

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Valéria Alves da Silva Nery

Memórias coletivas de familiares cuidadores de idosos com dependência funcional

Vitória da Conquista
Fevereiro de 2017

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Valéria Alves da Silva Nery

Memórias coletivas de familiares cuidadores de idosos com dependência funcional

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, Doutorado Acadêmico, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Campus de Vitória da Conquista-BA, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Doutor em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área de Concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis

Vitória da Conquista
Fevereiro de 2017

N369m Nery, Valéria Alves da Silva.

Memórias de familiares cuidadores de idosos com dependência funcional. / Valéria Alves da Silva Nery, 2017. Orientador (a): Dr. Luciana Araújo dos Reis
132f.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia,
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, Vitória da Conquista, 2017.

1. Idoso - Capacidade funcional. 2. Memória – Idoso. 3. Envelhecimento – Cuidado familiar. I. Reis, Luciana Araújo dos. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. III. T.

CDD: 305:26

Catálogo na fonte: Cristiane Cardoso Sousa – CRB 5/1843
UESB – Campus Vitória da Conquista – BA

Título em inglês: Collective memory of family caregivers of elderly people with functional dependence.

Palavras-chaves em inglês: Memory, aging, care, family, functional dependency

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória

Titulação: Doutora em Memória, Linguagem e Sociedade.

Banca Examinadora: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis (Presidente), Profa. Dra. Livia Diana Rocha Magalhães (Titular), Profa. Dra. Ana Elizabeth Santos Alves (Titular), Profa. Dra. Daniela Arruda Soares Alves (Titular), Profa. Dra. Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel (Titular).

Data da Defesa: 06 de fevereiro de 2017.

Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Valéria Alves da Silva Nery

Memória e cuidado: história oral de familiares cuidadores de idosos com dependência funcional

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Data da aprovação: 06 de fevereiro de 2017.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis (Presidente)
Instituição: UESB

Ass.:  _____

Profa. Dra. Livia Diana Rocha Magalhães
Instituição: UESB

Ass.:  _____

Profa. Dra. Ana Elizabeth Santos Alves
Instituição: UESB

Ass.:  _____

Profa. Dra. Daniela Arruda Soares
Instituição: UFBA

Ass.:  _____

Profa. Dra. Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel
Instituição: ENSP

Ass.:  _____

*A **João Pedro**, filho amado, luz da minha vida, fonte inesgotável de amor, inspiração e coragem.*

*A minha mãe e ao meu pai, **Florimar e Valmir**, pelo eterno incentivo, pelas palavras de apoio, compreensão, paciência, companheirismo, pelos conselhos sempre carinhosos, pelas orações e amor incondicional. Exemplos de força e determinação, vocês são verdadeiramente os responsáveis por esta vitória. Amo vocês!*

*A minha tia **Diva**, pelo carinho, dedicação, companheirismo em todos os momentos da minha vida.*

*A minha avó, **Alcina** (in memoriam), força maior de amor, dedicação e cuidado que une toda a família, fonte de importantes memórias que me conduzem nos caminhos da humildade e do amor ao próximo.*

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade por oferecer as condições necessárias para crescimento profissional e pessoal de seus discentes. Agradeço a oportunidade.

A Coordenação do Programa de Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPMLS/UESB).

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPMLS/UESB), pelo trabalho realizado, pela dedicação e conhecimentos compartilhados. Em especial a Profa. Dra. Lívia Diana Rocha Magalhães.

À orientadora, Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis, pela disponibilidade e pelas contribuições para a construção deste estudo.

Aos funcionários da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPMLS/UESB), pela atenção e disponibilidade.

Aos membros da Banca, Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis (orientadora), Profa. Dra. Lívia Diana Rocha Magalhaes, Profa. Dra. Daniela Arruda Soares, Profa. Dra. Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel, Profa. Dra. Ana Elizabeth Santos Alves (titulares), Profa. Dr. Claudio Félix e Profa. Dra. Marilda Castelar (suplentes), que aceitaram a tarefa de disponibilizar tempo para ler e avaliar o material produzido, agradeço seus comentários e opiniões enriquecedoras.

Agradeço a Deus, pela vida e por ter me concedido tantas graças, proteção e livramentos, sempre.

A minha família – minha força, minha segurança, meu porto seguro- por ter compreendido as minhas ausências e pelo carinho, apoio e cuidado oferecidos a mim.

Ao meu filho João Pedro, obrigada por trazer alegria e iluminar a minha vida. A minha tia Diva sempre amorosa e cuidadosa. Obrigada. Ao meu pai e a minha mãe, obrigada por sempre cuidarem de mim e por estarem a todo instante ao meu lado.

Ao meu esposo Wellington, sempre incentivador. Obrigada.

Aos familiares cuidadores de idosos com dependência funcional, participantes deste estudo, pessoas especiais que disponibilizam o seu ser e suas memórias no cuidado a seu familiar idoso.

E a todos que contribuíram para que este sonho se tornasse realidade.

Muito obrigada!

RESUMO

O crescente envelhecimento da população mundial tem provocado alterações na sociedade, com grande impacto na área da saúde. Entre várias possibilidades, uma das condições que mais ocorrem é a dependência funcional. Nesse contexto, cabe à família a função do cuidado. A família é o centro de solidariedade intergeracional por excelência, ao desempenhar a função de cuidado e manutenção de saúde e bem-estar dos seus membros. E, neste processo, a memória tem papel fundamental na constituição da função do cuidador familiar, pois permite a rememoração de aprendizados, lembranças, costumes e experiências em relação às práticas de cuidado do outro no contexto domiciliar. Este estudo tem como **Objetivo Geral**: Analisar as Memórias coletivas de cuidadores familiares construídas acerca do cuidado de idosos com dependência funcional. E, como **Objetivos Específicos**: Identificar o perfil sócio-cultural de cuidadores familiares de idosos com dependência funcional; Desvelar onde se ancoram as memórias coletivas de familiares cuidadores de idosos com dependência funcional; Descrever as memórias coletivas de familiares cuidadores e suas influências nas relações de cuidado junto a idosos com dependência funcional. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, natureza exploratória, descritiva, tendo como aporte teórico metodológico a História Oral. Realizado em uma comunidade, que compreende a área de atuação de uma Equipe de Saúde da Família, situada na área urbana do município de Jequié, Bahia, Brasil. Os participantes do estudo foram 10 cuidadores familiares de idosos com dependência funcional. Os instrumentos para coleta de dados foram um questionário biosociodemográfico e a entrevista aberta. Para organização e análise dos dados utilizou-se o *software* NVivo e a análise do conteúdo temática. A partir dos resultados do material coletado emergiu um conjunto temático: Memória e, de três categorias: Memória e cuidado familiar, memória e família, Memória e os sentidos do cuidar, os quais foram analisados com base na Teoria da Memória Coletiva, de Maurice Halbwachs. Percebemos que cada indivíduo traz em si percepções diferenciadas, e que todos têm como base aprendizados e lembranças familiares acerca de práticas de cuidar. Foi possível perceber que as memórias coletivas de grupos familiares, interferem e colaboram na construção do saber coletivo. Assim, as memórias estão presentes na mente humana, estando estas ancoradas em vivências do indivíduo, favorecida por laços afetivos que criam o pertencimento ao um grupo. Logo, as memórias coletivas contribuem para a construção das relações de cuidado entre cuidadores familiares e idosos com dependência funcional. Esta Tese está vinculada à área de concentração **Multidisciplinaridade da Memória**, Linha de Pesquisa “**Memória, Discursos e Narrativas**” e Projeto de Pesquisa “**Memória, Envelhecimento e Dependência funcional**” do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob a orientação da Prof^a Dra. Luciana Araújo dos Reis.

Palavras-Chave: Memória. Envelhecimento. Cuidado. Família. Dependência funcional.

ABSTRACT

The growing aging of the world population has caused changes in society, with great impact in the health area. Among several possibilities, one of the conditions that most occur is functional dependence. In this context, it is the family's responsibility to care. The family is the center of intergenerational solidarity par excellence, while performing the function of care and maintenance of health and well-being of its members. And, in this process, memory plays a fundamental role in the constitution of the family caregiver's function, since it allows the recollection of learning, memories, customs and experiences in relation to the care practices of the other in the home context. This study has as its General Objective: To analyze the Memories of caregivers of the elderly with functional dependence on care. And, as Specific Objectives: To identify the socio-cultural profile of family caregivers of elderly people with functional dependence; Unveil where the memories of familiar caregivers of elderly people with functional dependency are anchored; To describe the memories of family caregivers and their influence on care relationships with elderly people with functional dependence. It is a qualitative study, exploratory, descriptive nature, having as a theoretical methodological contribution Oral History. Performed in a community, which comprises the area of activity of a Family Health Team, located in the urban area of the municipality of Jequié, Bahia, Brazil. The study participants were 10 family caregivers of elderly people with functional dependence. The instruments for data collection were a biosociodemographic questionnaire and the open interview. For the organization and analysis of the data the softwear NVivo and the analysis of the thematic content were used. From the results of the collected material emerged a thematic set: Memory and, of three categories: Memory and family care, memory and family, Memory and the senses of care, which were analyzed based on Theory of Collective Memory, by Maurice Halbwachs . We realize that each individual brings different perceptions, and that all are based on family learning and memories about caring practices. It was possible to perceive that the collective memories of family groups interfere and collaborate in the construction of collective knowledge. Thus, memories are present in the human mind, these being anchored in the individual's experiences, favored by affective bonds that create belonging to a group. Therefore, collective memories contribute to the construction of care relationships between family caregivers and elderly people with functional dependence. This thesis is linked to the Multidisciplinary area of Memory, Research Line "Memory, Speeches and Narratives" and Research Project "Memory, Aging and Functional Dependency" of the Postgraduate Program in Memory: Language and Society of the State University of Southwest of Bahia, under the guidance of Prof. Dr. Luciana Araújo dos Reis.

KEYWORDS: Memory. Aging. Care. Family. Functional dependency.

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1:** Árvore de palavras referentes ao estudo. **Método Nvivo.** Pesquisa: Memória e cuidado: história oral de familiares cuidadores de idosos com dependência funcional. **Fonte:** Dados da pesquisa. Vitória da Conquista/BA, 2016. Via QSR NVivo® 78
- FIGURA 2:** Árvore de palavras, referente a Classe temática: Memória. **Método Nvivo.** Pesquisa: Memória e cuidado: história oral de familiares cuidadores de idosos com dependência funcional. Vitória da Conquista/BA, 2015. Via QSR NVivo®. 80
- FIGURA 3:** Árvore de palavras, referente a categoria: Memória e cuidado familiar. **Método Nvivo.** Pesquisa: Memória e cuidado: história oral de familiares cuidadores de idosos com dependência funcional. Vitória da Conquista/BA, 2015. Via QSR NVivo® 82
- FIGURA 4:** Árvore de palavras, referente a categoria 1: família. **Método Nvivo.** Pesquisa: Memória e cuidado: história oral de familiares cuidadores de idosos com dependência funcional. Vitória da Conquista/BA, 2015. Via QSR NVivo® 88
- FIGURA 5:** Arvore de palavras, referente a categoria 3: Memória e os sentidos do cuidar. **Método Nvivo.** Pesquisa: Memória e cuidado: história oral de familiares cuidadores de idosos com dependência funcional. Vitória da Conquista/BA, 2015. Via QSR NVivo®. 94

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1:** Caracterização dos participantes do estudo. Pesquisa: Memória nas Relações de Cuidado: Narrativas de Cuidadores Familiares sobre o cuidado junto ao idoso com Dependência Funcional. Vitória da Conquista/BA, 2016. 73
- QUADRO 2:** Classes Temáticas, categorias e subcategorias da análise de conteúdo do estudo. Pesquisa: Memória e cuidado: história oral de familiares cuidadores de idosos com dependência funcional. Vitória da Conquista/BA, 2016. 79

LISTA DE SIGLAS

AADL – Atividades avançadas da vida diária (Advanced Activities of Daily Living)

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

BIREME – Biblioteca Regional de Medicina

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

IADL – Instrumental Activities Daily Living

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE – Medical Literature and Retrieval System Online

PSF – Programa de Saúde da Família

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1.2	O ENTORNO E A DELIMITAÇÃO DO TEMA	15
1.3	QUESTÃO NORTEADORA, PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS	20
1.4	ESTRUTURA DA TESE	23
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
2.1	ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA FUNCIONAL	24
2.1.1	Envelhecimento e Longevidade Populacional no Brasil	25
2.1.2	O envelhecer e o processo de dependência funcional	27
2.2	UM ENFOQUE SOBRE FAMÍLIA, CUIDADO E O IDOSO COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL	31
2.2.1	Família e suas concepções múltiplas	31
2.2.2	A família e seus familiares cuidadores: uma perspectiva sistêmica	37
2.2.3	O contexto do cuidar/cuidado e o idoso com dependência funcional	46
2.3	MEMÓRIA COLETIVA	52
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	59
3.1	NATUREZA E MÉTODO DA PESQUISA	59
3.2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: O MÉTODO DA HISTÓRIA ORAL	60
3.3	O LOCAL E PARTICIPANTES DA PESQUISA	62
3.3.1	O Campo da Pesquisa	62
3.3.2	O cenário da Pesquisa	63
3.3.3	Os participantes da Pesquisa	64
3.4	ESTRATÉGIAS PARA A COLETA	66
3.4.1	Técnicas e instrumentos para coleta	66
3.4.2	Entrevista Aberta em Profundidade	66
3.4.3	Estratégias para coleta	66
3.5	QUESTÕES ÉTICAS	67
3.6	ESTRATÉGIAS PARA A ANÁLISE E COMPREENSÃO DAS NARRATIVAS	68
3.6.1	Análise dos relatos	68
3.6.2	O método Nvivo	69
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	73
4.1	IDENTIFICANDO OS FAMILIARES CUIDADORES DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL	73
4.2	IDENTIFICANDO AS CATEGORIAS	76
4.2.1	A exploração dos dados	77
4.3	CLASSE TEMÁTICA, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	79
4.3.1	CATEGORIA 1- Memória e cuidado familiar	80
4.3.2	CATEGORIA 2 – Memória e família	86
4.3.3	CATEGORIA 3 - Memória e os sentidos do cuidar	92
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
	REFERÊNCIAS	103

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	117
APÊNDICE B: Instrumento de Coleta	120
ANEXO A: Ofício do CEP/UESB	122
ANEXO B: Apresentando os familiares cuidadores de idosos com dependência funcional: PARTICIPANTES DA PESQUISA	125
ANEXO C: Relatos Oraís dos familiares cuidadores de idosos com dependência funcional - Entrevista aberta com os participantes da pesquisa	127
ANEXO D: Árvores de palavras referentes ao estudo. Método Nvivo. Fonte: Dados da pesquisa. Via QSR NVivo®.	131

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O entendimento da necessidade de realizar um estudo, que traz como temática memória e cuidado familiar a idosos com dependência funcional, emergiu durante a realização de atividades profissionais e acadêmicas, no dia a dia do trabalho, nas observações e desenvolvimento do cuidado, as dificuldades dos profissionais, dos estudantes e cuidadores familiares ao prestar cuidados às pessoas idosas e, principalmente aos idosos com dependência funcional.

Reconhecemos que ao enveredar pelos caminhos da pesquisa, muitas possibilidades se apresentam. Com base em Servo (2001), acredita-se que o conhecimento não se faz no vazio, mas se constrói pautado nas experiências, nos interesses, reflexões e inquietações do pesquisador sobre a realidade que se pretende estudar. As experiências de vida promoveram contato com situações e problemas merecedores de estudos mais aprofundados, por trazerem a oportunidade de refletir sobre Memórias de cuidadores familiares, que contribuem para a construção do cuidado realizado junto ao idoso com dependência funcional.

Assim, o interesse em realizar este estudo, voltado a tal temática, justifica-se em nossa trajetória como profissional da área de saúde, iniciando como estudante do curso de formação superior em Enfermagem, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB (1998-2002). Durante este período tivemos a oportunidade de conhecer um pouco mais sobre o processo de envelhecimento, através das disciplinas oferecidas no referido curso, dentre elas Enfermagem em Atenção à Saúde do Idoso, além disso, tivemos a oportunidade de engajar em projetos de pesquisa e extensão envolvidos com questões voltadas para o envelhecimento humano, que tinham como objetivo oferecer atenção à saúde de pessoas idosas e seus cuidadores moradores de uma comunidade no município de Jequié-BA, como o *Projeto de Extensão Núcleo de Ação - Cuidado ao Idoso na Família e na Comunidade*, no qual tivemos a oportunidade de vivenciar a rede de suporte social no cuidado ao idoso.

Destarte, nosso interesse pelo tema é reforçado por atuarmos como pesquisadora do *Grupo de Pesquisa Política, Planejamento e Gestão em Saúde*, cadastrado no CNPq e certificado pela UESB, desde 2003 até período atual, nas Linhas de Pesquisa: Educação Permanente em Saúde; Gestão e Planejamento em Saúde; Políticas Públicas; Saúde e Qualidade de Vida e, Envelhecimento e Saúde, tais vivências, nos oportunizaram e continuam

oportunizando leituras individuais e coletivas que resultam em indagações sobre o processo de envelhecimento e suas consequências para a saúde e qualidade de vida do indivíduo idoso.

Neste mesmo período, também tivemos a oportunidade de atuar no *Programa de Extensão Construindo a Cidadania na Perspectiva da Educação Popular em Saúde*, da UESB, o qual tinha como um de seus objetivos proporcionar orientações a grupos de convivência da terceira idade no município de Jequié-BA, para que tais sujeitos conheçam seus direitos e assim proporcionar um viver/envelhecer cidadão. A partir da nossa atuação no *Programa de Extensão Educação Popular, Saúde e Cidadania*, percebemos a necessidade de escutar os discursos dos idosos sobre seu próprio envelhecimento. Ao mesmo tempo, despertávamos para questões do envelhecimento humano, a cada encontro com os grupos de terceira idade, tínhamos a oportunidade de identificar uma intersubjetividade presentes nos diálogos desenvolvidos com os idosos, o que nos despertou o interesse pela busca da compreensão do conhecimento acerca do envelhecer.

Além de tais vivências, nossos caminhos na assistência da Enfermagem e Docência sempre nos mantiveram direcionadas para o cuidado ao indivíduo idoso. Neste contexto, podemos citar o Curso de Especialização em Saúde Pública (2003-2004) e o Curso de Especialização de Formação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem (2004-2005), nos quais realizamos estudos no campo do cuidado a saúde do adulto e do idoso, com desenvolvimento de pesquisas com conceitos como: saúde do idoso, saúde do adulto, doenças crônicas (diabetes e hipertensão), o que nos permitiu conhecer mais de perto a temática e sua importância.

Ainda em 2003, tivemos oportunidade de atuar como enfermeira em Unidade de Saúde da Família, onde atendíamos a todos os grupos populacionais preconizados pelo Ministério da Saúde, inclusive as pessoas idosas. Tal oportunidade nos possibilitou colaborar com um grupo de convivência da terceira idade, no qual realizávamos vivências, oficinas, atividades educativas e lúdicas com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida a população idosa residente no território área da Unidade de Saúde da Família no qual atuávamos.

