Barcelona (ES): Collegi oficial Infermeria de Barcelona, 2006. Disponível em: <http://212.9.72.18/uploadBO/Noticia/Documents/CONFER%C3%A8NCIA%20ANNE%20DAVIS%20CASTELL%C3%AO_DEF.PDF>. Acesso em: 20 ago. 2011.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. (Orgs.) **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed Bookman, 2006.

DIAS, J. A. et al. Ser idoso e processo envelhecimento: saúde percebida. **Esc Anna Nery** (impr.). Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 372-379, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127719099021>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

FERNANDES, A. A. Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. **Sociologia, Problemas e Práticas.** Oeiras, n. 36, set. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-65292001000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 maios de 2011.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário da Língua Portuguesa.** 5. Ed. Rio de Janeiro: Positivo, 2010.

FERREIRA, O. G. L. et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 44, n. 4, p.1065-9, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/30.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2011.

FLORES, G. C. et al. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 467-74, set. 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/12255/10874>>. Acesso em: 5 mar. 2011.

GOMES, W. D; RESCK, Z. M. R. A percepção dos cuidadores domiciliares no cuidado a clientes com sequelas neurológicas. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.496-501, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a07.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2011.

GONÇALVES, L. H. T et al. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v. 19, n. 3, maio/jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_03.pdf>. Acesso em: 15 out. 2011.

GONÇALVES, L. H. T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-7, out./dez. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a04.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2011.

GRAÇAS, E. M; SANTOS, G. F. Metodologia do cuidar em Enfermagem na abordagem fenomenológica. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 43, n. 1, p.200-7, 2009. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 15 out. 2011.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm>. Acesso em: 21 ago. 2011.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008**. Rio de Janeiro, n. 23. 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2008/indic_sociais2008.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2011.

JEQUIÉ NOTÍCIAS. Disponível em: <<http://www.jequienoticias.com.br/>>. Acesso em: 15 out. 2011.

KLETEMBERG, D. F. et al. A construção histórica do conhecimento da Enfermagem gerontológica no Brasil. **Esc Anna Nery** (impr.). Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 787-796, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/eann/v14n4/v14n4a19.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2011.

LIMA, T. A. S; MENEZES, T. M. O. Investigando a produção do conhecimento sobre a pessoa idosa longeva. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 64, n. 4, p. 751-8, jul./ago. 2011.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a19v64n4.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

LIRA, P. S; SILVA, M. J. P. O cuidado como uma Lei da Natureza: uma percepção integral do cuidar - reflexões teóricas. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 42, n. 2, p. 363-70, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a20.pdf>>. Acesso em: 6 maio 2011.

MACHADO, A. L. G; SILVA, M. J; FREITAS, C. H. A. Assistência domiciliária em saúde: um olhar crítico sobre a produção científica de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 64, n. 2, p. 365-9, mar./abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a23v64n2.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2011.

MACHADO, A. L. G; JORGE, M. S. B; FREITAS, C. H. A. A vivência do cuidador familiar de vítima de Acidente Vascular Encefálico: uma abordagem interacionista. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 62, n. 2, p. 246-51, mar./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a12v62n2.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2011.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 4ª ed. Revista e Ampliada – São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINES, W. R. V; MACHADO, A. L. Produção de cuidado e subjetividade. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 63, n. 2, p.328-33, mar./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019594025>>. Acesso em: 20 set. 2011.

MARTINS, P. A. F; SILVA, D. C; ALVIM, N. A. T. Tipologia de cuidados de enfermagem segundo clientes hospitalizados: encontro das dimensões técnico-científica e expressiva. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 31, n. 1, p.143-50, mar. 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10073/8447>>. Acesso em: 20 set. 2011.

MEIRELES, V. C. et al. Características dos Idosos em Área de Abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 69-80, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a14v14nspe.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

MENEZES, T. M. de O. **Ser Idoso Longevo**: desvelando os sentidos do vivido. Salvador, 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.

MOREIRA, M. D; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Esc Anna Nery R Enferm**. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.520-5, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a19.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2011.