Iniciamos nossa atuação como docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), no curso de Graduação em Enfermagem, Campus de Jequié, em 2005. Nesta instituição tivemos a oportunidade de lecionar algumas disciplinas do curso, as quais nos proporcionaram uma maior compreensão acerca da importância do conhecimento e do cuidado ao indivíduo idoso. Em 2011 tivemos a oportunidade de ingressarmos no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES/UESB), no qual

desenvolvemos nosso estudo na Linha de Pesquisa Educação em Saúde e Sociedade, nesta ocasião desenvolvemos nossa dissertação buscando conhecer o histórico, as ações e as contribuições da enfermagem no cuidado as doenças crônicas, que acometem de forma especial pessoas idosas ou pessoas em processo de envelhecimento, com um estudo voltado para a percepção da qualidade de vida por pessoas com Hipertensão Arterial. Desse modo, tanto nossa experiência como Enfermeira docente, pesquisadora, extencionista e assistencial nos levaram a perceber a importância da utilização de diferentes tecnologias do cuidado na atenção ao idoso.

Seguindo este caminho, submetemo-nos à seleção do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGMLS-UESB), no curso de Doutorado Acadêmico, em 2012, com um projeto enfocando a memória e o envelhecimento humano. Com a aprovação no PPGMLS-UESB, em 2013 iniciamos nossos estudos voltados a esta temática, na linha de pesquisa *Memória, discursos e Narrativas*, no Projeto: *Memória, Envelhecimento e Dependência Funcional*, desde então estamos buscando conhecer e compreender mais sobre memória, memória do indivíduo e memória coletiva, desvelando sua importância para a prática das ações cotidianas, dos rituais, do cuidado ao outro.

1.2 O ENTORNO E A DELIMITAÇÃO DO TEMA

O envelhecimento populacional é uma consequência importante da dinâmica demográfica atual. Em países desenvolvidos, esse processo já é parte da sua realidade há algumas décadas. Nestes, construíram-se os alicerces de uma sociedade mais inclusiva e mais adequada à população idosa. Hoje, o envelhecimento também está em curso nos países em desenvolvimento, nos quais, apesar dos enormes avanços normativos e institucionais, muito ainda precisa ser feito para que a velhice seja associada não só a uma vida ativa e saudável, mas, igualmente, bem cuidada.

No Brasil, muito se avançou no que diz respeito à garantia de uma renda mínima para a população idosa, mas a provisão de serviços de saúde e de cuidados formais ainda é uma questão não equacionada. Ela assume uma importância ainda maior em função do envelhecimento da própria população idosa, ou seja, do crescimento mais acentuado da população de 80 anos de idade ou mais, de mudanças nos arranjos familiares e no papel social da mulher, tradicional cuidadora dos membros dependentes da família, e de níveis de fecundidade abaixo dos de reposição (CAMARANO, 2010).

Projeções populacionais apontam para um crescimento acentuado da população muito idosa (80 anos ou mais) para as próximas décadas. Esse subgrupo populacional representa aproximadamente 14% da população idosa, em 2010, e 1,5% da brasileira. As projeções para 2040 indicam que os muito idosos responderão por um quarto da população idosa e cerca de 7% da população total, representando um contingente de aproximadamente 13,7 milhões. Isto é resultado da redução da mortalidade em todas as idades e, em especial, nas avançadas e da alta fecundidade (CAMARANO; KANSO, 2010).

O envelhecimento se inscreve como um fenômeno inerente à vida; sendo um processo dinâmico, progressivo, inevitável, com ritmo e características próprias em cada pessoa, implicando alterações morfofisiológicas, acompanhada por repercussões familiares, sociais e econômicas. Em virtude das mudanças funcionais, somadas ao estilo de vida, o contexto socioambiental e a possível predisposição genética, a pessoa idosa está mais vulnerável a transtornos crônico-degenerativo ou a comorbidades, que outros grupos etários (STRAUB, 2005; NASSIF, HUPE; SALBEGO, 2005).

Logo, o envelhecimento acarreta a diminuição da capacidade de adaptação, que ocorre de maneira objetiva, limitando o sistema funcional e, de uma maneira mais evidente, o sistema psicossocial, no qual se manifesta pela dificuldade de aceitação do processo de envelhecer. Isso tudo leva ao aumento da dependência do ambiente familiar, que é um local de proteção e estabilidade.

Nesse sentido, o envelhecimento traz vulnerabilidades, perdas sociais importantes, aparecimento de novos papéis, agravamento de doenças crônicas e degenerativas e dependências funcionais (CAMARANO; PASINATO, 2004).

O conceito de dependência é uma construção social que tem vindo a sustentar as medidas de proteção social às pessoas que necessitam de ajuda, nas atividades diárias, para satisfação das suas necessidades básicas (QUARESMA, 2004).

A dependência surge quando uma pessoa apresenta uma perda mais ou menos acentuada da sua autonomia funcional e necessita da ajuda de outra pessoa. É um processo incapacitante pelo qual uma determinada condição (aguda ou crônica) afeta a funcionalidade dos idosos e o desempenho das atividades de vida diárias (DUARTE, 2007).

Na trajetória da vida, tratando-se do envelhecimento ativo, os mais velhos não constituem um grupo homogêneo e a diversidade entre eles tende a elevar-se com a idade. Dentre as principais doenças que causam a dependência, que acometem os idosos mundialmente, está às doenças cardiovasculares, como a doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral; diabetes *mellitus*; câncer; doença pulmonar obstrutiva

crônica; doenças musculoesqueléticas, como artrite e osteoporose; doenças mentais, principalmente Demência, Alzheimer, Parkinson e Depressão; além da cegueira e diminuição da visão (OMS, 2005).

Nesse contexto, cabe à família a função do cuidado. O papel da família é fundamental no cuidado do idoso. A família predomina como alternativa no sistema de suporte informal aos idosos, tendo aí como sujeito o cuidador familiar (CALDAS, 2003).

A família é vista como a fonte de apoio informal mais direta para a população idosa. Em muitos países, aparece como a única alternativa de apoio. Isso tem se verificado tanto pela co-residência como pela transferência de bens e recursos financeiros. Os seus membros se ajudam na busca do alcance do bem-estar coletivo, constituindo um espaço de “conflito cooperativo” onde se cruzam as diferenças por gênero e intergeracionais. Daí surge uma gama variada de arranjos familiares (CAMARANO et al., 2010).

A família foi e continua a ser o centro de solidariedade intergeracional por excelência, ao desempenhar uma função basilar no restabelecimento e manutenção de saúde e bem-estar dos seus membros, nomeadamente, através da prestação de apoio em situações de necessidade de cuidados, mais ou menos profundos, e/ou mais ou menos permanentes ou conjunturais. Nesse estudo adotamos como família as pessoas que residem no mesmo ambiente familiar do idoso, participando assim de seu dia-a-dia (CALDAS, 2003).

A família é um sistema dinâmico em interação dialógica que pretende (ou deve pretender) ajudar a pessoa a desenvolver uma presença afetiva, responsável e livre no mundo (TRELHA et al., 2006). Cada pessoa tem e terá, ao longo de sua existência, várias famílias (a de seus ancestrais, a de sua infância, a de sua adolescência, a de sua vida adulta e de sua velhice), assumindo em cada fase características peculiares, mas mantendo a função primordial, a de preservar a integridade física e emocional de seus membros e do próprio grupo, propiciando o seu desenvolvimento (CALDAS, 2003).

O cuidador familiar é todo aquele que proporciona a pessoa idosa cuidados no seu domicílio, sendo que este não é remunerado por tal função. O cuidador principal é aquele que permanece diariamente na função do cuidar/cuidado, assumindo uma função de cuidar dos seus membros familiares. Neri (2002) aponta que em quase todo o mundo, as normas sociais e familiares estabelecem que o papel do cuidador seja uma especificidade feminina. Pois culturalmente o cuidado com o lar e com a família em geral ainda é um papel feminino na sociedade. As jovens devem cuidar dos filhos, e na meia-idade ou mesmo na velhice, devem cuidar dos maridos doentes, pais e sogros fragilizados.

Na maioria das vezes os cuidadores familiares estão cientes que é um dever moral e ainda existe uma responsabilidade social e familiar frente a pessoa idosa que deve ser respeitada (CALDAS, 2003).

De acordo com Neri (2002) “a atribuição do papel de cuidador a alguns membros e não a outros não é arbitrária, mas obedece às normas sociais de parentesco, gênero e idade e à dinâmica das relações familiares”. A relação entre o idoso e o cuidador familiar é uma relação de ajuda, devido à impossibilidade do idoso de realizar tarefas de autocuidado e de manejo frente às tarefas do cotidiano. É importante lembrar que nem sempre se pode ter o livre arbítrio de querer ou não ser cuidador, principalmente quando se trata de um familiar do idoso. Destaca-se, em sua maioria, como fonte cuidadora do idoso os cônjuges, filhos(as), sobrinhos(as), netos(as) estes, assumem o papel de cuidador, muitas vezes por terem uma ligação afetiva, também por ser seu dever e obrigação (influenciado por valores e crenças).

Essa convivência é muito importante para as pessoas, pois é nesse ambiente que se ama e se trocam reciprocamente os cuidados. Os pais, que, na grande maioria das vezes, proveram os filhos de alimento, educação, carinho e amor, ao longo da sua vida, agora, nessa fase, necessitarão de cuidados de quem outrora cuidou.

Para desenvolvermos este estudo buscamos pesquisar a memória dos cuidadores informais e de maneira mais específica os que têm algum parentesco familiar, para tanto, definimos o cuidador familiar como:

Membro familiar, esposo(a), filho(a), irmão(ã), normalmente do sexo feminino, que é “escolhido” entre os familiares por ter melhor relacionamento ou intimidade com a pessoa idosa e por apresentar maior disponibilidade de tempo. Podemos colocar nesse grupo a amiga ou vizinha, que mesmo não tendo laços de parentesco, cuida de pessoa, sem receber pagamento, como voluntária (BORN, 2008, p.61).

Ressaltamos que por mais que a definição anterior incluía amigos e vizinhos como cuidador, para nossa pesquisa buscamos delimitar apenas os cuidadores que possuíam laços de parentesco com o idoso de quem cuidam.

Estes na maioria são mulheres, geralmente esposas, filhas, noras e grande parte destas mulheres são de meia-idade ou idosas, tem filhos adultos, são aposentadas ou estão perto de se aposentar ou são solteiras.

No contexto familiar, o cuidador é uma figura que sempre se fez presente, geralmente, era uma função exercida pelas mulheres. Para elas o ato de cuidar era muito natural, quase que incorporado às demais funções relativas às atividades familiares e domésticas. As mulheres normalmente aprendiam

a cuidar no convívio com outras mulheres de sua família ou de seu grupo sociocultural e eram elas que detinham o domínio do saber popular sobre os cuidados com a saúde e na doença... Essa distinção de atividade segundo gênero pode ser relativizada no mundo moderno, mas seguramente foi à forma pela qual foram socializados os homens e mulheres que atualmente constituem a grande maioria dos idosos com os quais deparamos no cotidiano (SANTOS, 2010, p.13).

Cuidar de um familiar idoso não é tarefa fácil, sendo uma atividade complexa, pois tanto o cuidador principal como o idoso podem se deparar com sentimentos diversos e conflitantes. Os diversificados sentimentos que surgem podem estar ligado medo, angústia, confusão, cansaço, tristeza, nervosismo, irritação, choro, medo da morte. Muitas vezes o ato de cuidar é uma tarefa duradoura, que também exige uma mudança na vida tanto do idoso como do seu cuidador, reorganizando sua vida familiar, profissional e social (CALDAS, 2003).

E, neste processo, a memória tem papel fundamental na constituição da função do cuidador familiar principal, pois permite trazer a sua realidade vivenciada os aprendizados e experiências em relação às práticas de cuidado do outro no contexto domiciliar.

Compreendemos, assim, com base nos estudos da memória, que as relações de cuidado ao idoso são constituídas por fatores ligados ao passado que permanecem presentes na memória individual, como os aspectos da formação humana do familiar, tendo, neste processo interferências de fatores próprios como as vivências, as experiências, a cultura, os hábitos familiares, os costumes, que irão contribuir na identificação do indivíduo cuidador.

Para Halbwachs (2006), a memória coletiva se constitui numa corrente de pensamento contínuo que retém do passado, somente aquilo que ainda está vivo na consciência de indivíduos que constituem um grupo. Percebemos uma indissociabilidade entre a memória individual e a memória coletiva, uma vez que, as lembranças dos indivíduos são sempre construídas a partir de relações de pertencimento com um grupo.

Segundo Halbwachs (2006), a memória liga-se à lembrança das vivências, e esta só existe quando laços afetivos criam o pertencimento ao grupo e ainda os mantêm no presente. O físico ou o territorial e o pertencimento social são fatores que permitem a existência do grupo, tais fatores mantêm o vivido no campo das lembranças comuns, geradoras de memória social. Este, ainda defende que quando resgatamos as narrativas dos sujeitos trabalhamos com a lembrança única, a experiência de um sujeito único, mas que faz parte de uma comunidade afetiva. Para ele, a lembrança se liga a um contexto social mais amplo.

Desse modo, percebermos a importância e necessidade da realização de um estudo sob a ótica da Teoria da Memória Coletiva de Maurice Halbwachs, no contexto do cuidado familiar, visto que, compreendemos que a memória ultrapassa o plano individual, considerando que as memórias de um indivíduo nunca são só suas e que nenhuma lembrança pode existir apartada da sociedade. Para Halbwachs (2006), “memória são construções dos grupos sociais, são eles que determinam o que é memorável e os lugares onde essa memória será preservada”.

A memória, percepção do agora que se situa entre o passado e o presente, seria a forma de experiência que tornaria possível a ação individual, que tem por finalidade a defesa do bem comum. A memória que é valorizada é aquela que tem vínculos com o passado, com a tradição, com experiências transmitidas. É uma memória a um só tempo individual e coletiva, e que pode ser percebida entre indivíduos (SANTOS, 2010).

A Memória pode-se traduzir como a capacidade de armazenar dados ou informações referentes a fatos vividos no passado. Neste contexto, o presente estudo guia-se pelos conceitos de Halbwachs, que se refere aos Quadros Sociais de Família, constituindo assim, as famílias como um grupo social que compartilham de fatores semelhantes, presentes na memória, caracterizando, dessa forma a memória coletiva.

Neste interim, buscaremos então, conhecer mais da memória e compreender como esta contribui para a formação de relações do cuidado de familiares cuidadores de idosos com dependência funcional, buscando desvelar as vivências desses familiares e assim, comprovar a importância da memória para a identificação da concepção do cuidado ao outro. Visto que, os aspectos envolvidos na história, cultura, crenças, valores, ideologias, atitudes, afetividade, dentre outros, situa cada um dos sujeitos como um universo de significados capaz de predizer como as recordações presentes na memória contribuem para o desenvolvimento de ações presentes.

1.3 QUESTÃO NORTEADORA, PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS

Diante do exposto até aqui, surge à oportunidade de iniciar uma reflexão pautada no cuidado familiar junto ao idoso com dependência funcional e a importância da memória coletiva no processo de construção deste cuidado, considerando, pois, a memória coletiva como parte do indivíduo que colabora para a construção e fortalecimento dos modos de ser e agir do indivíduo. Destarte, temos como *objeto desse estudo*:

- ✓ Memórias coletivas construídas por cuidadores familiares de idosos com dependência funcional.

O nosso interesse nesta temática levaram-nos a refletir acerca da interação da memória e a realização de cuidados junto à pessoa idosa, o que nos levou aos seguintes questionamentos: - Onde se ancoram as memórias de cuidadores familiares na construção do cuidado junto ao idoso com dependência funcional? - Qual a importância da Memória coletiva na construção do cuidado realizado por cuidadores familiares junto a idosos com dependência funcional?

Enfim, diante de tais interrogações surgiu-nos uma que consideramos como *Questão Norteadora* para este estudo:

- Quais tem sido as Memórias coletivas construídas por cuidadores familiares de idosos com dependência funcional acerca do cuidado?

Nesta perspectiva, o estudo tem como *Objetivo Geral*:

- Analisar as Memórias coletivas de cuidadores familiares construídas acerca do cuidado de idosos com dependência funcional.

E, como *Objetivos Específicos*:

- Identificar o perfil sócio-cultural de cuidadores familiares de idosos com dependência funcional.
- Desvelar onde se ancoram as memórias coletivas familiares de cuidadores de idosos com dependência funcional.
- Descrever as memórias coletivas familiares de cuidadores e suas influências nas relações de cuidado junto a idosos com dependência funcional.

Temos como propósito poder contribuir para a produção de novos conhecimentos acerca da memória coletiva familiar e sua importância para a sociedade. E, neste contexto, damos especial atenção ao envelhecimento humano, pois buscaremos com este estudo favorecer a percepção da importância da memória coletiva na construção e efetivação das relações de cuidado familiar junto ao idoso dependente, dando ênfase ao estudo dos quadros sociais de família.

Entendemos que a *relevância da pesquisa* situa-se no fato de discorrer sobre as temáticas envelhecimento, memória e relações de cuidado familiar, algo tão real e potencial nos tempos atuais, acreditando que os resultados desse estudo poderão contribuir para construir um conhecimento que poderá propiciar a reflexão da comunidade acadêmica, da sociedade e de profissionais de saúde favorecendo assim, o entendimento da importância e colaboração da memória na construção do sujeito “cuidador”, no desenvolvimento de ações de cuidado, e dessa forma contribuir para a afirmação de uma Memória Coletiva que caracteriza um grupo social.

A memória tem um instrumento indispensável neste processo, a linguagem. A linguagem colabora de forma constitutiva para que as lembranças e memórias sejam repassadas através das narrações dos fatos, vivências, experiências, conhecimentos culturais, familiares e tradicionais, dando, assim, continuidade a memória e, assim, contribui para a afirmação de um grupo, sua auto-identificação como parte colaborativa na preservação de tradições, valores, costumes, que irão caracterizar um grupo social, uma sociedade.

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos, pretendemos desenvolver um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, cujo referencial metodológico é a História Oral temática. A pesquisa foi desenvolvida em micro áreas adscritas de uma Unidade de Saúde da Família, situada na área urbana do município de Jequié – Bahia, tendo como colaboradores do estudo familiares cuidadores de idosos com dependência funcional. Como técnica para coleta dos dados utilizamos a Entrevista Aberta; utilizando a Análise de Conteúdo de Bardin (2011) para o desenvolvimento das análises e a utilização dos recursos oportunizados pelo Nvivo, por entendermos que tal desenho metodológico possibilitará a compreensão do fenômeno em sua totalidade.