NASCIMENTO, C. M. et al. Estado nutricional e condições de saúde da população idosa brasileira: revisão da literatura. **Rev Med Minas Gerais**. Belo Horizonte, v.21, n. 2, p. 174-180, 2011. Disponível em: <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/367/353>>. Acesso em: 18 set. 2011.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**. São Paulo, v. 6 (Supl 1), p. S4-S6, 2008. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

NERI, A. L. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e sociais. Campinas (SP): Alínea; 2002.

NERI, A. L. Desafios ao bem-estar físico e psicológico enfrentados por idosos cuidadores no contexto da família: dados do FIBRA Campinas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoaidosa/livro_cuidados_prolongados_ipea.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.

NOGUEIRA, P. D. O fenômeno do envelhecimento populacional como desafio para a missão da igreja. **Revista Caminhando**. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 118-28, jul./dez. 2010. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/CA/article/viewFile/2047/2262>>. Acesso em: 3 jun. 2011.

NOVAIS, N. N. **Qualidade de vida e saúde dos familiares cuidadores de idosos com 80 anos ou mais de idade** – interferências intrafamiliares. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, Jequié-BA, 2009.

NOVAIS, N. N. et al. Fatores relacionais intrafamiliares na qualidade de vida e saúde de cuidadores de idosos mais idosos – um enfoque sistêmico. **Revista Temática Kairós Gerontologia. São Paulo**, v. 14, n. 3, p. 23-37, jun. 2011. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6484/4701>>. Acesso em: 12 jul. 2011.

OLIVEIRA, A. R. R. O envelhecimento, a doença de alzheimer e as contribuições do Programa de Enriquecimento Instrumental (PEI). **Cuad. Neuropsicol.** Chile, v. 4, n. 1, p. 31-41, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cnps/v4n1/a03.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2011.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia Científica**: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2004.

OLIVEIRA-CAMPOS, M; CERQUEIRA, M. B. R; RODRIGUES NETO, J. F. Dinâmica populacional e o perfil de mortalidade no município de Montes Claros (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 16(Supl. 1), p.1303-1310, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232011000700064&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 maio. 2012.

PAIVA, A. T. G. et al. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 16, n. 1, p. 22-8, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDcQFjAB&url=http%3A%2F%2Ffojs.c3sl.ufpr.br%2Ffojs2%2Findex.php%2Fkogitare%2Farticle%2Fdownload%2F21107%2F13933&ei=IN2qUu_mK8mAhAfcqoD4DA&usg=AFQjCNFhqbZiTHJQ5F4XNGR9Ho3eU1ZiYQ&sig2=DI3XLE_ZCe4eXWb9zMkcDw&bvm=bv.57967247,d.aWM>. Acesso em: 15 out. 2011.

PAULIN, G. S. T; OLIVEIRA, M. L. Terapia Ocupacional no processo de envelhecimento e aposentadoria: construção de espaços saudáveis. **Mundo saúde**. São Paulo, v. 33, n. 2, p. 246-252, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/67/246a252.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2011.

PAVARINI, S. C. I. et al. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v. 8, n. 3, p. 326-35, dez. 2006. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm>. Acesso em: 15 out. 2011.

PAVARINI, S. C. I. et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.14, n.3, p.398-402, jul./set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a11.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2011.

PEDREIRA, L. C; OLIVEIRA, A. M. S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 65, n. 5, p. 730-6, set./out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/03.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2011.

PEREIRA, A. P. S. et al. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 62, n. 3, p. 407-16, maio/jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/12.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2011.

POLARO, S. H. I. et al. Dinâmica da família no contexto de adultos da quarta idade. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 66, n. 2, p. 228-33, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028666012>>. Acesso em: 05 mar. 2013.

PORTAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ. Disponível em: <<http://www.jequie.ba.gov.br/>>. Acesso em: 15 out. 2011.

PRUDENTE, C. O. M; BARBOSA, M. A; PORTO, C. C. Qualidade de vida de cuidadores primários de crianças com paralisia cerebral: revisão de literatura. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. Goiânia, v. 12, n. 2, p. 367-72, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.5778>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

RAMOS, D. M; NASCIMENTO, V. G. A família como instituição moderna. **Factal: Revista de Psicologia**. v. 20, n. 2, p. 461-472, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/97/158>>. Acesso em: 27 out. 2011.

RAVELLI, A. P. X. et al. A produção do conhecimento em enfermagem e envelhecimento: estudo bibliométrico. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 506-12, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a14v18n3.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2011.

ROCHA, S. M. M; NASCIMENTO, L. C; LIMA, R. A. G. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 10, n. 5, p. 709-14, set./out. 2002. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a13.pdf>. Acesso em: 15 out. 2011.

SALGUEIRO, H; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso

dependente. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 26-32, mar. 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/14579/8485>>. Acesso em: 21 fev. 2011.

SANTOS, A. A. dos; PAVARINI, S. C. I; BARHAM, E. J. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 102-10, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/12.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2011.

SANTOS, I. et al. Fundamentos filosóficos e teóricos para novas concepções do cuidar em enfermagem: contribuição da sociopoética. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 63, n. 4, p. 644-51, jul./ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/22.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2011.

SANTOS, F. S; INCONTRI, D. A arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, v. 34, n. 4, p. 488-497, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/488a497.pdf>. Acesso em: 15 out. 2011.

SCHNEIDER, R. H; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia.** Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2011.

SCHOSSLER, T; CROSSETTI, M. G. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 280-7, abr./jun. 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/09.pdf>. Acesso em 21 jan. 2011.

SELLI, L. et al. O cuidado na resignificação da vida diante da doença. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, v.32, n. 1, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/58/85a90.pdf>. Acesso em: 15 out. 2011.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2011.

SILVA, L. W. S. da. **A dinâmica das relações da família com o membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Florianópolis-SC: UFSC/PEN, 2007.

SILVA, L. W. S. et al. O pensamento sistêmico como caminho para a investigação a família: metodologias, experiências e perspectivas. In: SILVA, L. W. S. (Org.). **Família em contexto: multiversas abordagens em investigação qualitativa.** Salvador: Arcádia, 2012. p. 13-50.

SILVA, L; GALERA, S. A. F; MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 397-403, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/01.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2011.

- SILVA, L. W. S. da; NOVAIS, N. N. Um olhar sobre o estado da arte e suas contribuições para a compreensão-planejamento de cuidados à família. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 12, n. 1, p. 59-76, jan. 2009. Disponível: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2780>>. Acesso em: 21 jan. 2011.
- SILVA, B. T; SANTOS, S. S. C. Cuidados aos idosos institucionalizados - opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 23, n. 6, p.775-81, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/10.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2011.
- SILVA, L. R; VÁZQUEZ-GARNICA, E. K. El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 17, n. 2, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/02.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2011.
- SMILKSTEIN, G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. **The Journal of Family Practice**. v. 6, p. 1231-9, 1978.
- SOUSA, A.I; SILVER, L. D; GRIEP, R. H. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no Município do Rio de Janeiro. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 23, n. 5, p. 625-31, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/07.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2011.
- SOUZA, R. F; SKUBS, T; BRÊTAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 60, n. 3, p. 263-7, maio/jun. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a03.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2011.
- SPOSATI, A. Tendências latino-americanas da política social pública no século 21. **R. Katál**. Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 104-115, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a12.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2013.
- STAMM, M; MIOTO, R. C. T. Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 2, n. 2, p. 161-168, jul./dez. 2003. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5539/3521>>. Acesso em: 21 jan. 2011.
- TAHAN, J; CARVALHO, A. C. D. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, n.4, p.878-888, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/14.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2011.
- THOBER, E; CREUTZBERG, M; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 58, n. 4, p. 438-43, jul./ago. 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a11v58n4.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2011.
- TORRES, G. V. et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. **Avaliação Psicológica**. Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 415-23, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n3/v8n3a13.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2011.

TORRES, G. V. et al. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 34, n 1, p.19-30, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n1/a1398.pdf>>. Acesso em: 15 out 2011.

VALE, E. G; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 64, n. 1, p. 106-13, jan./fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a16.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2011.

VALENTE, G. S. C. et al. Diagnósticos de enfermagem de cuidadores de idosos com demência. **Rev. Enferm. UFPE on line**. Recife, v.5, n.8, p.1835-1834, 2011. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/1330/3251>>. Acesso em: 3 jan. 2013.