Utilizando a história oral temática, para ter acesso às narrativas de cuidadores familiares de idosos com dependência funcional acerca da contribuição da memória coletiva presente no grupo social familiar, na realização do cuidado diário ao idoso dependente, buscando compreender como os hábitos, costumes, crenças, tradições, conhecimentos empíricos são passados de geração a geração pelo grupo familiar e, como estes interferem nas práticas de cuidado, e que, com todas as agruras desse processo, se dispuseram a ser colaborador deste estudo, abrindo o livro das suas vidas para podermos compreender a complexidade (dimensão) da memória, e tentar buscar elementos que sejam subsídios para profissionais das várias áreas que assistem pessoas, possam compreendê-las e colaborar para a qualidade de vida em seus aspectos sociais e humanos.

1.4 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA TESE

Para tanto, este estudo consta de cinco capítulos. No primeiro, a introdução, descrevemos nossa aproximação com a temática e a experiência vivenciada nos espaços acadêmico e profissional que fizeram inquietar-nos com a problemática e vislumbrar a situação-problema. Esta foi embasada a partir de elementos que sustentam a justificativa e relevância do estudo. Aqui também delimitamos o objeto de estudo, os pressupostos teóricos e os objetivos.

No segundo capítulo abordamos o que traz a literatura sobre o objeto de estudo, os conhecimentos teóricos, com um breve comentário sobre envelhecimento humano, abordando os aspectos biopsicossociais e culturais do envelhecimento; a dependência funcional; a família, a família que cuida da pessoa idosa com dependência funcional e o familiar cuidador; o cuidado ao idoso com dependência funcional; a memória coletiva e a memória nos grupos sociais familiares, ancorando no teórico da memória Maurice Halbwachs.

No terceiro Capítulo, indicamos a abordagem metodológica utilizado para nortear a pesquisa, descrevendo o tipo de estudo, o método da pesquisa, a fundamentação teórica, o local em que a pesquisa se desenvolveu, os colaboradores e os critérios de inclusão, as técnicas e os instrumentos de coleta e análise dos dados e, também, os princípios éticos da pesquisa.

E no quarto Capítulo, apresentamos os resultados da pesquisa e discussão das análises realizadas a partir das categorias e subcategorias que emergiram das entrevistas.

O quinto Capítulo traz as considerações finais, com a síntese da tese defendida e a identificação do encontro dos objetivos propostos; neste, estabelecemos uma reflexão acerca da memória e sua importância na construção e identificação de grupos sociais que acabam definindo os caminhos, os costumes as tradições a seguir.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, apresentaremos uma *revisão de literatura*, buscando a sustentação teórica relativa ao objeto de estudo. Este capítulo possui três subcapítulos, o primeiro denominado **Envelhecimento e dependência funcional**, com os *itens*: 2.1.1 - Envelhecimento e longevidade populacional no Brasil; 2.1.2 - O envelhecer e o processo de dependência funcional; 2.1.3 - Os idosos de que falamos. O segundo subcapítulo denominado **Um Enfoque sobre família, cuidado e dependência funcional**, com os *itens*: 2.2.1 - Família e suas concepções múltiplas, 2.2.2 - A família e seus familiares cuidadores; 2.2.3 - O processo de cuidar: o cuidador familiar e o idoso com dependência funcional. O terceiro subcapítulo denominado **Memória Coletiva, onde** foi realizado um estudo sobre Memória, Memória Coletiva e Os quadros sociais da Memória, sob a ótica de Maurice Halbwaches.

2.1 ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Vários estudos procuram formular conceitos em torno do ser idoso. Inúmeras tentativas precárias para conceituar aquilo que não se pode determinar, porque envelhecer subentende atravessar o tempo e desse modo, viver é envelhecer e envelhecer é viver (HILLMAN, 2005).

Envelhecer é um processo sequencial, individual, irreversível, não patológico, de desgaste de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente.

Idosos, do ponto de vista cronológico e legal, que os classificam no contexto brasileiro, são pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Uma pessoa é considerada idosa ao completar 65 anos de idade em um país desenvolvido e, nos países em desenvolvimento, aos 60 anos (BRASIL, 2003).

Elisabeth Frohlich Mercadante (2005) questiona, se tomar “a velhice” como um dado biológico, gerador de declínio tanto físico quanto cognitivo, não tornaria restrito o entendimento do que seja envelhecer, além de excluir uma multiplicidade de modos de existir, a partir de uma realidade visível e cronológica.

Paralelamente às modificações observadas na pirâmide populacional, com o aumento a população idosa no Brasil, doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. Um dos resultados dessa dinâmica é a demanda crescente por serviços de saúde.

Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e requerem acompanhamento constante, medicação contínua, exames periódicos e cuidados permanentes (FERNANDEZ; JULIEN, 2010). Assim, surge neste contexto, a necessidade do cuidador familiar para amparar o idoso no domicílio, com o objetivo de atender às necessidades de autocuidado da pessoa idosa dependente e promover estabilização e qualidade de vida para a mesma.

2.1.1 Envelhecimento e Longevidade Populacional no Brasil

Uma das mudanças demográficas mais marcantes e importantes da atualidade é o envelhecimento humano, o qual tem alcançado também boa representatividade em países que se encontram em desenvolvimento. O processo do envelhecer é uma trilha natural e irreversível, e é percebido por quem vivencia essa fase a partir de diferentes prismas, derivando das experiências, objetivos e perspectivas que integram a vida do ser. No contexto brasileiro, pode-se perceber que a população vem envelhecendo acentuadamente a partir da década de 60 e o principal motivo para esse fato é pelo exacerbado declínio da taxa de fecundidade (VERAS, 2007).

No Brasil, dados do censo demográfico apontam que o número de habitantes está em torno de 190.755.799 e o contingente de pessoas com mais de 60 anos chega a 21 milhões, ou seja, aproximadamente 11% da população. No Estado da Bahia, a população total no ano de 2010 era de aproximadamente 14 milhões de pessoas, sendo que 10,3% encontrava-se na faixa etária de 60 anos ou mais (IBGE, 2010).

Estimativas apontam que o Brasil terá a sexta maior população idosa em números absolutos do mundo, chegando a aproximadamente 15% da população total em 2025 e a 19% em 2050, o que remete à necessidade de políticas públicas de saúde que enfoquem a manutenção de satisfatória qualidade de vida aos que envelhecem (CARVALHO; WONG, 2008).

Este cenário se faz presente como uma resposta à mudança de alguns indicadores, como a queda da fecundidade, de natalidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida ocorrido ao longo da história (VILELA; CARVALHO; ARAÚJO, 2006), sendo acompanhado por mudanças dramáticas nas estruturas e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e na migração (CAMARANO; EL GHAOURI, 2002).

O envelhecimento populacional, associado às modificações econômicas e sociais que acompanham a industrialização e a modernização das sociedades, tem afetado a constituição

das famílias, independente do contexto cultural. A estrutura familiar está em constante transformação e modificou-se, principalmente, em relação à composição, ao tamanho, aos papéis sociais tradicionais e a algumas funções familiares (ROSA, 2004; ANGELO, 2005; SERAPIONI, 2005).

Os avanços científicos e tecnológicos, como o incremento de exames diagnósticos e a descoberta de medicamentos mais eficazes, tiveram forte influência nesse prolongamento da vida. Entretanto, o estilo de vida, o ambiente e a herança genética também têm participação decisiva no envelhecimento humano. Vive-se hoje um fenômeno em escala mundial, o qual, por um lado, representa um triunfo da ciência, e por outro, uma preocupação e um desafio social, pois o aumento da expectativa de vida resultou na longevidade do ser humano, que vem acompanhada de implicações.

No Brasil, para fins de levantamentos demográficos, considera-se como idoso aquele indivíduo com idade a partir de 60 anos, corte definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e posteriormente pelo *Estatuto do idoso*, (BRASIL, 2003; SOUZA JÚNIOR; KULLOK; TELLES, 2006).

O Brasil vem experimentando ao mesmo tempo uma transição demográfica e epidemiológica, caracterizada pela redução da mortalidade precoce, associada com a significativa queda nas taxas de natalidade e de fecundidade, além do aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e por causas externas. Esses fatores vêm produzindo um acentuado envelhecimento populacional com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Além da diminuição nas taxas de mortalidade e fecundidade, outro fator que determina o envelhecimento populacional é a longevidade, que representa o número de anos, em média, que um indivíduo, ou sua respectiva geração, viverá (NERI, 2005).

A expectativa de vida no Brasil tem aumentado rapidamente nas últimas décadas, passando de 70,46 em 2000 para 73,48 em 2010 (IBGE, 2010). Acredita-se que o Brasil continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando, em 2050, o patamar de 81,29 anos (IBGE, 2008).

O aumento da longevidade na população mundial, embora seja aplicável a ambos os sexos, não acontece de forma idêntica, pois é mais significativo para as mulheres do que para os homens, corroborando com o panorama da “feminização” do envelhecimento, que tem sido atribuído à menor exposição das mulheres a determinados fatores de risco relacionados ao ambiente de trabalho, morte por causas externas, menor prevalência de tabagismo e uso de

álcool, diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades e pela maior cobertura da assistência gineco-obstétrica (SILVA et al.; 2006; TORRES et al.; 2009).

Neste contexto, das várias implicações resultantes do aumento do número de pessoas idosas, destaca-se a necessidade de maior alocação de recursos do setor saúde para o tratamento das doenças crônicas, pois, conforme aponta Veras (2009) o envelhecimento se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades, dependências funcionais, aumento do uso dos serviços de saúde, internações hospitalares mais frequentes e maior tempo de ocupação do leito quando comparado a outras faixas etárias.

Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e requerem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (LIMA-COSTA; VERAS, 2003). Assim, o envelhecimento vem atrelado a doenças crônicas e a possíveis incapacidades de realizar atividades de vida diárias, determinando assim, a dependência funcional, a qual exige cuidados permanentes que, na maioria das vezes, são realizados por familiares.

As famílias, devem adequar-se as demandas advindas do envelhecimento, pois é cada vez mais frequente a presença de um membro familiar idoso. Assim, ressalta-se que um importante fenômeno a ser considerado face ao processo de envelhecimento no Brasil é a mudança na composição dos arranjos familiares, com destaque para a família intergeracional, subsidiada pela coresidência, na qual o familiar cuidador do idoso esteja inserido.

2.1.2 O envelhecer e o processo de dependência funcional

O envelhecimento é um processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos, assim como psicológico e social do desenvolvimento humano. Trata-se de um fenômeno mundial que acontece de forma gradual e irreversível, em que ocorre deterioração das capacidades funcionais do organismo, tornando assim, vários idosos dependentes de cuidados (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

Quando o idoso se torna dependente, é perceptível alterações inevitáveis que envolvem afeto, finanças e relações de poder, o que ocasiona um processo de reorganização na família. O fato de ocorrer a perda da independência, ou até mesmo autonomia de uma pessoa idosa, pressupõe que, no domicílio, alguém assuma as responsabilidades de cuidador, o que não é tarefa fácil, havendo, geralmente, dificuldade de mobilidade por parte dos envolvidos, de quem assumirá o cuidado para com o idoso dependente (JEDE; SPULDARO, 2009).

Atualmente, a tendência é o surgimento crescente de pessoas idosas que, apesar de viverem por mais tempo, apresentam associação de várias patologias crônicas. Sabe-se que, o processo de envelhecer, frequentemente, traz consigo doenças e incapacidades e, tais doenças estão diretamente associadas à dependência funcional (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

A capacidade de o indivíduo realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para a manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, ou seja: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, manter a continência, preparar refeições, controle financeiro, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar telefone e caminhar certa distância são definidos como capacidade funcional.

Quando ocorre comprometimento da capacidade funcional a ponto de impedir o cuidado de si, a carga deste cuidado fica com a família e com o sistema de saúde, sendo esta carga muito grande, conduzindo o idoso à perda da independência e autonomia, comprometimento da qualidade de vida e, conseqüentemente, levando-o a incapacidade funcional.

E consensual que o processo de envelhecimento se reveste de uma condição universal e que se processa de forma dinâmica, intrínseca e progressiva. Determinado por diversos fatores, como hereditários, ambientais, saúde e alimentação, esse processo implica várias transformações no indivíduo, sejam elas morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas ou sociais (ATCHLEY; BARUSCH, 2004; BORGONOV, 1996; NOVOA et al., 2001).

O processo de envelhecimento pode ser acompanhado pelo declínio das capacidades tanto físicas, como cognitivas dos idosos, de acordo com as suas características de vida. Embora a grande maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crônica, nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam vida perfeitamente normal, com as suas enfermidades controladas e expressa satisfação na vida (REIS et al., 2008).

Portanto, a dependência funcional se caracteriza quando a pessoa idosa apresenta a impossibilidade ou dificuldade de realizar uma ou mais atividades básicas da vida diária, tais como: banhar-se, vestir-se, alimentar-se e higiene pessoal, o que, na prática impossibilita que este indivíduo resida ou permaneça em sua residência sozinho. É imprescindível que, na prestação de cuidados aos idosos, a família esteja devidamente orientada sobre a importância do estímulo do idoso para atividades de vida diária, uma vez que frequentemente a imobilidade na terceira idade é incentivada pela família que considera a velhice como tempo de descanso (MOREIRA; GUERRA, 2008).

A dependência consiste na existência de uma necessidade de ajuda ou assistência importante para a realização de atividades da vida diária (FIGUEIREDO, 2007). É, portanto,

o resultado de um processo que se inicia com o surgimento de um déficit no funcionamento corporal e/ou psicológico, em consequência de uma doença ou acidente, e que comporta uma limitação na atividade normal. Quando esta limitação não pode ser compensada mediante a adaptação do meio, origina uma restrição da funcionalidade que se concretiza na dependência em relação a outras pessoas para realização das atividades da vida diária.

À medida que as pessoas envelhecem, diversas são as Atividades Básicas de Vida Diária - ABVD que, de maneira imperceptível e progressiva, podem tornar-se difíceis de serem executadas, até o momento em que o indivíduo se encontra dependente de outra pessoa. A pessoa, muitas vezes, além de suas obrigações profissionais, pessoais, conjugais e familiares, se depara com essa nova função, que pode sobrecarregá-lo tanto fisicamente quanto psicologicamente, gerando assim, alterações na sua vida cotidiana (REZENDE, 2008).

A incapacidade, por seu turno, corresponde à existência de alguma limitação à funcionalidade. Esta é entendida como a capacidade de o indivíduo cuidar de si próprio, desempenhando tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que vive. Assim, Figueiredo (2007) e Botelho (2005) referem que a funcionalidade tem sido definida como a capacidade de um indivíduo se adaptar aos problemas e exigências do cotidiano e é avaliada com base na autonomia na execução das atividades da vida diária, que se subdividem em três grandes grupos: I- Atividades básicas da vida diária (*Activities Daily Living - ADL*) relacionadas com o autocuidado, que englobam habitualmente tarefas como vestir-se, realizar a higiene pessoal, alimentar-se, usar os sanitários e mobilidade; II- Atividades instrumentais da vida diária (*Instrumental Activities Daily Living - IADL*) relacionadas com o fazer compras, usar o telefone, utilizar meios de transporte, tomar medicamentos, gerir rendimentos e algumas atividades domésticas; III- Atividades avançadas da vida diária (*Advanced Activities of Daily Living - AADL*) como por exemplo o trabalho, atividades sociais e de lazer e exercício físico.

À medida que se envelhece, a impossibilidade de realizar de forma independente algumas atividades do quotidiano acontece devido a dois motivos que não se excluem: a dependência pode ser originada por uma ou, geralmente, várias doenças crônicas; pode ser o reflexo de uma perda geral das funções fisiológicas atribuível ao processo global de senescência (MANTON et al., 1997).

No primeiro caso, por exemplo, situam-se todos aqueles indivíduos cuja incapacidade funcional deriva de processos crônicos fortemente associados à idade: doenças cardiovasculares, tumores malignos, doenças do foro mental (demências), doenças do aparelho músculo-esquelético (artrite, osteoporose) e respiratório. A segunda razão relaciona-

se com a perda de vitalidade que experimentam a maioria dos organismos com a idade (MANTON et al., 1997).

Ao se referir à funcionalidade, esta se relaciona às funções e estruturas do corpo, atividades e participação do indivíduo; indica aspectos positivos da interação entre o indivíduo e os fatores ambientais e pessoais. A incapacidade refere-se às deficiências, limitações da atividade e restrições na participação, o que indica aspectos negativos do indivíduo. Já as limitações são dificuldades que a pessoa pode ter na execução das atividades (OMS, 2004).

A funcionalidade está interligada a fragilidade do indivíduo, vez que a última, constitui-se em uma síndrome multidimensional que envolve interação complexa de fatores biopsicossociais do indivíduo e propicia estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos como o declínio funcional. Estima-se que de 10% a 25% das pessoas acima dos 65 anos e 46% acima dos 85 anos que vivem na comunidade sejam frágeis, o que pode tornar o indivíduo dependente. A dependência envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais, e faz com que a pessoa não seja capaz de realizar as atividades diárias sem a ajuda de outra pessoa (BRASIL, 2007).

Quando se refere à fase da vida após os 60 anos de idade, é visto que ocorrem mudanças fisiológicas nesses indivíduos, as quais podem interferir diretamente na capacidade funcional e em suas Atividades básicas de Vida Diária, sobretudo se houver simultaneamente acometimento de doença crônica. Quanto mais se vive em anos, maior a probabilidade de o indivíduo necessitar de ajuda para realizar suas atividades, que evolui para exigência de cuidados constantes (AGUIAR et al., 2011).

Com o envelhecimento do organismo é possível perceber que ocorre redução da capacidade funcional do ser humano. As doenças crônicas tendem a acelerar este processo. À medida que os índices de esperança de vida se elevam, há tendência de aumento da incapacidade funcional da população idosa (IBGE, 2010).

A dependência se traduz por uma ajuda indispensável para a realização das atividades fundamentais de vida. Não se trata apenas da incapacidade que cria a dependência, mas sim a soma da incapacidade com a necessidade. Por outro lado, a dependência não é uma condição permanente.

2.2 UM ENFOQUE SOBRE FAMÍLIA, CUIDADO E O IDOSO COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

A família é a unidade social centrada em todas as sociedades, sendo mesmo a mais antiga instituição fundamental para a vida de cada sociedade. De acordo com Saraceno e Naldini (2003), é uma realidade humana onde tem lugar “[...] o nascer e o morrer, o crescer e o envelhecer, a sexualidade e a procriação” (p.18).

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).

2.2.1 Família e suas concepções múltiplas

Para falarmos de família, temos que estar sempre relacionando o significado da palavra ao termo mudança. Todos nós sabemos que a sociedade é dinâmica, ou seja, está em constante transformação e é a família que compõe os núcleos mais próximos dos indivíduos que formam a sociedade, portanto, a instituição chamada família também está em constante transformação.

Em todas as sociedades humanas, é necessário algum tipo de organização de convivência comum, que alguns consideram de subsistema ou unidade social que é representada pela família. Definir família é uma tarefa complexa, pois não é uma expressão passível de conceituação, mas de descrições de várias configurações assumidas pela família ao longo de contextos históricos específicos. Assim, a família não deve ser vista como algo

estático, definitivo e fechado, ou seja, a família está sempre em movimento, em um constante processo de transformação (CABRAL, 2009).

Alonso (2003) define família com base na proximidade das relações sociais e considera as pessoas que moram na mesma casa como uma “*Primeira família*”, que têm uma convivência diária próxima com relação de ajuda. Afirma que essa categoria inclui marido, mulher e filhos que residem com o casal, pai e mãe do casal e filhos casados que moram em outra casa, no mesmo terreno e que compartilha os problemas pessoais. O mesmo autor considera como “*Grande família*” aquela que é constituída dos irmãos paternos e maternos, incluindo cunhados, primos, tios e sogros. A convivência entre eles é compartilhada em eventos sociais. Nesta não se compartilha os problemas pessoais e os projetos mais particulares.

Por outro lado Martins (2006, p.45), salienta que “[...] toda a família tem uma história de vida, desde a gestação e nascimento até ao declínio e morte. Em todo este percurso a capacidade de adaptação às mudanças, assim como o enfrentar e ultrapassar as crises, são uma constante nas vivências familiares [...]”.

Jenkins (2004), define família como “unidade familiar, que representa um grupo de indivíduos que vive junto ou em íntimo contacto, que fornece cuidados, apoio, sustento e orientação aos membros que deles dependem e uns aos outros” (p.49). A unidade familiar para a autora pode ser vista como suporte para o crescimento e mudanças que ocorrem na vida dos seus membros, desde que nascem até que morrem.

Outro conceito bastante útil para nossa discussão sobre a família é o que Giddens aborda e sobre o significado de família ampliada e família nuclear:

Família nuclear, dois adultos vivendo juntos num núcleo doméstico com suas crianças ou crianças adotadas [...] Quando parentes próximos além do casal e seus filhos vivem juntos no mesmo ambiente familiar ou em um relacionamento próximo e contínuo uns com os outros, falamos em **família ampliada** (GIDDENS, 2005, p.152).

Essa família nuclear era a que predominava na nossa sociedade, no século XX, ou seja, a família era constituída por pais e filhos morando no mesmo lugar, também caracterizada como sociedade patriarcal. Quem não tivesse uma família com essa organização era frequentemente julgado, criticado e inferiorizado pela sociedade.

Já a família ampliada ganhou visibilidade e espaço na nossa sociedade; ela é representada, como Giddens a define, por membros da família, com graus mais e menos distantes vivendo em um mesmo núcleo familiar.

As famílias atuais passam a ter mais avós e netos. Os arranjos familiares são menos tradicionais, cresce o número de uniões consensuais e, com o aumento dos divórcios, há também um crescimento significativo das famílias reconstituídas, nas quais os filhos podem ser apenas de um dos cônjuges. Outro efeito conhecido das separações e dos divórcios é o aumento do número de crianças que crescem em famílias monoparentais. Em relação à economia doméstica, muitos casais têm optado por se estabelecer no mercado de trabalho antes de decidir ter filhos. Conseqüentemente, a postergação da fecundidade feminina gera mudanças nos padrões da organização da família (IBGE, 2010).

A família pode ser então compreendida como um grupo de pessoas com vínculos afetivos, de consanguinidade ou de convivência, compondo o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos, responsável por transmitir valores e costumes que constituirão as personalidades e a bagagem emocional das pessoas. Contudo, é preciso compreender a família como uma estrutura que se modifica de acordo com os contextos sociais, culturais e históricos (BRASIL, 2001).

Althoff (2002), em seu estudo sobre a família comenta que na era pós-moderna, vários fatores têm interferido na organização familiar, como o trabalho feminino, o número reduzido de filhos, o aparecimento de mães de aluguel, as modernas técnicas de reprodução, além do grande número de separações, divórcios e famílias reconstituídas. Estes fatores vêm trazendo para a sociedade vários tipos de família, inclusive os arranjos familiares. Isso ocorre, também, pelas diversas maneiras de estabelecimento de relações entre os seres humanos.

A ideia mais tradicional de família é aquela constituída por um homem e uma mulher, unidos por laços matrimoniais e pelos filhos nascidos dessa união. A família, como grupo social, é uma unidade complexa e essencial para o processo de viver de todo ser humano. Ela não é apenas uma ideia abstrata, mas uma ideia que se concretiza através da convivência (ALTHOFF, 2002).

Para a maioria das pessoas a família representa um esteio de relevante significância, tanto no que tange à estruturação de seus laços afetivos quanto nos referenciais de significância, apoio, cuidado e respeito. Esse olhar sobre a família conduz à compreensão de que a família é uma unidade de interação entre os subsistemas que a compõem em sua totalidade e suas redes de relações mais amplas, ou seja, o universo de suas inter-relações intra e extra-familiar.

É a família em si o conjunto e a interseção de relação entre suas partes e o todo. No entanto, este é um tema oriundo de muitas definições, muitas das quais ao longo da história de estudos com família foram desviando-se do que se acredita ser a *família*, uma vez que num

sentido genérico ela muda e se adapta às circunstâncias históricas e às diferentes exigências dos estádios de desenvolvimento. Segundo Minuchin (1982, p.57), “uma família é um sistema que opera através de padrões transacionais”.

Consideramos ainda importante acrescentar a argumentação de Maturana (1995), “uma família é uma classe especial de sistema, com estrutura, pautas e propriedades que organizam a estabilidade na mudança. Também é uma pequena sociedade humana cujos membros em contato cara a cara têm vínculos emocionais e uma história compartilhada”. Desse modo, a explicação que me permite transitar sobre esse tema está na compreensão de perceber o indivíduo como unidade do sistema familiar, uma parte separada, mas também uma parte do conjunto. Assim, no reconhecimento das partes está implicada a pressuposição do todo, ou seja, a família enquanto unidade.

Mioto (1998) também faz referência ao conceito de família, destacando as definições que a posicionam como um grupo natural ou simples objeto compartilhado, mas enquanto *grupo social*, historicamente construído. A autora lança pressupostos para a compreensão da família com vistas a ajudá-la num determinado momento histórico de sua vida.

Tais pressupostos encontram-se alicerçados na utilização de teorias que possam subsidiar a ação e permitam ultrapassar limites do bom senso e da intuição. Laing (1972), reforça que a família não é um objeto social compartilhado, mas sim um todo organizado nos elementos que a constituem, como um conjunto de relações padrões de relacionamento, no qual os indivíduos se desenvolvem e se apropriam da estrutura do grupo familiar.

Logo, consideramos fundamental compreender o significado de sistema, por sua “grande utilidade quando aplicado a família” (WRIGHT; LEAHEY, 2002, p. 38). Nesse sentido, referem-se à família definindo-a como um “complexo de elementos em mútua interação”, o que possibilita enxergar cada família como uma unidade de interação entre seus membros.

Em pesquisa realizada por Creutzberg e Santos (2000), os participantes do estudo percebem a família como o centro da vida e, segundo as autoras, sempre vinculada à função de proteção e cuidado. Segundo elas, é necessário rever os nossos valores conceituais quanto a sua estrutura e organização passados historicamente através dos modelos instituídos nas diversas áreas do conhecimento; enfatizam que devemos enxergar as famílias como elas são.

A família pode ser então, descrita como o ambiente fundamental para a garantia da sobrevivência, do desenvolvimento e da proteção integral dos seus membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como vem se estruturando (RESTA; MOTTA, 2005).

A família é sem dúvida uma estrutura de valor, agente socializador e uma unidade da complexidade e multidimensionalidade. Assim, tomo como base a preocupação dos autores citados até o presente momento, por compreender que estudar a família em sua multidimensionalidade não é uma das tarefas mais simples, muito pelo contrário, mas esses estudos alertam para a importância de se pesquisar família como *unidade*. E nesse aspecto, estudos como os de Wright e Leahey (2002) destacam a importância e a necessidade de estudar a família como um sistema, explorando seus elos com outros componentes que constituem o sistema familiar e a abordagem profissional de intervenção na família.

Esse conceito se aproxima mais da realidade da nossa sociedade porque ele ultrapassa os vínculos consanguíneos e de casamento, incluindo também aquela família que é formada por pessoas que estão juntas pela convivência.

Osório (2002) coloca-se perante a evolução e a compreensão da família, dizendo que devemos considerar que “o universo familiar é uma realidade vivencial compartilhada por todos em relações de reciprocidade e mutualidade” e que a “instituição familiar tende a evoluir para níveis mais satisfatórios de interação entre seus membros e uma maior aproximação de sua destinação à medida que gradativamente abrimos mão do primado da posse e do domínio de uns sobre os outros no contexto familiar”.

O viver-conviverem família é um processo de constantes rupturas, perdas e ganhos, apegos e desapegos, construção e reconstrução da trajetória de uma existência compartilhada. Segundo Andolfi (1998) a família é um sistema ativo em constante transformação, ou seja, um organismo complexo que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento de seus membros.

Podemos citar também, a possibilidade de uma convivência familiar *intergeracional* mais prolongada, a qual a longevidade faz emergir questões específicas que até aqui eram inexistentes ou passaram despercebidas.

A longevidade aproxima as gerações contribuindo para o estabelecimento de relações intergeracionais no seio das famílias. Estas relações podem ser entendidas como vínculos que se estabelecem entre duas ou mais pessoas com idades distintas e em diferentes estágios de desenvolvimento, possibilitando o cruzamento de experiências e contribuindo para a unidade dentro da multiplicidade e normalmente se configuram como intrínsecas redes relacionais, nas quais são estabelecidos vínculos afetivos e de apego ou onde as relações se mostram conflituosas (HERÉDIA; CASARA; CORTELLETTI, 2007).

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) entendem que as famílias que vivem, na atualidade o fim da vida, podem, em boa medida, serem consideradas novas formas de

família, não porque se afastem do ciclo de vida tradicional, mas porque vive uma longevidade sem precedentes, até há pouco tempo rara, e têm como característica mais particular o entrecruzar das gerações: os ascendentes, os descendentes, os colaterais e os amigos.

Diante do exposto, muitos idosos e familiares passam por um processo de adaptação necessário à compreensão e aceitação das diferenças. A partir de então, poderá ocorrer uma convivência intradomiciliar mais compreensiva e pacífica, visto que a convivência não implica em anulação das diferenças, mas na capacidade de acolhê-las e viver bem com elas (BOFF, 2006).

As características e dinâmicas das famílias atuais são fatores importantes que afetam uns mais que outros a capacidade dos seus membros para ser cuidadores. Em relação à família e às mudanças de caráter estrutural, não só está em causa a prestação de cuidados aos idosos dependentes como a continuidade desses cuidados.

Em famílias com menor renda há uma tendência à formação de arranjos com a coabitação entre várias gerações, proporcionando uma ajuda mútua, como exemplo, verifica-se o uso do provento dos mais velhos no sustento das gerações mais jovens desempregadas, e estas, por sua vez, encarregam-se dos cuidados no espaço doméstico (TEIXEIRA; RODRIGUES, 2009).

A literatura aponta que a coresidência com membros familiares, muitas vezes, traz benefícios à dinâmica domiciliar, assim, alguns autores afirmam que as relações familiares e a intergeracionalidade são sinônimos de velhice bem-sucedida para o idoso. Por outro lado, há indícios de que morar com outros familiares não é garantia de relações afetivas mais intensas (ARANTES et al., 2010).

Entretanto, as relações familiares em uma sociedade na qual a expectativa de vida está aumentando geram situações inovadoras, sem que haja maior preparação de seus membros para lidarem com esse novo momento; com o envelhecimento dos pais surgem outras modificações, os quais devido a longevidade exigem maiores cuidados.

A família como um sistema enfrenta desafios importantes diante das demandas advindas com a velhice (normal ou patológica) especialmente quando há alterações ocasionadas por doenças associadas ao envelhecimento como, por exemplo, a demência (FALCÃO, 2006, p. 58).

Às vezes estes idosos têm que sair de suas casas e são levados para o seio de outros familiares, entre outros motivos, por apresentarem algum comprometimento na sua autonomia e independência. O cuidado com a geração idosa é atribuído, ao longo da história, aos

descendentes, ou seja, a família tem como responsabilidade satisfazer inúmeras necessidades, sejam elas físicas, psíquicas e sociais (ALCÂNTARA, 2009).

Como forma de reafirmar essa norma social dos familiares cuidarem dos seus idosos na velhice, as leis brasileiras de proteção à pessoa idosa reafirmam tais responsabilidades, como a Política Nacional do Idoso (artigo 3º I) e o Estatuto do Idoso (artigo 3º), baseados na Constituição Brasileira (artigo 230), reafirmam que é obrigação da família cuidar da pessoa idosa. Mas as leis deixam claro também que essa obrigação é exercida juntamente com a comunidade a sociedade e o poder público (BRASIL, 2008).

Apesar de legalmente esses cuidados com os idosos serem de responsabilidade de todos, o que encontramos na realidade é a mínima participação do poder público e a família representando a sociedade como a principal protagonista nessa busca para se ofertar uma melhor qualidade de vida aos nossos idosos, na figura do familiar cuidador.

2.2.2 A família e seus familiares cuidadores: uma perspectiva sistêmica

A família é cada vez mais um recurso importante nos cuidados aos seus familiares, sobretudo idosos. É hoje um dado adquirido que cuidar faz parte da história, experiência e valores da família, até ao ponto de a função assistencial ser considerada como uma tarefa diretamente familiar. Contudo, afirmar que é a família quem assume a responsabilidade pelos cuidados aos idosos é um eufemismo, já que, na realidade, existe um cuidador principal que dá resposta às necessidades derivadas dos problemas.

Segundo Aneshensel et al. (1995), a história da prestação de cuidados começa quando um familiar é acometido de uma situação crônica, cujo início pode ou não ser insidioso e virtualmente imperceptível, e que determina que os padrões de vida familiar comecem a ficar irreversivelmente alterados.

Autores como Wright e Bell (2004), Ward-Griffin e McKeever (2000), Richards e Lilly (2001) e Roth (1996) referem que na atualidade, as famílias são reconhecidas como o maior contexto para a promoção e manutenção da independência e da saúde dos seus membros e como a principal entidade prestadora de cuidados em situações de dependência dos seus familiares.

Pode dizer-se, que a crise dos sistemas de saúde e de proteção social no decurso das últimas duas décadas, resultante em boa parte do envelhecimento das populações, deu às famílias a responsabilidade dos cuidados a prestar aos familiares, e fez com que o Estado

descobrisse o papel central ocupado pela família nos cuidados aos seus familiares em situação de doença e dependência.

Neste contexto, as relações familiares ocupam um lugar de destaque na vida dos idosos, a família constitui-se no lugar da partilha generosa e cotidiana de cuidados e recursos, em benefício próprio e dos seus descendentes (CABRAL, 2009).

Sendo assim, destaca-se a família como indispensável para assegurar a sobrevivência, desenvolvimento e proteção de seus membros na medida em que proporciona o suporte afetivo e material necessários ao desenvolvimento dos seus componentes, além de se colocar como ambiente onde são assimilados os valores éticos, humanitários e culturais, servindo de lugar para a formação de profundos laços de solidariedade e onde se registra a marca das relações entre as várias gerações, vivenciando experiências mútuas (LIBERATO; SANTOS; COSTA, 2008).

E ainda, ressalta-se que com a insuficiência dos investimentos no sistema de saúde brasileiro, bem como a fragilidade das redes de apoio formal, a família vem progressivamente se tornando a única fonte de recursos disponível para o cuidado do idoso, ficando claro que a tarefa de amparar os idosos está quase que exclusivamente sob sua responsabilidade, o que pode implicar em mudanças ou (re)estruturação da dinâmica familiar de forma a assegurar as demandas de cuidado ao idoso (NERI, 2005).

Consideramos necessário o reconhecimento das alterações na composição das famílias advindas do processo de envelhecimento populacional no Brasil, bem como a compreensão do fenômeno das relações familiares intergeracionais para os idosos, já que a família é vista como a principal fonte de apoio informal para esta população, constituído - se num espaço primordial para o *envelhecer saudável* de seu membro idoso. E ainda, é na família que o idoso realiza suas necessidades afetivas e significantes, espera-se a segurança e o apoio necessário para que continue vivendo sua velhice autonomamente, de modo que seja bem-sucedida. Esse cuidado com os idosos é atribuído, ao longo da história, aos descendentes, ou seja, a família tem como responsabilidade satisfazer inúmeras necessidades, sejam elas físicas, psíquicas e sociais (ALCÂNTARA, 2009).

Na contemporaneidade, as modificações na dinâmica do trabalho restringem a permanência dos ascendentes no âmbito da família e altera as composições dos núcleos familiares e suas possibilidades pessoais, de destinar cuidados aos idosos. Mesmo estando amparado pela Constituição de 1988, que estabelece, nos *artigos 229 e 230*: Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores tem o dever de ajudar e *amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade*. A família, a sociedade tem o dever de

amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 1988).

Quando acompanhado por condição crônico-degenerativa que leva às limitações físicas, cognitivas e sociais, o envelhecimento impõe às pessoas e às suas famílias questões nunca dantes experimentadas na dinâmica das relações. Entra em cena uma perspectiva de dependência crescente e ocorre reversão de papéis, uma vez que passa a caber às gerações mais novas responder pelos idosos que, no passado, lhes proporcionaram proteção, segurança e cuidado.

Aquele que cuidava, agora precisa ser cuidado na percepção da família, entendendo que cabe a ela o papel de cuidadora, protetora, tutora. Essa atribuição foi culturalmente propagada por várias gerações, como um ciclo indiscutível: os pais cuidam dos filhos e, um dia, serão por eles cuidados (MONTEZUMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008).

A carência das instituições sociais no amparo às pessoas que precisam de cuidados faz com que a responsabilidade máxima recaia sobre a família e, mesmo assim, é geralmente sobre um elemento da família. Nesse contexto, a doença ou a limitação física em uma pessoa provoca mudanças na vida dos outros membros da família, que têm que fazer alterações nas funções ou no papel de cada um dentro da família, tais como: a filha que passa a cuidar da mãe; a esposa que além de todas as tarefas agora cuida do marido acamado; o marido que tem que assumir as tarefas domésticas e o cuidado com os filhos, porque a esposa se encontra incapacitada; o irmão que precisa cuidar de outro irmão. Todas essas mudanças podem gerar insegurança e desentendimentos, por isso é importante que a família e o cuidador familiar conversem e planejem as ações do cuidado domiciliar.

O que notamos é que a família, independente de sua configuração, tem assumido a maior parte das responsabilidades demandadas de seus familiares idosos, mesmo com todas as mudanças ocorrida em seu interior e já mencionadas anteriormente.

[...] apesar da dinâmica e a estrutura familiar não mais possuírem condições de bancar a proteção de seus membros necessitados, a família vem sendo considerada uma inestimável fonte cuidadora de idosos, crianças e enfermos e, paradoxalmente, a base de cálculo das prestações sociais em detrimento do indivíduo e o seu carecimento particular (PEREIRA, 2007, p.109).