VALENTINI, I. B; ZIMMERMANN, N.; FONSECA, R. P. Ocorrência de depressão e ansiedade em cuidadores primários de indivíduos com demência tipo Alzheimer: estudos de caso. **Estud. interdiscipl. envelhec**. Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 197-217, 2010. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&ved=0CHYQFjAF&url=http%3A%2F%2Fseer.ufrgs.br%2FRevEnvelhecer%2Farticle%2Fdownload%2F15150%2F11480&ei=q9aqUvyhApTKsQTphoHACw&usg=AFQjCNE8OLMyS5xZ3eS_kpOGkewoXRg2rA&sig2=zbMIyzaGo8BIUOOJu5M_tg>. Acesso em: 14 ago. 2013.

VASCONCELLOS, M. J. E. de. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência**. 3. Ed. Campinas, SP: Papirus, 2002.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

VICTOR, J. F. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 22, n. 1, p.49-54, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a08v22n1.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2011.

WALDOW, V. R; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 24, n. 3, p.414-8, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2011.

WALDOW, V. R; FENSTERSEIFER, L. M. Saberes da Enfermagem – a solidariedade como uma categoria essencial do cuidado. **Esc Anna Nery** (impr.), Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 629-632, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a27v15n3.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2011.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esse termo, que respeita à Resolução 196/96, pretende esclarecer sobre a pesquisa **“O cuidar ao idoso longo no contexto das relações familiares”**. Essa pesquisa está sendo desenvolvida pela mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA, Nauana Nascimento Novais, com orientação da Prof^a. Dr^a. Tânia Maria de Oliva Menezes, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA. Apresenta como objetivo geral: Entender como se organiza e se estrutura os cuidados da família para com o idoso de 80 anos ou mais idade e específicos: 1. Analisar como as pessoas da família que mora com o idoso e cuida dele percebem o funcionamento da sua família nos cuidados prestados para o idoso; 2. Analisar o que a família utiliza como estratégia e suporte para cuidar do idoso. Só poderão participar da pesquisa os familiares que cuidam de idosos com idade igual ou superior a 80 anos, e que moram na mesma casa do idoso.

A pesquisa será feita por meio de uma entrevista semiestruturada, e aplicação de dois instrumentos que avaliam a família: o APGAR Familiar e o Ecomapa, além do Diário de Campo. As entrevistas serão gravadas e realizadas em local reservado em seu domicílio, em dia e horário previamente agendados e estabelecidos como conveniente para ambas as partes interessadas. Será assegurado o seu anonimato, privacidade, confidencialidade e sigilo durante todo o processo de realização e divulgação da pesquisa, sendo que sua participação na pesquisa é livre e voluntária, bem como não há qualquer ônus ou remuneração.

Os riscos desta pesquisa poderão estar diretamente relacionados ao desconforto gerado pela entrevista. Além disso, lhe confere total autonomia para em caso de desistência, se desligar da pesquisa a qualquer momento, se julgar conveniente, com a garantia de que não o haverá qualquer tipo de prejuízo ou penalização.

Ressalta-se que toda documentação resultante da pesquisa, como as entrevistas e as cópias do TCLE serão guardadas por nós pesquisadoras durante cinco anos. Nesse período, caso o (a) senhor (a)

tenha interesse em acessar os materiais, os mesmos estarão disponibilizados. Após este período, os protocolos serão desprezados.

Os resultados desse estudo poderão contribuir para fortalecer as relações entre as pessoas das famílias pesquisadas e para que elas entendam melhor como se dá o cuidado que elas prestam para com o idoso. Também, essa pesquisa será divulgada, através de artigos e de apresentações em Congressos, Seminários, Conferências e Simpósios, para que o maior número de pessoas possam se beneficiar do estudo.

Caso o (a) Senhor (a) decida participar, solicitamos assinar o presente termo.

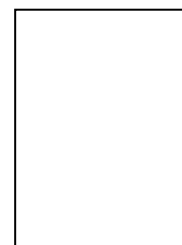
CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO

Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência cause qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido sigilo das minhas informações, das minhas respostas na entrevista e da minha identificação pessoal, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo “O cuidar ao idoso longo: vivências da família cuidadora”, desenvolvido pela mestrandia Nauana Nascimento Novais, com a orientação da Prof^a. Dr^a. Tânia Maria de Oliveira Menezes, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA.

Nome do Participante _____

Nome da pessoa ou responsável legal _____



Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Pesquisadora Responsável: Nauana Nascimento Novais

Rua E, 15, Loteamento Vila Rica, Jequiezinho.

Jequié/BA. CEP: 45.200-000 Telefone: (073) 3525-6406

Polegar direito

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM



**TÍTULO DO PROJETO: O CUIDAR AO IDOSO LONGEVO NO CONTEXTO DAS
 RELAÇÕES FAMILIARES**

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

I. IDENTIFICAÇÃO

Data da Coleta: ___/___/___ Horário: ___:___ Nº: _____

Iniciais: _____ Nascimento: ___/___/___

Família: _____ Cuidador: _____ () Principal () Secundário

Idade: ___ Sexo ___ Cor: _____ Estado Conjugal: _____

Religião: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Emprego: () Sim () Não / Carga horária: _____

Renda: _____ Renda Familiar: _____

Provedor da casa: _____ Nº de filhos: _____

Situação do Imóvel: _____ Proprietário do imóvel: _____

Nº de Residentes: _____ Nº de Dependentes: _____

Idade do idoso: ___ Sexo do idoso: ___ Nº e sexo de filhos do idoso: _____

Tempo de dependência do idoso: _____

Parentesco com o idoso cuidado: _____ Tempo de Cuidado: _____

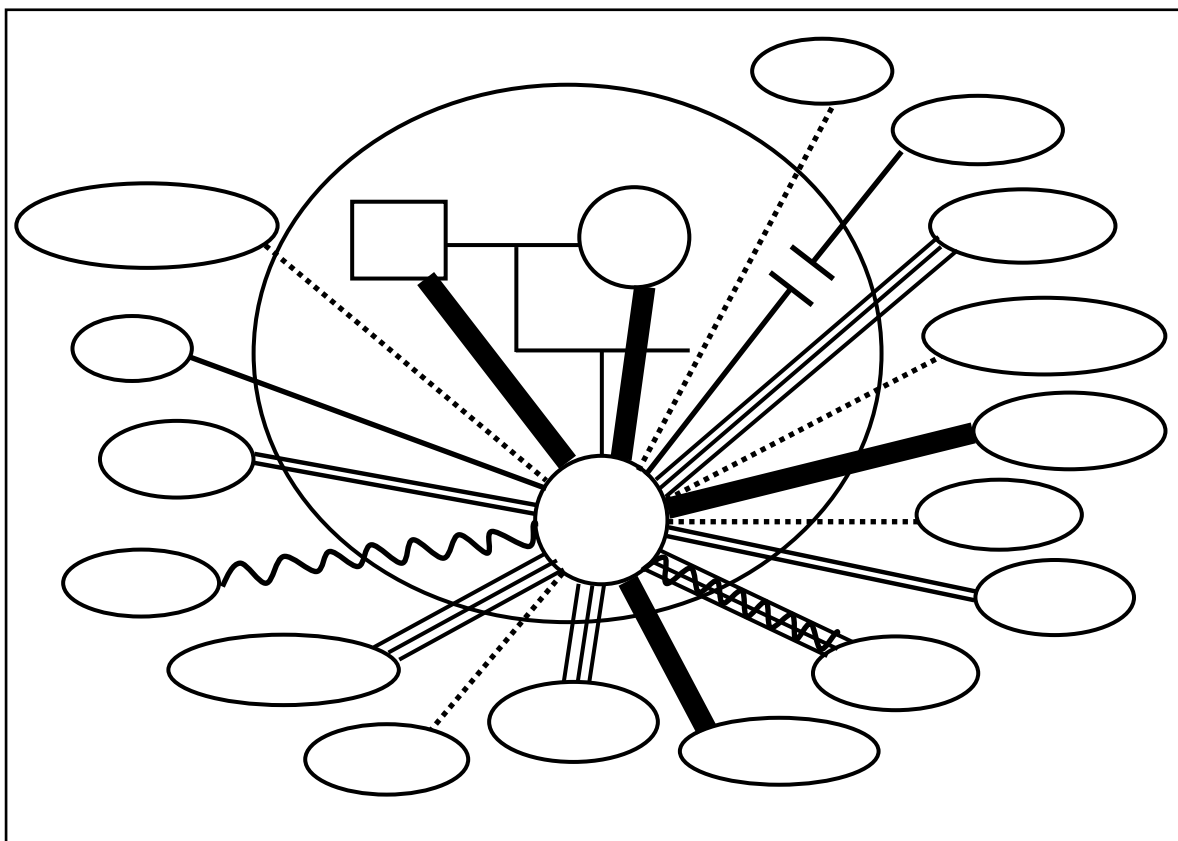
II. QUESTÃO NORTEADORA

1. Como é o seu dia-a-dia cuidando do idoso longo vivo?
2. Como você se sente cuidando do idoso longo vivo?

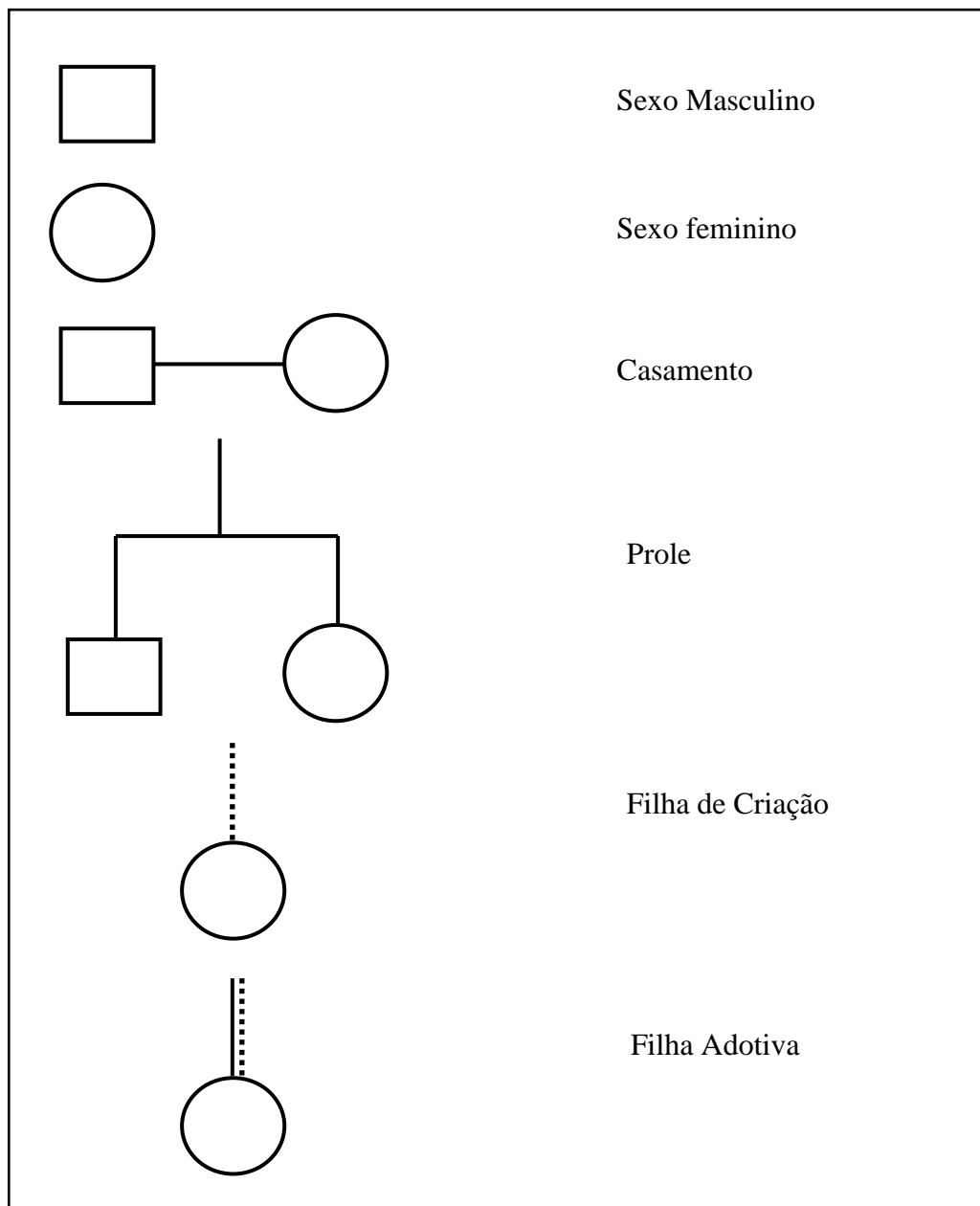
III. QUESTÕES DE PESQUISA

1. Que pessoas estão envolvidas no cuidado do idoso longo vivo?
2. Como vocês se organizam para cuidar dele?
3. Como se dá a divisão das tarefas do cuidado ao idoso? Quais são as tarefas que você executa?
4. Além das pessoas que moram na casa, você recebe algum apoio para cuidar do idoso longo vivo? De quem? Que tipo de apoio?
5. Como é a sua relação com o idoso cuidado e com os demais membros da casa?