O processo para se definir um cuidador que sugira de um dos membros da família pode ser imediato ou gradual, mas apesar de ter essas diferenças, o processo para se tornar esse cuidador de que falamos, parece obedecer algumas regras, geralmente o que corre é que um membro da família é escolhido para se tornar o cuidador daquele membro idoso, essa

escolha, por mais que não exista um padrão definido de como o familiar passa a ser cuidador mais existe uma frequência maior de casos em que são feitos acordos com os demais integrantes da família ou pode acontecer de maneira sutil com o decorrer do tempo e da convivência entre o idoso e esse membro. Este cuidador é denominado cuidador informal ou cuidador principal.

O cuidador familiar é o principal agente do sistema de apoio informal. Sem formação específica, é o principal responsável pelo desenvolvimento das ações de cuidado ao idoso. O cuidador informal voluntário é um leigo que presta cuidado ao idoso dependente, submetido a diversos graus de supervisão da família, que o aceita por depositar confiança no cuidado prestado. Já o cuidador formal é o profissional contratado que tem educação formal, com certificado de instituição de ensino reconhecida por organismos oficiais, que presta assistência profissional ao idoso e/ou à família e a comunidade e que é remunerado por isso (SARACENO; NALDINI, 2003).

Geralmente a função de cuidador é assumida por única pessoa, denominada cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade. Este assume tarefas de cuidado, atendendo às necessidades do idoso e responsabilizando-se por elas. Outro fator determinante para o membro familiar se tornar cuidador é a obrigação e/ou dever que ele mesmo tem para com o idoso. Isto pode ser entendido como um sentimento natural e subjetivo ligado a um compromisso constituído ao longo da convivência familiar.

O fato de tornar-se cuidador pode ser mais imediato ou gradual. As decisões para assumir os cuidados são mais ou menos conscientes e, de fato, as pesquisas revelam é que, embora a designação do cuidador seja informal, e decorrente de uma dinâmica específica, o processo parece obedecer a certas regras refletidas em quatro fatores, relacionados com o parentesco, com frequência maior para os cônjuges, antecedendo sempre a presença de algum filho; o gênero, com predominância para a mulher; a proximidade física, considerando quem vive com a pessoa que requer os cuidados, e a proximidade afetiva, destacando a relação conjugal e o vínculo entre pais e filhos.

Neste contexto, para desenvolver seu processo de viver, a família organiza seu próprio sistema de cuidados, no qual estão refletidos seus saberes sobre a saúde e a doença, todos incorporados de valores e crenças que se fortalecem no cotidiano. Fornecer ajuda, proteção e cuidado é um aspecto central das relações familiares, ao longo de todo o curso de vida de seus membros. Costumes, valores, educação e situação econômica interagem com a idade e o gênero das pessoas que cuidam e das que são cuidadas e, além disso, respondem pela

desejabilidade e aceitabilidade do papel e dos desempenhos associados ao cuidar, ajudar e proteger.

Assim, o cuidar/cuidado familiar pode ser definido a partir de comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. Como cuidado, entende-se o fenômeno resultante do processo de cuidar (WALDOW, 2001).

O cuidado familiar envolve responsabilidade, compromisso, comprometimento e envolvimento com seu próprio ser, com o outro e com o universo. Em outras palavras quem cuida envolve, interage, se responsabiliza pelo crescimento e bem-estar do outro, uma planta, um animal ou a natureza como um todo.

Seguindo os fundamentos filosóficos do cuidar, Waldow afirma que:

ser é cuidar, e as várias maneiras de estar no mundo compreendem diferentes maneiras de cuidar. Para se tornar um ser de cuidado, um cuidador, o ser precisa, primeiro, ter experienciado o cuidado, ou seja, ter sido cuidado. A capacidade de cuidar está, portanto, relacionada ao quanto e como o ser foi cuidado. Através do cuidado, percebe-se a existência de outros além do que se é; o outro dá o sentido do eu (WALDOW, 2004, p.19).

Tais cuidados podem implicar em muitas e variadas atividades, dependendo de cada família e de quem é cuidado. De um modo geral, destacam-se como tarefas habituais de um cuidador familiar: ajudar nas atividades domésticas; assistir a pessoa idosa em sua locomoção dentro e fora de casa; ajudar na higiene e cuidados pessoais; ajudar na administração de dinheiro e bens; administrar medicamentos; proporcionar conforto e tranquilizar a pessoa idosa em situação de crise; ajudar na comunicação com os outros, quando existem dificuldades para o idoso expressar-se; fazer pelo familiar pequenas atividades da vida diária, como levar-lhe um copo com água ou acomodá-lo em frente à televisão, dentre outras (BORN, 2008).

Garantir a integralidade do cuidar ao idoso é a finalidade da Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 2006), que estabelece como diretrizes: construir na sociedade a ideia de solidariedade para com este grupo etário; propiciar um envelhecimento ativo, preservando a autonomia do sujeito; fomentar uma rede estruturada de apoio social; garantir a atenção multiprofissional e interdisciplinar nos serviços de saúde e, estruturá-los sob a ótica do atendimento integral, humanizado e de qualidade para essa população. No entanto, esta

política está apenas no papel, esperamos destarte que se converta em realidade para atender aos idosos e suas famílias.

Entretanto, as mudanças ocorridas na vida dos cuidadores afetam seus sentimentos, seu dia a dia e suas atividades. Os familiares cuidadores tendem a distanciar-se da vida sócio familiar à medida que a doença do ser cuidado progride. Deste modo, geralmente há uma sobrecarga emocional e de atividades gerando uma transformação na vida daquele que se compromete a assumir esse papel de cuidador.

Com a finalidade de evitar o estresse e o cansaço e, permitir que o cuidador tenha tempo de se autocuidar, é importante que haja a participação de outras pessoas para a realização do cuidado. No entanto, a pessoa idosa com limitação física e financeira também é a que mais sofre, tendo que depender da ajuda de outras pessoas, em geral familiares, fazendo com que seu poder de decisão fique reduzido, dificultando o desenvolvimento de outros vínculos com o meio social.

Enfim, o cuidador é a pessoa ou o sistema que cuida, em geral a família ou cuidador informal. Salienta que existe sempre um cuidador principal, sendo este, alguém reconhecido e percebido pelo próprio dependente, como quem está mais presente, que o acompanha e presta os cuidados diretos. Acrescentamos aqui que se considera como o cuidador informal principal também quem geralmente é identificado e percebido como responsável e acompanhante frequente do dependente, com grande proximidade relacional ao mesmo, face a diversos serviços.

O cuidador familiar é uma pessoa leiga que assume a tarefa de cuidar de um familiar que apresenta dependência associada a incapacidades funcionais temporárias ou definitivas. O cuidar de indivíduos portadores de doenças crônicas pode gerar situações de estresse e trazer transtornos tanto para o cuidador como para o indivíduo doente e seus familiares. O trabalho de assumir os cuidados de pacientes dependentes tem sido referido pelos cuidadores familiares como uma tarefa exaustiva e estressante, por seu envolvimento afetivo com o familiar cuidado e pela transformação de uma relação anterior de reciprocidade em uma relação de dependência, em que o cuidador passa a ter restrições em relação à sua própria vida.

Ferreira (2009) fala na sobrecarga da família/cuidador principal nas vertentes: sensação de sobrecarga; abandono do autocuidado; medo de prestar cuidados e em relação ao futuro do seu familiar; perda de papéis (familiar, sociais); alteração econômica; sentimento de culpa por sentir não poder fazer mais pelo seu familiar.

Na literatura diferenciam-se dois níveis ou tipos de sobrecarga. A sobrecarga objetiva resultante da prática dos cuidados “[...] definida como toda a alteração observável e verificável [...]” (RICARTE, 2009), “[...] se refere às consequências negativas concretas e observáveis resultantes da presença do [...] [dependente] na família” (BANDEIRA; BARROSO, 2005), remete para “[...] acontecimentos [...] diretamente associados ao desempenho desse papel como exemplo (restrição de tempo, maior esforço físico, gastos econômicos, alterações no bem-estar psicológico, fisiológico, social e económico)” (FERREIRA, 2009). E a sobrecarga subjetiva relacionada com a percepção da primeira, manifesta-se “[...] através de stress ou sofrimento” (RICARTE, 2009), “[...] se refere à percepção ou avaliação pessoal do familiar [cuidador] sobre a situação, envolvendo ainda a sua reação emocional e seu sentimento de estar sofrendo uma sobrecarga, atribuída por ele à presença do [...] [dependente] na família” (BANDEIRA; BARROSO, 2005), diz respeito “[...] aos sentimentos e atitudes inerentes às tarefas e atividades desenvolvidas no processo de cuidar. [...] mais associada [...] às características do cuidador. (FERREIRA, 2009).

São diversas as necessidades ou dificuldades que se deparam ao cuidador na sua atividade de cuidar, “[...] de ordem física, social, emocional, econômica, espiritual [...]” (FERREIRA, 2009) e estão desde logo relacionadas com o tipo e grau de dependência da pessoa ao seu cuidado, com fatores externos e internos ao cuidador “[...] as necessidades instrumentais (mobilização, ajudas técnicas, financeiras), as necessidades de orientações dadas pelos técnicos de saúde e os sentimentos vividos perante a situação de dependência do seu familiar (impotência, preocupação constante, viver em função das necessidades do outro, sentido do dever, sentido da vida) (LOPES, 2007).

A realização do cuidado no contexto domiciliar não é uma tarefa fácil. Os cuidadores familiares, ao assumirem a responsabilidade de cuidado neste ambiente, precisam desempenhar, concomitante, diversas outras atividades. A construção de uma rede de solidariedade entre os diferentes membros da família, amigos, vizinhos e serviços de saúde é uma estratégia indispensável e desejada para auxiliar nos cuidados (BRONDANI et al., 2010).

O ato de cuidar implica numa série de exigências que podem prejudicar notavelmente o cuidador familiar, tanto do ponto de vista físico como psicológico. As implicações decorrentes do cuidado a uma pessoa idosa variam de pessoa à pessoa, devido as diferenças e individualidades que há tanto entre os cuidadores, como entre os indivíduos que recebem cuidados. Entretanto, uma característica comum entre os cuidadores é que o cuidado pode levá-los a uma situação de tensão e estresse devido ao cansaço, sentimentos de impotência e culpa (BRASIL, 2008).

No âmbito domiciliar, cuidar de um familiar dependente acarreta alterações na vida do cuidador. Um dos aspectos afetados é a rede e apoio social, assim como o déficit de oportunidades de atividades de lazer, muitas vezes, impossibilidade de trabalho extradomiciliar, além de diversas transformações ocorridas nas dinâmicas e cotidiano de suas vidas.

Consideramos o cuidar uma ação humana mobilizadora, que, no fundo, se traduz no respeitar o sofrimento, os princípios, os valores e a dignidade do dependente, enquanto pessoa singular, proporcionar-lhe melhor qualidade de vida e, simultaneamente, ter qualidade de vida enquanto cuidador. Implica entrega, dedicação, empenho, criatividade, no sentido duma (re)construção e atuação conjunta, do dependente, do cuidador, da rede de apoio, simultaneamente racional e afetiva, plena de significados e sentimentos de todos os envolvidos. Cuidar é de todos e para todos; na teia complexa de interações sociais, as coisas se equiparam, e todos têm algo em especial a contribuir; a dependência se resolverá na interdependência (DURKHEIM, 1989).

Para Ricarte (2009), cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar que engloba múltiplas vertentes: relacional, afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica. Remete para a tarefa que visa manter a vida satisfazendo um conjunto de necessidades a ela indispensáveis. É o ato de apoiar alguém ou prestar-lhe um serviço, com um risco Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado.

Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas ideias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada. Esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada.

Cuidar implica que os cuidadores prestem ao dependente, cuidados de vária ordem: instrumentais e expressivos. Os primeiros podem ser de natureza física (higiene, alimentação, vestuário, eliminação, mobilização), técnica (terapêuticos, curativos, preventivos) e outros mais práticos (vigilância, acompanhamento a consultas, gestão financeira, da medicação e do lar). Os cuidados expressivos são, sobretudo, os cuidados afetivos (companheirismo, conforto, carinho, satisfação da vontade e das necessidades) e relacionais (convívio e estimulação

social, distração, comunicação e individuação dos cuidados). Portanto, cuidar ou apoiar orienta-se para o colmatar de necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais da pessoa dependente, assumindo-se uma visão holística da mesma, como um ser biopsicossocial (IMAGINÁRIO, 2008).

É considerado cuidador a pessoa responsável por auxiliar o idoso dependente de auxílio em suas atividades e rotinas. O papel do cuidador é assumir e garantir a manutenção da assistência necessária ao paciente em seu domicílio (MELO; RODRIGUES; SCHMIDT, 2009).

A maior parte dos cuidadores principais são mulheres. Historicamente, a mulher tem a função de cuidadora dos filhos, dos pais e da família, esta sobrecarga de afazeres tem trazido conseqüências na qualidade do cuidado ao idoso e na saúde do próprio cuidador (REZENDE; DIAS, 2008).

Brito (2002), destacando que os familiares se encontram na primeira linha da prestação de cuidados a pessoas idosas, refere que maior parte dos cuidados a idosos/as dependentes são prestados pelas filhas. Seguem-se as noras (em substituição dos filhos), as esposas, e outros tipos de parentesco, predominando sempre as mulheres, que representam cerca de 80% do total das/os prestadoras/es de cuidados.

No domicílio, geralmente são as mulheres de variadas faixas etárias, especificamente as idosas e de meia-idade que passam a se dedicar ao cuidado do senescente. A estas, caberá o cuidado de pais, conjuges, sogros, ou outros parentes, exercendo, assim, diversas tarefas. O cuidado é mútuo entre cônjuges e remonta do acordo feito no momento do casamento, no qual são identificados contratos, promessas e marcas de uma época em que a maioria dos casais se manteria junto até a morte. A filha é uma figura socialmente imposta e aceita da obrigatoriedade, de retribuição pelo cuidado recebido (BRAZ; CIOSAK, 2009).

As mulheres são as “grandes cuidadoras”, as “cuidadoras tradicionais. O papel da mulher como responsável pelo cuidado é visto como natural, uma vez que este está inserido socialmente no papel de mãe. O cuidar constitui-se em mais um dos papéis assumidos pela mulher dentro da esfera doméstica, sendo transferido de geração a geração, independente desta estar trabalhando ou não fora de casa.

É inegável o fato de que a grande maioria das atividades cotidianas que envolvem o cuidar de alguém ou de algo é realizada por mulheres. Além do exemplo do cuidado que as mães dispensam aos/às filhos/as, estão o da filha que tem de cuidar da mãe idosa.

A definição da identidade feminina está, portanto, norteadas por um padrão de responsabilidade e cuidado. A preocupação de Gilligan com a formação dessa identidade na

adolescência e na fase adulta se expressa nas várias citações de entrevistas por ela realizadas, nas quais era requisitado que as mulheres definissem a si mesmas:

A sensibilidade com relação às necessidades dos outros e a suposição de que são responsáveis por dar cuidado levam as mulheres a prestarem atenção as outras vozes que não as delas mesmas e a incluírem em seus julgamentos outros pontos de vista. [...] [As] mulheres não só definem elas mesmas em um contexto de relações humanas, mas também julgam a si mesmas em termos de sua habilidade de cuidar (GILLIGAN, 1982, p.96).

Tendo em vista que o cuidado gera e é gerado por algum tipo de responsabilidade e compromisso contínuos, Joan Tronto (1987) propõe uma distinção entre “cuidado com” (*caring about*), que seria uma forma geral de compromisso, e “cuidado de” (*caring for*), que implica a existência objeto específico para o qual se dirige o foco da atenção. O cuidado adquire significação moral em sua segunda acepção, variando de acordo com a forma em que as obrigações de cuidar dos outros variam têm significado moral na sociedade como um todo:

A atribuição de responsabilidade de cuidar de alguém, alguma coisa ou alguns grupos pode então ser uma questão moral. O que faz ‘cuidar de’ ser tipicamente percebido como moral não é a atividade em si, mas como essa atividade se reflete sobre as obrigações sociais atribuídas a quem cuida e sobre quem faz essa atribuição (TRONTO, 1987, p.45).

Um dos fundamentos do cuidado é a capacidade de conhecer profundamente a pessoa que está sendo cuidada, prestar atenção para perceber o que a outra pessoa pode precisar. O cuidar não pode, entretanto, ser romantizado como um ato de abnegação total, pois seus custos são, algumas vezes, altos e incluem correr determinados riscos. Mas, como sugere Tronto, ao passo que cuidar envolve um estado constante de atenção, pode refletir um mecanismo de sobrevivência para mulheres ou outros que estão lidando com condições opressivas, ao invés de ser uma qualidade de valor intrínseco em si mesma (TRONTO, 1998).

2.2.3 O contexto do cuidar/cuidado e o idoso com dependência funcional

O cuidador é a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração.

Nesta perspectiva mais ampla do cuidado, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e/ou

acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário.

A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Ressaltando sempre que não fazem parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas.

Cabe ressaltar que nem sempre se pode escolher ser cuidador, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar ou amigo. É fundamental termos a compreensão de se tratar de tarefa nobre, porém complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios.

O cuidador deve compreender que a pessoa cuidada tem reações e comportamentos que podem dificultar o cuidado prestado, como quando o cuidador vai alimentar a pessoa e essa se nega a comer ou não quer tomar banho. É importante que o cuidador reconheça as dificuldades em prestar o cuidado quando a pessoa cuidada não se disponibiliza para o cuidado e, trabalhe seus sentimentos de frustração sem culpar-se.

O cuidador imediato necessita manter sua integridade física e emocional para planejar maneiras de convivência. Entender os próprios sentimentos e aceitá-los, como um processo normal de crescimento psicológico, talvez seja o primeiro passo para a manutenção de uma boa qualidade de vida.

É importante que o cuidador, a família e a pessoa a ser cuidada façam alguns acordos de modo a garantir uma certa independência, tanto a quem cuida como para quem é cuidado. Por isso, o cuidador e a família devem reconhecer quais as atividades que a pessoa cuidada pode fazer e quais as decisões que ela pode tomar sem prejudicar os cuidados.

O cuidador familiar é aquele indivíduo que cuida de uma pessoa da sua própria família, também conhecido como cuidador informal. O cuidador familiar pode ser membro um familiar como o conjugue, filho, irmão, ou amigo e vizinho, que mesmo não tendo laços de parentesco, cuida da pessoa, geralmente de maneira voluntária, a exemplo do idoso. O cuidador formal é o profissional que recebeu formação especial para trabalhar como cuidador e realiza o cuidado mediante remuneração. O cuidador principal configura-se como aquele indivíduo que fica responsável por quase todo o trabalho diário com o idoso dependente (BRASIL, 2008).

Quando o indivíduo se encontra dependente, este precisa de alguém para lhe ajudar e, também, satisfazer suas necessidades básicas. O processo de cuidar da pessoa dependente deve incluir um conjunto de atividades desenvolvidas pela família, comunidade e

profissionais de saúde, que devem se direcionar, também, para a identificação das necessidades humanas e o apoio ao cuidador informal (MARQUES; DIXE, 2010).

A situação de cronicidade e longevidade, vista na atualidade, contribui para a elevação do número de idosos com algum tipo de limitação funcional, o que implica em necessidade de cuidados continuados, de longa duração e, muitas vezes, complexos. Estes cuidados, normalmente, são prestados pelas famílias, com ou sem apoio, e no domicílio (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

No Brasil, o cuidado realizado no domicílio vem crescendo de maneira gradativa, tornando esse um local privilegiado para o cuidado. O domicílio é um ambiente caracterizado pela preocupação com a integralidade, singularidade do ser humano, valorização intersubjetiva e respeito ao outro. O cuidado neste ambiente é percebido por aqueles que cuidam, como oportunidade de crescimento e realização pessoal, na medida em que permite não só o desenvolvimento de novas habilidades, como também a expressão de sentimentos de solidariedade, amor, respeito, empatia e inserção social dos envolvidos (BRONDANI et al., 2010).

Estudo realizado por Gonçalves et al. (2011) evidenciam que na contemporaneidade, a experiência de cuidar no âmbito domiciliar tem se tornado cada vez mais frequente. Além disso, enfatiza que as políticas de atenção a pessoa idosa defendem que este local pode ser considerado o melhor para o idoso envelhecer, isto devido à probabilidade de garantir a autonomia e preservar sua identidade e dignidade. Cuidar de idosos com algum tipo de dependência, acometidos por afecções, constitui-se em condição frequente entre as famílias.

A realização do cuidado no domicílio é sustentada em relações intersubjetivas, o que requer, desta maneira, de novas modalidades de interlocução, acordos e responsabilização relacionados diretamente sob determinações políticas, econômicas, éticas, sociais e culturais. Neste contexto, surgem necessidades relacionadas às práticas de atenção à saúde já consolidadas e novas práticas que são construídas no cotidiano do cuidado no âmbito domiciliar, isto conforme as demandas que se apresentam neste ambiente (SENA et al., 2006).

A eficiência na prestação de cuidados domiciliares realizados pelos cuidadores implica, por vez, transparência na identificação das próprias necessidades e dificuldades. Além disso, envolve convergência de identificação entre as necessidades do cuidador e dos profissionais de saúde envolvidos, o que muitas vezes, não acontece. Os cuidadores informais e todos envolvidos no cuidado têm, geralmente, dificuldades e necessidades diferentes, e quando estas são identificadas no cuidador, por profissionais de saúde, estes poderão planejar

e implementar estratégias eficazes para prevenir agravos a saúde do cuidador (MARQUES; DIXE, 2010).

A realização do cuidado no contexto domiciliar não é uma tarefa fácil. Os cuidadores familiares, ao assumirem a responsabilidade de cuidado neste ambiente, precisam desempenhar, concomitante, diversas outras atividades. A construção de uma rede de solidariedade entre os diferentes membros da família, amigos, vizinhos e serviços de saúde é uma estratégia indispensável e desejada para auxiliar nos cuidados (BRONDANI et al., 2010).

A família é considerada uma relevante rede informal de apoio às pessoas idosas, além disso, constitui-se como parceira das redes formais de apoio social. Quando o cuidador coabita e cuida de um familiar idoso dependente, isto pode ser um fator desencadeante de modificações no sistema familiar, o que pode levar a uma desorganização e/ou desequilíbrio. Para tanto, é imprescindível ajudar e/ou apoiar estas famílias a conviver com a dependência de seus familiares idosos, ou seja, apoiar a compatibilizar o cuidado a esses indivíduos nas tarefas cotidianas (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Os cuidados direcionados aos idosos são, na maioria das vezes, prestados por filhos, irmãos, cônjuges e até netos que, geralmente, não têm a menor capacitação para cuidar dessas pessoas que, muitas vezes, encontram-se acamadas e totalmente dependentes. A insegurança do cuidador relacionado ao cuidado e a inquietação decorrente da expectativa de como o idoso evoluirá, aliadas ao cansaço físico e psicológico, pode favorecer um clima de tensão entre os componentes familiares e vir a causar alterações na dinâmica do grupo familiar e, por conseguinte, prejudicar o convívio (MONTEZUMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008).

Apesar do ônus financeiro que o cuidado familiar pode vir a causar, o cuidador tem suas satisfações (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006). Tratando-se dos aspectos positivos, o cuidado é relatado por alguns cuidadores como uma atividade que precisa ser realizada com muito amor, atenção, carinho e prazer, sendo influenciada pelo reconhecimento, obrigação e dever relacionados com os bons momentos vivenciados juntamente com o idoso, assim como retribuição de sentimentos acumulados durante a trajetória de vida do idoso com o cuidador (NARDI; OLIVEIRA, 2009).

As características referentes ao cuidador principal parecem estar relacionadas a personalidade de quem cuida, porém tomam mais expressão no processo de cuidado. Desta forma, cuidar também é uma maneira de se auto realizar, de dar significado ao ato de cuidado (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006).

Cuidar de alguém é complexo, pois envolve expressão de diversos tipos de sentimentos como raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza,

nervosismo e irritação. Esses sentimentos podem ser concomitantes e precisam ser compreendidos, fazendo parte da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada. São comuns entre os cuidadores a ansiedade, falta de tempo para si, depressão e outros problemas de saúde que podem estar relacionados às tarefas de cuidar (BRASIL, 2007).

O ato de cuidar implica numa série de exigências que podem prejudicar notavelmente o cuidador familiar, tanto do ponto de vista físico como psicológico. As implicações decorrentes do cuidado a uma pessoa idosa variam de pessoa a pessoa, devido as diferenças e individualidades que há tanto entre os cuidadores, como entre os indivíduos que recebem cuidados. Entretanto, uma característica comum entre os cuidadores é que o cuidado pode levá-los a uma situação de tensão e estresse devido ao cansaço, sentimentos de impotência e culpa (BRASIL, 2008a).

O cuidado pode ser considerado uma representação de atitude, preocupação, responsabilidade e envolvimento. No caso de idosos, espera-se que haja alguém capaz de desenvolver ações de ajuda naquilo que esses não podem realizar por si só, assumindo responsabilidades de dar apoio e ajuda para satisfazer suas necessidades, visando a melhoria de sua condição de vida, o que acaba por ser, na maioria das vezes, de responsabilidade de algum familiar (CAMARGO, 2010).

Ao se tratar do familiar que coabita e cuida de alguma pessoa idosa com dependência, existem situações sociodemográficos associados ao contexto familiar como as relações pessoais, renda, escolaridade, idade, sexo, saúde, ocupação do cuidador, personalidade e história de relacionamento que podem ser estressantes. Cansaço, insônia, irritabilidade, ansiedade e depressão são condições que, somadas ou intensificadas pelos estressores, levam o cuidador ao esgotamento físico e mental (CAMARGO, 2010).

A dependência de um familiar idoso gera impacto na dinâmica, economia e saúde da família que realiza os cuidados. Além disso, o grau de dependência influencia diretamente na vida do idoso e cuidador, pois a depender da exigência diária do cuidado e as dificuldades deparadas para realizar as atividades cotidianas, a necessidade de um cuidador que se disponibilize a auxiliar o idoso em tempo integral é imprescindível (JEDE; SPULDARO, 2009).

Em várias circunstâncias, o cuidado é realizado apenas por uma pessoa que, muitas vezes, se encontra com insuficiência de apoio dos familiares, profissionais de saúde, ou de alguma rede de solidariedade. Diante disso, surge a necessidade de elaborar e implementar políticas públicas, sociais e de saúde, voltadas aos cuidadores que realizam o cuidado no domicílio (SENA et al., 2006).

Atividades que parecem ser simples para quem as desenvolve, se tornam árduas para quem nunca precisou enfrentá-las. Sendo assim, vários são os impactos causados sobre a família e o ônus, principalmente, para o cuidador (CAMARGO, 2010).

Cuidar de uma pessoa pressupõe um excesso de trabalho e, como consequência, os cuidadores não encontram tempo suficiente para atender às próprias necessidades. É possível que não descansem suficientemente, não tenham tempo para dedicar-se às atividades que lhes dão prazer, que não visitem os amigos e familiares ou, simplesmente, não saiam de casa. Não é estranho que diversos desses indivíduos que cuidam de pessoas idosas sintam-se, em determinados momentos, cansados, tenham mal-estar, solidão e tristeza (BRASIL, 2008a).

Alguns filhos sentem que seus pais, de cuidadores que eram, passam a precisar de cuidados, a dinâmica de modificações nesses papéis é completa, pois envolve questões internas de onipotência, culpa, cobrança e relação de poder. O confronto com o envelhecimento aparece na meia idade, fase que os próprios indivíduos estão sobrecarregados de responsabilidades com o trabalho, criação dos filhos e cuidado com os pais idosos. Conflitos ambivalentes e inseguranças vão surgindo e a família sofre o impacto do envelhecimento (PAPALÉO NETTO, 2007).

O cuidado familiar contribui de maneira significativa para a manutenção e a integridade física e psicológica do indivíduo. Seu efeito é tido como benéfico, no membro da família que o recebe, na medida em que o suporte é percebido como disponível e satisfatório. Desta forma, compreende-se ser fundamental para o planejamento assistencial adequado ao idoso, a compreensão de seu contexto familiar o que implica na compreensão das questões que envolvem a formação e a dinâmica de funcionamento das famílias em geral (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007).

A família é um sistema dinâmico em interação dialógica que pretende (ou deve pretender) ajudar a pessoa a desenvolver uma presença afetiva, responsável e livre no mundo. Cada pessoa tem e terá ao longo de sua existência, várias famílias (a de seus ancestrais, da infância, da adolescência, da vida adulta e da velhice), assumindo em cada fase características peculiares, mas mantendo a função primordial, a de preservar a integridade física e emocional de seus membros e do próprio grupo, propiciando o seu desenvolvimento. Nesse estudo serão adotadas como família as pessoas que residem no mesmo ambiente familiar do idoso, participando assim de seu dia-a-dia (SILVA; BESSA; OLIVEIRA, 2004).

Podemos pensar a família como um sistema de relações que funciona de acordo com certos princípios básicos e que evolui no seu desenvolvimento, de modo particular e complexo determinado por vários fatores. Sendo assim, podemos entender que a família não é

uma entidade estática, mas que está em constante processo de mudança, pois precisa adaptar-se às pressões da vida cotidiana e sobreviver, enquanto sistema familiar, fazendo necessário, portanto, compreender o indivíduo e a família simultaneamente (CERVENY; BERTHOUD, 2002).

A tradição cultural atribui às famílias a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados. Deste modo, cuidar de parentes idosos apresenta-se como uma extensão dos papéis normais da família, o que, aliado a alguma hostilidade para com as instituições, pressiona a família no sentido de manter esse papel (SOUSA; FIGUEIREDO; CERQUEIRA, 2004).

Ao olharmos para uma família, considerando a qualidade de suas regras, a definição de sua hierarquia, o delineamento dos papéis assumidos por seus membros e outros tantos aspectos que dão o retrato estrutural daquela família, podemos descrevê-la como tendo uma estrutura um pouco rígida, por vezes assimétrica ou simétrica, porém, há nela valores ético-morais que norteiam suas relações no desenvolvimento de sua gênese, mas também há valores que são prejudiciais à continuação desta gênese.

2.3 MEMÓRIA COLETIVA

Situando a memória no campo da pesquisa, buscamos discutir alguns aspectos referentes à memória, no seu caráter social, sobretudo pelo que nos apresenta o sociólogo francês, Maurice Halbwachs (1877-1945). Seus estudos demonstram uma dimensão da memória que ultrapassa o plano individual, considerando que as memórias de um indivíduo nunca são só suas e que portanto nenhuma lembrança pode existir apartada das condições materiais e morais de uma sociedade. Segundo Halbwachs, as memórias também são coletivas, contruídas a partir de grupos que desenvolvem experiências, modos de vida dentro de uma sociedade. Os lugares, os espaços, os valores e normas se constituem em quadros sociais onde se ancora a memória individual, coletiva, social (HALBWACHS, 2006).

As lembranças da infância na família e com os amigos, as relações escolares e os grupos de trabalho mostram que essas recordações são essencialmente memórias de grupo e que a memória individual só existe na medida em que esse indivíduo é um ponto de partida de um grupo (HALBWACHS, 2006).

Segundo Halbwachs (2004), o indivíduo passa a fazer registros mnêmicos à medida que abandona seu estado inicialmente instintivo e insere-se numa vida de relação e de troca com o outro. O relacionar-se com o outro, o pensar com o outro e como o outro insere a criança na corrente de pensamento do grupo. O grupo primordial de convívio da criança é a família. E só com o passar do tempo ela passa a conviver com outros grupos e a fazer parte de outras correntes do pensamento. A família é a primeira instituição de que o sujeito participa e, como tal, está ligada à estrutura social, recebendo da sociedade uma força coerciva. A família, assim como outras instituições, expressa nos modos de pensar, sentir e agir, o funcionamento, a fisiologia social, as representações e a consciência coletiva. Sendo esta, portanto, a instituição que introduzirá o sujeito à coletividade, aos modos de ser de certa sociedade.

Conforme Halbwachs (2004), a memória coletiva é a memória do grupo. Esta que servirá de base para a memória individual, traz consigo a maneira de sentir, pensar e agir do grupo, que foram passadas através de gerações. A memória coletiva e a individual, ambas, são construídas na interação com o social, de acordo com os modos de ser de cada grupo. Esses modos de ser impõem-se ao indivíduo que realiza seu pensar, seu agir e seus registros de acordo com as construções coletivas.

Halbwachs (2006) estabelece oposição entre o universo da memória (situada em termos da experiência vivida, da imagem, do afeto, etc.) e o da história (situada em termos de uma crítica, de um problema, de conceitos), para demonstrar os mecanismos da constituição de uma memória como construção social e fenômeno coletivo. Como construção social, a memória é modelada pela família e pelos grupos sociais. Isto significa que a memória individual se estrutura e se insere na memória coletiva que é um fenômeno que se desenvolve dentro de determinados grupos sociais, dos quais fazemos parte ao longo da nossa existência, começando pela família, passando pela escola, trabalho, dentre outros.

O autor mostra que nos lembramos em grupo de maneira mais fácil do que quando estamos sozinhos, explicitando a importância dos grupos sociais na construção e na fixação de nossas lembranças. Para ele, aqueles fatos que vivenciamos a sós são muito mais difíceis de ser lembrados do que aqueles que são compartilhados com outros indivíduos. E mais, há fatos dos quais nos lembramos sem que tenhamos tido consciência dos mesmos quando do seu acontecimento. Exemplifica com aquelas lembranças cultivadas pelos nossos pais, em relação a situações ocorridas em nossa tenra idade, das quais nos recordamos com minúcias, a partir das histórias que nos contam. Afirma que:

Nossas lembranças permanecem coletivas e nos são lembradas por outros, ainda que se trate de eventos em que somente nós estivemos envolvidos e objetos que somente nós vimos. Isto acontece porque jamais estamos sós. Não é preciso que outros estejam presentes, materialmente distinto de nós, porque sempre levamos conosco e em nós certa quantidade de pessoas que não se confundem (HALBWACHS, 2004, p.64).

O autor defende, ainda, que:

Talvez seja possível admitir que um número enorme de lembranças reapareça porque os outros nos fazem recordá-las; também se há de convir que, mesmo não estando esses outros materialmente presentes, se pode falar em memória coletiva quando evocamos um fato que tivesse um lugar na vida de nosso grupo e que víamos, que vemos ainda agora no momento em que recordamos, do ponto de vista desse grupo. Temos o direito de pedir que este segundo aspecto seja admitido, pois esse tipo de atitude mental só existe em alguém que faça ou tenha feito parte de um grupo e porque, pelo menos à distância, essa pessoa ainda recebe sua influência. Basta que não possamos pensar em tal objeto senão porque nos comportamos como parte de um grupo; evidentemente esse pensamento só existirá se o grupo existir (HALBWACHS, 2004, p.82).

A memória como produto da linguagem, também é pensada como produção simbólica e parte integrante de um imaginário social. Nesse sentido, tanto a memória como a tradição são vistas como fruto de um tempo determinado e de um conjunto social dado, por poderem constituir-se elementos da história de mentalidades coletivas.

Vale ressaltar, que a memória faz cruzar a história e a intimidade, por permitir que os acontecimentos públicos e os pessoais sejam nutridos de valores simbólicos vivenciados na encruzilhada da cultura e do desejo, oferecendo-nos, assim, focos e direções existenciais e sociais em meio às experiências vividas pelo sujeito. É inegável que a subjetividade alcançada pelas histórias contadas pelos idosos, é reconstruída nos interstícios e limiares das formas sociais e culturais de existência vividas (HALBWACHS, 2004).

Desse modo, ao se enraizar no social como linguagem, a memória possibilita a re-elaboração das experiências desses diversos grupos sociais, por permitir que elas se manifestem e vinculem-se através de um trabalho a diferentes vozes. Ressalta-se, ainda, que essas tradições são, por sua vez, conclamadas pela oralidade, por meio do olhar atento do narrador sobre esses mundos e culturas, possibilitando que elas sejam recordadas e relidas, impedindo, dessa forma, o seu total desaparecimento. É, assim, por meio da rememoração a partir do olhar subjetivo desse idoso narrador, que nós, leitores, vimos a conhecer essa realidade (FENTRESS; WICKHAM, 1992).

Halbwachs(2006) utiliza a relação entre palavra e memória para, uma vez mais, demonstrar o caráter social da memória individual. Diz ele que o único estado de consciência puramente individual é a imagem, destacada da palavra. Não há, porém, lembranças às quais não correspondam palavras, assim como não há palavra que não contenha lembranças.

Os homens vivendo em sociedade usam palavras das quais eles compreendem o significado: é a condição do pensamento coletivo [...]. Nós falamos nossas lembranças antes de as evocar; é a linguagem e todo o sistema de convenções sociais que aí estão solidários que nos permitem, a cada instante, reconstruir nosso passado (HALBWACHS, 1952, p.279).

Existe uma identidade entre minha memória imediata e a memória do grupo que me rodeia e do mesmo modo há uma correspondência entre a instabilidade do grupo que me rodeia e a instabilidade desta memória imediata. O segundo dado depois do aqui e o agora do quadro, e a experiência de sua mudança no tempo, é a experiência de sua transformação. Ao mesmo tempo tem-se o sentimento que não pode estabelecer uma hierarquia entre as recordações, posto que tendo todos o mesmo valor (é uma suposição muito importante) se faz necessário que o tempo dure para que possamos saber qual das recordações será essencial e qual delas será secundária (BARROS, 1989).

Barros (1989), a partir de Halbwachs, diz que a memória coletiva é o passado que se perpetua e vive na consciência coletiva. A consciência coletiva diferencia a memória coletiva da memória histórica. Quando se estuda memória, buscam-se os homens, elementos vivos e depositários de lembranças do passado. No conceito de memória coletiva, portanto, encontra-se a história vivida. Não é na história aprendida, é na história vivida que se apoia nossa memória.