APÊNDICE C – Ecomapa



Fonte: Autoria própria, baseada em Silva et al. (2012).

APÊNDICE D – Simbologia do Genograma

Fonte: Autoria própria, baseada em Silva et al. (2012), com adaptações.

ANEXO A – Escala de Barthel

Escala de Barthel

Nome do utente: _____
 Data da Avaliação: ____/____/____ Pontuação Obtida: _____
 Assinatura da enfermeira: _____

Evacuar

- 0 = Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema);
- 1 = Acidente Ocasional (uma vez por semana);
- 2 = Contidente

Urinar

- 0 = Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer
- 1 = Acidente Ocasional (máximo uma vez em 24 horas);
- 2 = Contidente (por mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

- 0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal
- 1 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Ir à casa de banho

- 0 = Dependente
- 1 = Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho
- 2 = Independente

Alimentar-se

- 0 = Incapaz
- 1 = Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc..
- 2 = Independente (a comida é providenciada)

Deslocações

- 0 = Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se
- 1 = Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se
- 2 = Pequena ajuda (verbal ou física)
- 3 = Independente

Mobilidade

- 0 = Imobilizado
- 1 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc...
- 2 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 3 = Independente (alguns tem a ajuda de uma bengala)

Vestir-se

- 0 = dependente
- 1 = Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda
- 2 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

- 0 = Incapaz
- 1 = Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)
- 2 = Independente para subir e descer

Tomar banho

- 0 = Dependente
- 1 = Independente (ou no chuveiro)

Classificação:
0 - 04 – Muito Grave
05 -09 – Grave
10-14 – Moderado

ANEXO B – Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP-EEUFBA**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Rua Augusto Viana, S/N - Canela - CEP: 40.110-060 – Salvador – BA
Comitê de Ética em Pesquisa – CEPEE.UFBA Tel.: (71) 3283 7615 FAX: (71) 3283
7615. E-mail: cepee.ufba@ufba.br


IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

PROTOCOLO CEP: Nº **01/2012** Folha de Rosto Nº **488772**
TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: **O CUIDAR AO IDOSO LONGEVO NO
CONTEXTO DAS RELAÇÕES FAMILIARES.**
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: **Nauana Nascimento Novais**
PESQUISADORES ENVOLVIDOS: **Tânia Maria de Oliva Menezes**
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ: **Unidades de Saúde da Rede Básica no
Município de Jequié - Bahia.**
GRUPO DE PESQUISA:
DATA DE APRECIÇÃO DO PARECER:

2º PARECER DO RELATOR

Na primeira avaliação deste projeto foram identificadas inadequações no texto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e na afirmação de que a pesquisa não apresenta danos aos sujeitos da investigação. Nesta segunda versão encaminhada pelos autores as sugestões de ajustes foram adequadas, neste sentido, consideramos o Projeto aprovado sob o ponto de vista ético.

Este é o nosso Parecer, Salvo Melhor juízo.



Darcy de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA

ANEXO C – APGAR Familiar

Nome: _____

Data de aplicação: ____/____/____ Família: _____ Cuidador: ____ () P () S

APGAR DE FAMÍLIA DE SMILKSTEIN

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1-Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2-Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
3-Acho que a minha família concorda com o meu desejo de enceitar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
4-Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
5-Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			
TOTAL			