D'Aléssio (1993) destaca duas características da memória coletiva como trabalhada por Halbwachs. A primeira é a de que as situações vividas só se transformam em memória se aquele que se lembra de sentir-se afetivamente ligado ao grupo ao qual pertenceu. O afetivo indica o pertencimento. A segunda é a de que para que um grupo físico seja um grupo afetivo ou grupo - comunidade, é preciso que haja uma certa duração na convivência. Essa característica aponta para a questão do tempo, para a dimensão da continuidade. A história não é memória porque há descontinuidade entre quem a lê e os grupos, testemunhas ou atores dos fatos narrados.

Segundo Halbwachs (1990), cada memória individual é um ponto de vista sobre a memória coletiva [...] este ponto de vista muda segundo o lugar que ali eu ocupo [...], este lugar mesmo muda segundo as relações que mantenho. A importância da memória coletiva no

ato individual de lembrar, porém, é tão poderosa que os fatos e noções mais fáceis de lembrar são os de domínio comum e,

por mais estranho e paradoxal que isto possa parecer, as lembranças que nos são mais difíceis de evocar são aquelas que não concernem a não ser a nós, que constituem nosso bem mais exclusivo, como se elas não pudessem escapar aos outros senão na condição de escapar também a nós próprios (HALBWACHS, 1990, p.198).

Devido a uma não identificação com o grupo, não ocorre o processo de rememoração por parte do indivíduo, uma vez que os indivíduos só lembram mediante quadros que guardam e regulam os fluxos das lembranças, chamados por Halbwachs de “*quadros sociais de memória*”. A continuidade desses quadros de lembranças que atuam sobre os indivíduos em diferentes circunstâncias é que permite a rememoração e fortalece a memória coletiva, na medida em que se define o que ele deve lembrar e/ou esquecer. Há nesse processo de rememoração coletiva, critérios que definem o que será lembrado com maior clareza e prioridade. No primeiro plano, terá destaque nas memórias de um grupo, aquilo que foi vivido por um maior número de pessoas e que resulta de experiências coletivas; já as experiências relacionadas a um número menor de integrantes adquirem um caráter de segundo plano (HALBWACHS, 2006).

Isso explica o fato de determinadas lembranças de grupos internos e menores dentro de um grupo maior serem pouco lembradas e/ou esquecidas. Somente na presença de circunstâncias específicas, essas lembranças ganham espaço e se despertam para determinados indivíduos. Mesmo que a lembrança corresponda a um acontecimento distante no tempo, o contato com as pessoas que também viveram aquelas situações, ou com os lugares em que elas aconteceram permite a rememoração daqueles fatos, numa relação entre memória individual e memória coletiva. Isso mostra que “a representação das coisas evocada pela memória individual não é mais que uma forma de tomarmos consciência da representação coletiva relacionada às mesmas coisas” (HALBWACHS, 2006).

Quanto mais inseridos se fazem em um grupo, mais condições terão os indivíduos de recuperarem as suas memórias como também de contribuir para a recuperação e perpetuação da memória do grupo, sempre numa relação de complementaridade. Diversos são os fatores que contribuem para que uma lembrança venha à tona, seja individualmente ou em grupo. Na recorrência a essa memória, muitas vezes, é necessário retornar ao momento do fato ocorrido e nesse retorno identificar, além das pessoas envolvidas, o momento em que aqueles fatos ocorreram. Nessa perspectiva, ganha destaque nos estudos de Halbwachs, a

noção de tempo. O tempo é visto aqui não como recuperação exata do dia, mas como uma recordação de um período, o que faz com que de pouco a pouco haja o reviver de uma lembrança. A identificação de um contexto temporal que particulariza aquele acontecimento diante de muitos outros podem possibilitar que ele seja lembrado por meio de vestígios que se destacam quando pensamos no momento em que ele ocorreu.

As lembranças se reorganizariam não só na presença de algo que se acrescenta a eles, mas também segundo a pergunta presente que se faz à memória. A memória é, assim, seletiva. Segundo Halbwachs:

não é o passado todo inteiro que exerce sobre nós uma pressão com vista a penetrar em nossa consciência. Não é mais a série cronológica dos estados passados que reproduziria exatamente os acontecimentos antigos, mas são aqueles únicos entre eles que correspondem a nossas preocupações atuais que podem reaparecer. A razão de sua reaparição não está neles mas na sua relação às ideias e percepções de hoje: não é pois deles que partimos mas dessas relações (HALBWACHS, 1990, p.231).

Assim, as memórias são transmitidas no quadro familiar, em redes de sociabilidade afetiva e/ou política. São as pessoas, com suas perguntas e sua presença, que despertam a memória individual. É enquanto membros de um grupo que cada um de nós se representa e é, na experiência compartilhada, que a memória individual se alimenta. Os grupos com os quais estamos em relação mais contínua seriam os grupos que, mais do que os outros, estruturariam nossa memória. Destacam-se, entre eles, a família, o grupo de amigos e o de trabalho. Para Thompson (1993), o papel da família na transmissão cultural intergeracional é grande pois,

inclui não somente a transmissão da memória familiar (...) mas também da linguagem (“a língua mãe”), do nome, do território e da moradia, da posição social e da religião, e, mais além ainda, dos valores e aspirações sociais, visões de mundo, habilidades domésticas, modos de comportamento, modelos de parentesco e casamento (THOMPSON, 1993, p.280).

Para Barros (1989), as importâncias do grupo familiar como referência fundamental para a reconstrução do passado advêm do fato de a família ser, ao mesmo tempo, o objeto das memórias dos indivíduos e o espaço em que essas podem ser avivadas, também é estimulado pelos lugares, testemunhos atuais de fatos e acontecimentos passados, de personagens e de relações sociais. Aos lugares se atribuem significados sociais: eles passam, assim, a ter alma. Os grupos aos quais pertencemos e os lugares aos quais nos vinculamos têm neles uma memória inscrita, da qual participamos. A memória individual, portanto, é em parte herdada, e, tanto quanto a coletiva, é social.

Os quadros sociais da memória se referem, de um lado, aos estímulos presentes que conduzem à rememoração e, de outro, à localização no passado do que o presente suscitou. Os quadros articulam, portanto, o presente ao passado. Rememorar é um ato que acontece no e é provocado pelo presente: do passado retornam a nós os acontecimentos que correspondem às nossas preocupações atuais. É do presente que se parte. Os fatos, acontecimentos, personagens, conhecimentos, sensações depositadas na memória.

Os quadros sociais da memória são constituídos por dois aspectos solidários. De um lado, de noções lógicas que organizam o objeto, a personagem ou o acontecimento quanto ao tempo, ao lugar e quanto às relações de semelhança, isto é, de noções que localizam a lembrança. As noções de tempo e espaço são fundamentais para a rememoração do passado, na medida em que a localização espacial e temporal das lembranças é a essência da memória. A semelhança, por sua vez, é o sinal de uma comunidade de interesses e de pensamento. Não é porque elas são parecidas que podem ser evocadas ao mesmo tempo. É mais porque um mesmo grupo se interessa por elas, e é capaz de as evocar ao mesmo tempo, que elas se parecem (HALBWACHS, 1952).

A memória coletiva familiar tem por modelo quase exclusivo de uma memória individual, todavia as indagações sobre as memórias religiosas e de classe se fundamenta em trabalhos históricos; no equilíbrio entre a obra e a metáfora havia demandado que os resultados encontrados pela história religiosa e pela história das classes (está ao tanto que quadros conflitivos são de umas formas distintas das memórias) tenham seu equivalente análogo na memória individual (no caso que a memória individual funcionaria como uma sociedade) (HALBWACHS, 1952).

Assim, compreendemos que a transmissão de uma história, sobretudo a história familiar, é transmitir uma mensagem referida, ao mesmo tempo à individualidade da memória afetiva de cada família e à memória da sociedade mais ampla. Expressando a importância e permanência do valor da instituição familiar. Sendo assim, o grupo familiar é de grande importância para a consolidação das memórias, sendo referência fundamental para a compreensão e valorização do passado e do vivido.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 NATUREZA E MÉTODO DA PESQUISA

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos, optamos por um estudo *descritivo-exploratório*, de natureza *qualitativa*, por entender-se que o mesmo permitirá compreender o fenômeno, com base no objetivo do estudo.

Os estudos descritivos e exploratórios pretendem compreender um fenômeno para elencar variáveis e hipóteses, possuindo flexibilidade quando à coleta dos dados, haja vista que designa manter maior familiaridade com o objeto de estudo, propiciando adentrar em uma realidade específica e apreciar com propriedade os conhecimentos envolvidos na temática (TRIVIÑOS, 2009).

A pesquisa *exploratória* realiza descrições da situação e objetiva descobrir as relações existentes entre seus elementos componentes. Esse tipo de pesquisa requer um planejamento bastante flexível para possibilitar a consideração dos mais diversos aspectos de um problema ou de uma situação. A pesquisa *descritiva*, por sua vez, observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los, permitindo assim uma descrição acerca do objeto de estudo (CERVO, 2007).

Neste contexto, compreende-se que a pesquisa com abordagem *qualitativa* considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo entre o mundo objetivo e a subjetividade da pessoa que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são fundamentais no processo de pesquisa qualitativa (SILVA, 2004).

A abordagem *qualitativa* preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamento (MARCONI; LAKATOS, 2004).

Busca, portanto, o conhecimento da subjetividade em diferentes processos constitutivos do todo, os quais se transformam em decorrência do contexto em que expressam seu objeto de estudo, pois sua história marca a sua singularidade. A subjetividade do indivíduo se constrói em sua própria história, no cenário real de seu acontecimento.

A pesquisa *qualitativa*, segundo Minayo, Hartz e Buss (2010), se preocupa mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão dos fatos do que com a generalização; podendo ser de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou

de uma representação. Desta forma, a pesquisa qualitativa se fundamenta na interpretação dos fenômenos e nas atribuições de significado e tem o ambiente natural como fonte direta para a coleta de dados, se preocupando com um nível de realidade que não pode ser quantificado. A fonte do conhecimento que se pretende produzir nasce da relação dialógica intersujeitos, cuja ênfase está no processo e não apenas no resultado.

Do exposto, a metodologia adotada permitiu o alcance dos objetivos do estudo. Neste pretendeu-se compreender, sobre a memória de familiares cuidadores de idosos com dependência funcional, no intuito de trilhar caminhos que possibilitem a compreensão das implicações existentes em sua realidade. Tal aproximação também parte do interesse em conhecer o fenômeno muito além da aparência, na busca pelo aprofundamento dos aspectos inerentes a sua essência, que apresenta conflitos e contradições que podem determinar sua realidade.

3.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: O MÉTODO DA HISTÓRIA ORAL

A Memória pode-se traduzir como as reminiscências do passado, que afloram no pensamento de cada um, no momento presente; ou ainda, como a capacidade de armazenar dados ou informações referentes a fatos vividos no passado. Nessa perspectiva, situando a memória no campo da pesquisa, temos como foco neste trabalho identificar e conhecer alguns aspectos referentes à memória, no seu caráter social, uma vez que neste estudo consideramos a memória que ultrapassa o plano individual, considerando que as memórias de um indivíduo nunca são só suas e que nenhuma lembrança pode existir apartada da sociedade. Segundo Halbwachs, a memória são construções dos grupos sociais, são eles que determinam o que é memorável e os lugares onde essa memória será preservada (HALBWACHS, 2006).

Neste contexto, este estudo guiou-se pelo método da História Oral, que consiste na narrativa do conjunto da experiência de vida de uma pessoa, a estudos referentes à experiência social de pessoas e grupos (LIMA E GUALDA, 2001).

Através do método da História Oral, buscamos entender como se apresenta a questão da rememoração e da duração de uma lembrança no tempo de um indivíduo, ou seja, entender como o indivíduo consegue “lembrar” de fatores que colaboram na realização do cuidado familiar junto ao idoso com dependência funcional.

A escolha pela História Oral permite-nos aprofundar então no conceito coletivo de memória, já que ela faz parte de nossas vidas, seja quando pensamos em lembranças que parecem ser apenas nossas, seja quando fazemos parte de um grupo. As lembranças da

infância na família e com os amigos, as relações escolares e os grupos de trabalho mostram que essas recordações são essencialmente memórias de grupo e que a memória individual só existe na medida em que esse indivíduo é um produto de um grupo (HALBWACHS, 2006).

Como método, a História Oral se ergue segundo alternativas que privilegiam as entrevistas como atenção essencial dos estudos. Trata-se de centralizar os testemunhos como ponto fundamental, privilegiado das análises. Os eventuais diálogos documentais complementares devem manter os olhos nos temas emanados das entrevistas (MEIHY; HOLANDA, 2007).

Segundo Lima e Gualda (2001), a entrevista caracteriza-se por ser um processo de relação interpessoal onde ocorre o encontro entre a subjetividade do pesquisador e a do colaborador, conformando um processo de inter-subjetividade. Para tanto, o pesquisador deve respeitar a forma utilizada pelo colaborador para construir a sua narrativa, na tentativa de captar a sua interpretação da realidade e deve “despir-se” de suas crenças, valores e formação intelectual.

A base da existência da História Oral é o depoimento gravado. Sua operacionalização conforme Lima e Gualda (2001), requer a adoção de algumas medidas, tais como: agendar as entrevistas, segundo a conveniência do colaborador; comparecer ao local no horário e data marcados; criar um clima de solidariedade aberto ao aconchego, à confiança e ao respeito; solicitar consentimento para gravar.

Antes da gravação, devem ser registrados os dados de identificação (nome do projeto, data, nome do entrevistador, nome do colaborador, local da entrevista) e, durante a sua realização, deve ficar registrado que a entrevista terá uma conferência e que nada será publicado sem a autorização prévia do colaborador. Durante o desenvolvimento da entrevista, deve-se evitar as interferências para que o entrevistado possa seguir sua lógica de narrativa (LIMA E GUALDA, 2001).

Após a realização da entrevista, há a necessidade da transformação do relato oral em texto escrito para torná-lo disponível ao público. Para tanto, fazem-se necessárias as etapas de transcrição, textualização e transcrição, conforme descritas por Lima e Gualda (2001):

- **Transcrição:** é a passagem rigorosa da entrevista (após a escuta minuciosa de todo o conteúdo por algumas vezes) da fita para o papel, com todos os seus lapsos, erros, vacilos, repetições e incompreensões, incluindo as perguntas do entrevistador;
- **Textualização:** etapa na qual as perguntas são suprimidas e agregadas às respostas, passando a ser todo o texto de domínio exclusivo do colaborador, assumindo, como

personagem único, a primeira pessoa. Durante esta etapa, a narrativa recebe uma pequena reorganização para se tornar mais clara;

- **Transcrição:** é a etapa na qual se atua no depoimento de maneira mais ampla, invertendo-se a ordem de parágrafos, retirando ou acrescentando-se palavras e frases e, enfim, realizando-se o "teatro de linguagem". Para teatralizar, a própria língua dispõe de instrumentos, como a pontuação, particularmente as reticências e a interjeição - que se prestam para fantásticas mostras de onde o leitor deve respirar, quais as paradas estratégicas e quais as sinuosidades propostas. Recria-se, então, a atmosfera da entrevista, procurando trazer ao leitor o mundo de sensações provocadas pelo contato, o que não ocorreria reproduzindo-se palavra por palavra. Há a inferência do autor no texto, que será feito várias vezes, devendo obedecer a acertos combinados com o colaborador.

3.3 O LOCAL E PARTICIPANTES DA PESQUISA

3.3.1 O Campo da Pesquisa

O campo de investigação foi o município de Jequié/Bahia. Este município possui uma área total de 3.035 km² com uma população estimada de 151.895 habitantes, sendo 10,9% da população representada por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (IBGE, 2010). Localiza-se na Região Sudoeste da Bahia, a 365 km da capital – Salvador – na zona limítrofe entre a caatinga e a zona da mata. Limita-se ao Norte com os municípios de Lafaiete Coutinho e Jaguaquara; ao Sul com Boa Nova e Itagi; ao Leste com Ibirataia, Jitaúna e Gandu e ao Oeste com os municípios de Maracás e Manoel Vitorino.

O município de Jequié é sede da 13^a 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 176^o município mais populoso e o 9^o 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 e, a maioria desses idosos são dependentes funcionais.

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).

Esse contexto demográfico justificou a escolha desse município como campo da pesquisa, 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 jequiense.

A Estratégia Saúde da Família foi implantada no município de Jequié no ano em 1998, inicialmente com duas equipes de saúde na zona rural, nos distritos de Itajurú (uma equipe) e de Florestal (uma equipe). Posteriormente, mais equipes foram sendo implantadas. As equipes estão implantadas nas seguintes áreas da zona urbana (bairros): KM 03, KM 04, Curral Novo, Cidade Nova, Cansação, Pedreira, Barro Preto, Alto da Bela Vista, Amaralina, São Judas Tadeu, Inocoop, Itaigara, Prodecor, Boa Vista, Baixa do Bonfim, Água Branca e Urbis IV.

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: 18 USF, as quais abrigam 27 Equipes de Saúde da família (ESF) e 18 equipes de Saúde Bucal; 09 Equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS), todas localizadas na zona urbana; 01 unidade móvel para atendimento médico-odontológico; e 01 Unidade de Saúde Prisional (JEQUIÉ, 2010).

3.3.2 O Cenário da Pesquisa

Surgiu, então, o interesse em desenvolver esta pesquisa em uma das áreas adscritas pelo Programa de Saúde da Família – PSF. Dessa forma, o mesmo não será direcionado a todas as equipes de PSF do município de Jequié.

Portanto, o cenário da pesquisa compreende a área adscrita de uma Unidade de Saúde da Família situada na área urbana do município de Jequié. A escolha pela área se dá devido ao

fato da mesma ser cenário para o desenvolvimento de vários projetos de pesquisas da UESB - Campus de Jequié, ser campo de estágio e práticas curriculares para os diversos cursos da área de saúde UESB - Campus de Jequié e, por possuir um expressivo número de idosos dependentes que vivem e são cuidados por familiares.

A USF escolhida possui duas Equipes de Saúde da Família e, conforme informações obtidas durante a coleta de dados junto ao Departamento de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Jequié apresenta um total de 1.421 famílias cadastradas. Logo, o espaço físico da USF é utilizado pelas duas ESF, denominadas Equipe I e Equipe II. A Equipe I da USF se apresenta organizada em seis microáreas, num total de 585 famílias cadastradas, perfazendo um total de 2.000 pessoas, destas, *275 possuíam idade igual ou superior a 60 anos*. A Equipe II, organizada em sete microáreas, possui cadastradas 836 famílias, 3.042 pessoas, destas, *332 eram idosos*.

Embora tenha havido tentativa de incluir participantes das duas ESF, optou-se por realizar a pesquisa na **Equipe II**, já que a mesma apresentava o maior número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em exercício, os quais possibilitaram a localização dos domicílios dos idosos e por apresentar o *maior número de idosos*.