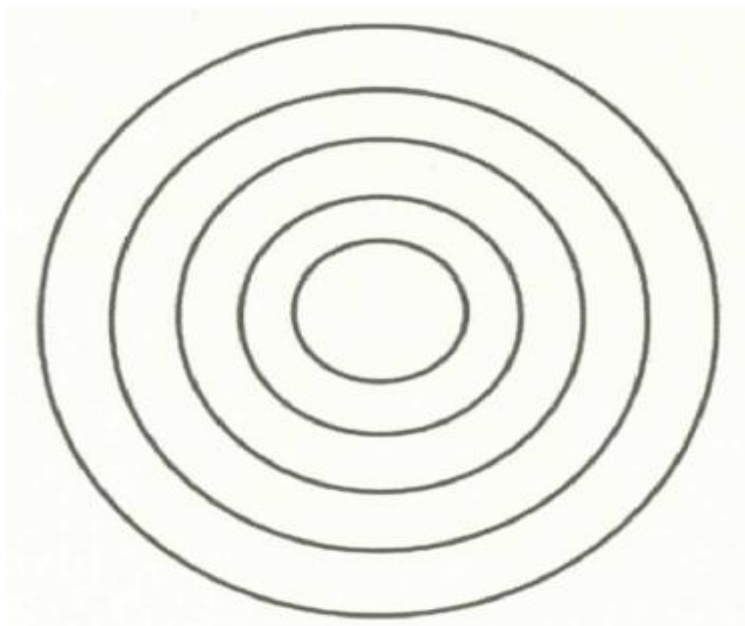
PONTUAÇÃO

QUASE SEMPRE = 2
 ALGUMAS VEZES = 1
 - QUASE NUNCA = 0

INTERPRETAÇÃO

7 a 10 pontos: FAMÍLIA SEM DISFUNÇÃO
 4 a 6 pontos: FAMÍLIA COM MODERADA DISFUNÇÃO
 0 a 3 pontos: FAMÍLIA COM DISFUNÇÃO GRAVE

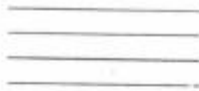

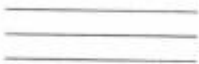
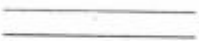




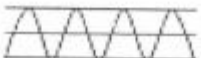
Fonte: Silva et al. (2012).

ANEXO D – Círculo familiar de Thrower adaptado

Fonte: Silva et al. (2012).

ANEXO E – Simbologia da psicofigura de Mitchell

PSICOFIGURA DE MITCHELL : CHAVE DE SIMBOLOGIA -VÍNCULOS

	VÍNCULOS FORTES
	VÍNCULOS FORTES
	VÍNCULOS MODERADOS
	VÍNCULOS SUPERFICIAIS
	VÍNCULOS MUITO SUPERFICIAIS
	VÍNCULOS NEGATIVOS
	RELACIONAMENTO DISTANTE
	DESAVENÇA OU ROMPIMENTO
	FUNDIDO OU CONFLITUAL

Fonte: Silva et al. (2012)

ANEXO F – Ofício de solicitação e autorização para coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 MESTRADO EM ENFERMAGEM



Solicitação e Autorização de campo
 #04

Salvador, 09 de Dezembro de 2011

Ilmo. Sr.
 Belmiro Catarino Matos
 Secretário Municipal de Saúde de Jequié

Paula
Teoniceide
 15/12/11
 Belmiro Catarino Ribeiro Matos
 SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
 DE JEQUIÉ - BA

Solicito de Vossa Senhoria autorização para que a aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFBA, Nauana Nascimento Novais, possa realizar, nas Unidades de Saúde da Rede Básica do município de Jequié, a coleta de dados de sua pesquisa intitulada O CUIDAR AO IDOSO LONGEVO: vivências da família cuidadora, tendo como orientadora a Prof^ª. Dr^ª. Tânia Maria de Oliva Menezes. Trata-se de Projeto de Pesquisa de Dissertação de Mestrado, que tem como objetivo desvelar o cuidar familiar ao idoso longo vivo a partir das vivências da família cuidadora e das suas relações familiares. Informamos que a pesquisa não tem fins lucrativos e que a coleta de dados será iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

Prof^ª. Dr^ª. Edméia de Almeida Cardoso Coelho
 Coordenadora do Colegiado

do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da UFBA.

autorizada
foi em
16.12.11.
 Joana S. de O. Catarino
 COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 ESCOLA DE ENFERMAGEM UFBA - JEQUIÉ - BAHIA

RECEBIDO
 EM 15 / 12 / 11
 05.49