A coleta de dados não ocorreu em todas as microáreas, em razão de alguns ACS estarem de férias, licença ou afastados temporariamente de suas atividades no período de coleta, o que impossibilitava a localização dos idosos e seus domicílios. Assim, realizou-se o estudo nas microáreas 1, 3, 4 e 6.

A disponibilidade e o acolhimento dos ACS, que demonstraram cotidianamente compromisso e responsabilidade pela comunidade, foram fatores relevantes para a entrada da pesquisadora nas microáreas e a aceitação de sua presença nos domicílios dos idosos.

3.3.3 Os Participantes da Pesquisa

Os participantes da pesquisa foram os *cuidadores familiares de idosos com dependência funcional*, residentes nas microáreas adstritas da Equipe II da USF.

Quando falamos em cuidadores familiares estamos nos referindo a alguém da família do idoso dependente que assume o seu cuidado integral. No entanto, essa família considerada para este estudo configura-se em um grupo de pessoas que estão unidas por um vínculo, nem sempre caracterizadas por descendência/ascendência sanguínea ou que pelo tenha sido criado pela família do idoso ou pelo idoso. Como sistema, a família assume a função psicossocial de proteger seus membros e favorecer a adaptação à cultura existente. Ela se organiza a partir de

demandas, interações e comunicações que ocorrem em seu interior e exterior, criando sua identidade e forma de agir, partindo de ideologias, crenças e histórias (ALMEIDA, 2011).

Para a busca dos participantes, previamente identificamos os idosos com 60 anos ou mais cadastrados e atendidos na ESF. Para isto realizamos uma busca nas Fichas A, de cada uma das microáreas. A Ficha A é um instrumento do Sistema de Informação da

Atenção Básica, utilizada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para cadastramento e acompanhamento das famílias visitadas (BRASIL, 2003).

Após identificar os idosos cadastrados, através das fichas A, buscamos nos certificar junto ao agente comunitário de saúde - ACS da área referente quanto a condição de dependência dos idosos e, em seguida realizaremos uma visita domiciliar, juntamente com o ACS, para verificar se os idosos que apresentam realmente algum tipo de dependência de cuidados.

Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos participantes da pesquisa, os cuidadores familiares de idosos com dependência cognitiva e/ou funcional, foram: cuidador familiar de idoso que apresente dependência cognitiva e/ou funcional; cuidador familiar que coabite o mesmo domicílio que o idoso; cuidador familiar que tenha idade igual ou superior a 18 anos; e, cuidador familiar que seja o cuidador principal do idoso cadastrado em uma das ESF. No final de nossa busca pelos participantes, identificamos **10 cuidadores familiares** dispostos a colaborar com nosso estudo.

3.4 ESTRATÉGIAS PARA A COLETA

3.4.1 Técnicas e instrumentos para coleta

Utilizou-se como técnica para coleta de dados a *Entrevista aberta em Profundidade, individual*, vista por Biasoli-Alves e Dias da Silva (1992) como uma ferramenta imprescindível para buscar contextualizar o comportamento dos sujeitos, vinculando-os com sentimentos, crenças, valores, permitindo que se obtenham dados sobre o passado recente ou longínquo.

Segundo Lima e Gualda (2001), a entrevista caracteriza-se por ser um processo de relação interpessoal onde ocorre o encontro entre a subjetividade do pesquisador e a do colaborador, conformando um processo de intersubjetividade. Para tanto, o pesquisador deve respeitar a forma utilizada pelo colaborador para construir a sua narrativa, na tentativa de

captar a sua interpretação da realidade e deve “despir-se” de suas crenças, valores e formação intelectual.

De acordo com Minayo (2008), este método de coleta de dados combina perguntas fechadas e abertas, podendo o entrevistado discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Ressalta-se que esta técnica possibilita inserir outras questões durante a coleta, condicionada à interação do pesquisador, do sujeito e das respostas deste último. São várias as vantagens da entrevista: aprofundar respostas, acompanhar idéias e investigar motivos e sentimentos. O tom de voz, a hesitação, a expressão facial externada após uma pergunta pode proporcionar informações talvez inatingíveis numa resposta escrita.

A *aplicação do instrumento* ocorreu em data e horário determinados pelos colaboradores, quando foram explicados o objetivo e a metodologia da pesquisa. Todos estes procedimentos foram realizados com cada participante, individualmente. A escolha em realizar a coleta das informações na casa do colaborador foi vista pela pesquisadora como forma de deixar os participantes mais à vontade e manter a proximidade dos seus discursos com o ambiente onde suas atividades são desenvolvidas.

3.4.2 Entrevista Aberta em Profundidade

Com o intuito de manter um diálogo com os participantes, apreendendo as contribuições da memória para a construção das relações de cuidado entre familiares cuidadores de idosos com dependência funcional, a técnica selecionada para coleta dos dados foi a *Entrevista aberta em Profundidade*, contendo questões que pretendem estimular a narração da História de Oral relacionada a memória dos participantes.

A *Entrevista aberta em Profundidade* permite que o pesquisador interaja constantemente com o colaborador e sua principal função é retratar experiências vivenciadas por pessoas, grupos ou organizações (BONI; QUARESMA, 2005). Assim, ela permite que o entrevistador e o colaborador ajustem o direcionamento do diálogo livremente no decorrer da entrevista.

3.4.3 Estratégias para coleta

A coleta de dados foi realizada após apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, Protocolo número 805.566, de 17/09/2014, sendo posteriormente encaminhado à SMS do município um ofício solicitando a

liberação da coleta de dados na USF. No segundo momento, foi realizada uma visita à USF, a fim de proceder à apresentação da pesquisa bem como identificar os sujeitos colaboradores da pesquisa.

Posteriormente, foi realizado uma visita domiciliar a estes participantes, em parceria com os ACS, na qual os participantes foram convidados a participar do estudo de forma voluntária e se procedeu a apresentação da pesquisadora e da proposta do estudo, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) sendo então solicitado aos sujeitos que o assinasse.

Durante a entrevista, procurou-se o estabelecimento do diálogo com o colaborador dentro de um campo descontraído, que propicie a maior liberdade de expressão, tendo como finalidade obter o máximo de informações que o indivíduo entrevistado possa oferecer. O entrevistador deve ser bastante flexível e, no decorrer da entrevista, caso verifique que a conversa tomou rumos diferentes, porém pertinentes ao objeto de estudo e interessantes para a pesquisa, não hesitar em modificar e seguir este novo caminho, devendo ter cuidado em não permitir que a entrevista seja desviada do objeto de estudo.

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um gravador digital, para que não se perdesse nenhuma informação, depois as mesmas serão transcritas na íntegra, para posterior análise e validação.

3.5 QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo foi desenvolvido respaldando-se na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), regulamentadora das pesquisas com seres humanos, considerando a observância da beneficência, não maleficência, ausência de riscos e prejuízos, com garantia do anonimato aos sujeitos do estudo (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa foi apresentado ao CEP da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, e após aprovação, através do parecer, foi realizada solicitação de autorização a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Jequié para a realização da pesquisa na área da USF. O início da coleta de dados ocorreu após aprovação do CEP/UESB, através do parecer (Anexo A), e autorização da SMS de Jequié para a realização da pesquisa na área da USF.

No desenvolvimento dessa pesquisa foram considerados aspectos éticos que envolveram o convite e esclarecimento da pesquisa para os cuidadores, deixando-os livres

para aceitar ou rejeitar a participação no estudo. Foi explicada a importância do consentimento por escrito, garantindo-lhes a confidencialidade, sigilo e privacidade.

O anonimato também foi previsto, com a substituição dos nomes verdadeiros dos entrevistados por codinomes. Para tal, utilizaremos nomes de pedras preciosas, a saber: *Ametista, Jade, Esmeralda, Pérola, Safira, Rubi, Jaspe, Cristal, Água, Diamante*. A escolha por pedras preciosas confirma o papel desempenhado diariamente pelos cuidadores familiares junto aos idosos com dependência funcional, onde o cuidador não mede esforços para doar-se em todos os momentos e fortalecendo e apoiando o idoso cuidado.

A coleta dos dados aconteceu após aceitação dos participantes em participar do estudo. Os participantes selecionados foram esclarecidos quanto aos procedimentos realizados e, após esclarecimento de possíveis dúvidas, terão acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para assinatura, apresentado em duas vias, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora, formalizando assim, tal aceitação.

3.6 ESTRATÉGIAS PARA A ANÁLISE E COMPREENSÃO DAS NARRATIVAS

3.6.1 Análise dos relatos

Embora a História Oral se preste para ser também um método de análise dos dados optou-se por utilizar o método de *Análise de Conteúdo Temática*, segundo Bardin (2010), visando a descrever os núcleos de sentido presentes no conteúdo dos relatos dos sujeitos, ou seja, as orações ou os enunciados com relação ao discurso acerca do assunto investigado e cuja presença, ou frequência de aparição possam ter algum significado para o objetivo analítico escolhido.

A análise de conteúdo temática é geralmente utilizada como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de tendências. Suas diferentes fases organizam-se em torno de três polos cronológicos: *pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação* (BARDIN, 2010).

1ª FASE: *Pré-Análise* – corresponde a um período de intuições que objetiva operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, direcionando a análise. É subdividida em: 1. *Leitura Flutuante*: corresponde a uma leitura exaustiva do material, permitindo uma maior clareza acerca do conteúdo, do instrumento, em função das hipóteses emergentes e elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. Neste momento, realizamos a leitura das entrevistas transcritas do gravador. 2. *Composição do Corpus*: corresponde ao conjunto de

documentos necessários aos procedimentos analíticos, escolhidos de acordo com os objetivos.

3. Referenciação dos Índices e a Criação de Indicadores: a eleição dos índices se dá na fase preparatória para depois se elaborar com mais precisão e segurança os indicadores e, assim, efetuar as operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização.

4. Preparação do Material: preparação criteriosa do material.

2ª FASE: *Exploração do Material* – trata-se de operações aplicadas automaticamente, onde são feitas a codificação, desconto e enumeração do material para análise. Pode ser feita por: 1 Recorte do texto em unidades de registro; 2. Escolha de regras de contagem; 3. Classificação e agregação dos dados, selecionando categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas, que foi a utilizada neste estudo.

3ª FASE: *Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação*: corresponde à organização dos resultados, para então se propor inferências e interpretações de acordo com os objetivos previstos ou referentes aos novos achados da pesquisa.

O material advindo das entrevistas foi analisado, portanto, conforme a Análise Temática de Bardin. Inicialmente foram coletadas as entrevistas, posteriormente realizado a transcrição, iniciada a leitura flutuante, seguido do recorte e categorização das unidades temáticas das entrevistas, com análise e interpretação dos conteúdos temáticos agrupados por categorias e subcategorias.

3.6.2 O método Nvivo

As informações coletadas a partir das entrevistas, após a transcrição integral das gravações, foram analisadas utilizando a técnica de análise temática fundamentada na análise de conteúdo de Bardin (2010). Porém, a grande quantidade de informações obtidas nos grupos de discussão nos levou a adotar uma ferramenta computacional de suporte para análise dos dados com a função de auxiliar no manuseio dos dados e sua organização, facilitando o processo de integração entre as categorias emergentes para interpretações feitas.

Escolhemos o software de tratamento de dados qualitativos QSR NVivo®9, versão 10.0, doravante escrito como NVivo. QSR é uma sigla para *Qualitative Solutions Research* que podemos transliterar para Soluções para Pesquisa Qualitativa (QRS INTERNATIONAL, 2013).

Esse software destina-se à codificação, ao tratamento, armazenamento e gerenciamento de arquivos de textos, vídeos, áudio etc. Ele oferece um vasto conjunto de ferramentas para facilitar o processo de análise por meio da criação de códigos, determinação

de categorias analíticas e estabelecimento de relacionamento entre elas (SAUR-AMARAL, 2012).

É oportuno informar que todo o processo de análise foi fruto exclusivo da interpretação da pesquisadora, o software não executa qualquer tipo de análise nesse sentido. O NVivo, somente, ajudou a pesquisadora na tarefa de organização intelectual, reunindo categorias de um modo rápido e que facilita a tarefa de comparação dos dados.

Após este, o processo de análise de conteúdo foi operacionalizado em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com a inferência e a interpretação (GOMES, 2011; MINAYO, 2010).

A etapa de **pré-análise** iniciou-se através das transcrições dos áudios gravados nas reuniões do grupo de discussão, gerando arquivos em um processador de texto (extensão “docx”). Em seguida, os arquivos de texto foram introduzidos no NVivo, utilizando o recurso de importação de fontes de informação. Esse procedimento gerou uma base de dados específica do NVivo, criando o primeiro bloco de informações compondo, assim, o *corpus* da pesquisa.

Não houve redução de dados propriamente dita, pois, o primeiro bloco é formado por um conjunto de documentos importados para o software, formando um repositório de documentos que dizem respeito à totalidade de informações que foram submetidas aos procedimentos analíticos das etapas subsequentes.

A etapa de **exploração do material** iniciou-se a leitura flutuante e exaustiva das transcrições, deixando-se invadir por impressões e orientações, prolongando uma relação interrogativa com elas, onde se apreendeu as ideias centrais e as estruturas de relevância do estudo, possibilitando as operações de codificação e categorização dos textos, onde o processo de codificação ocorreu com a decomposição dos conteúdos dos grupos de discussão em unidades de registro tendo como base as isotopias, ou seja, expressões com sentidos equivalentes que surgem ao longo do *corpus* e por posterior reagrupamento das redes isotópicas, constituída através do estabelecimento dos núcleos de sentido, tanto emergidos do conteúdo dos dados, como inferidos, que guiaram os pesquisadores na busca de categorias analíticas emergentes dos dados empíricos.

Dessa forma foi possível recortar de cada transcrição os seguimentos de texto representativos das “unidades de registro” (palavra-chave ou frase), das “unidades de contexto” (demarcação do contexto de compreensão da unidade de registro) e dos “conceitos teóricos” mais gerais que orientaram a análise. No NVivo, esse processo é chamado de codificação, onde são organizados os chamados “nós” do NVivo e funcionam como

repositórios nos quais o pesquisador pode reunir materiais relacionados (unidades de registro, unidades de contexto e conceitos teóricos) em um único lugar (QRS INTERNATIONAL, 2013).

O processo de redução de dados começou com a criação dos chamados “nós livres” que, segundo Barbosa (2008), são úteis para abordar idéias emergentes e ainda em processo de estruturação. Isso porque, após cada criação de “nó livre” procedia-se uma varredura para encontrar possíveis conteúdos que podiam ser categorizados, também em outros “nós”. Nesse processo de decomposição dos conteúdos, cada grupo de informação codificada pelo pesquisador foi transformado em um conjunto de “nós”. Esses procedimentos geraram uma lista inicial de subtemas de análise e formaram segundo bloco de informações que foi composto por “nós” do NVivo.

Em seguida, com a contínua apreensão dos núcleos de sentidos, emergidos dos dados e inferidos, foi iniciado o processo de agregação das redes isotópicas, onde, em um processo de fusão, modificação e criação de novos “nós”, houve uma redução da quantidade de “nós”, sem, no entanto, haver mais redução de dados. De um total de 3 “nós livres”(categorias) houve a redução para 13 nós (subcategorias). A Mais uma vez, por outro ciclo de agregação das redes isotópicas, com novo processo de fusão, modificação e criação de novos “nós”, houve mais uma redução da quantidade de “nós” por meio da criação de “nós de árvore”, que são o resultado da agregação dos “nós livres”, ou seja, reagrupou-se as partes dos textos por temas encontrados - conceitos mais abrangentes capazes de facilitar a análise. Assim vários “nós livres” formaram um “nó de árvore”, entendidos como temas de análise, permitindo a integração e interligação dos dados codificados e formando o terceiro bloco de informações.

Para estruturação dos nomes dos temas de análise (nós de árvore) buscou-se criar um nome representativo do tema com foco na fundamentação teórica. Como resultado desse processo foi organizado três temas de análise: De posse dos dados codificados e devidamente organizados em temas e subtemas de análise, foi iniciada a terceira e última etapa, a do tratamento dos resultados.

Nessa etapa, através da inferência e a interpretação, buscou-se a articulação entre o material empírico e o referencial teórico previsto, que formaram os temas e subtemas de análise ocorrência de outras contribuições teóricas sugeridas pela leitura do material empírico, permitindo o estabelecimento de relações que possibilitassem novas explicações e indicações que serviram de fundamento para propostas de planejamento, revisão de conceitos e de mudanças institucionais.

A preocupação central dessa etapa foi proporcionar uma visão geral e abrangente dos resultados obtidos. Sempre que possível, utilizou-se a fundamentação teórica para discutir os resultados observados, mas o foco central foi a descrição dos resultados.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na construção deste capítulo, procurou-se contemplar o conjunto dos dados obtidos através dos procedimentos adotados no desenvolvimento da pesquisa – Entrevista aberta – tendo, como referência, as categorias de análise e os eixos temáticos escolhidos. Inicia-se com a caracterização dos participantes da pesquisa, que corresponde à parte inicial do instrumento utilizado para as entrevistas. Em seguida, apresentação das Classes Temáticas e das Categorias e Subcategorias identificadas a partir das informações colhidas através da entrevista realizada junto aos colaboradores.

4.1 IDENTIFICANDO OS FAMILIARES CUIDADORES DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

A partir dos dados coletados durante as entrevistas, através do item 1 do formulário semiestruturado, direcionados para os participantes da pesquisa (Apêndice B), que buscam a caracterização dos informantes, foi possível relacionar as características sociodemográficas (sexo, idade, religião, estado civil, escolaridade, profissão, inserção no mercado de trabalho, renda, e convívio familiar) dos/as participantes. Descritos no quadro 1.

QUADRO 1: Caracterização dos participantes do estudo. Pesquisa: Memória nas Relações de Cuidado: Narrativas de Cuidadores Familiares sobre o cuidado junto ao idoso com Dependência Funcional. Vitória da Conquista/BA, 2016.

Variáveis	Categoria	Número
Sexo	Feminino	9
	Masculino	1
Faixa etária	30 a 40 anos	2
	40 a 50 anos	2
	50 a 60 anos	2
	60 a 70 anos	3
Religião	Católico	6
	Evangélico	4
	Outras	0
Estado civil	Casado	5
	Solteiro	4
	Viúvo	1
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	1
	Ensino fundamental completo	3
	Ensino médio completo	4
	Ensino médio incompleto	1
	Ensino superior completo	1
Ocupação	Dona de casa	4
	Aposentado	2

	Desempregado	3
	Profissional liberal	1
Grau de parentesco com o idoso dependente.	Filho(a)	4
	Esposo(a)	2
	Neto(a)	1
	Irmão(a)	1
	Sobrinho(a)	1
	Nora/genro	1
Renda familiar mensal	De 1 a 2 salários mínimos	3
	De 3 a 4 salários mínimos	6
	De 5 a 6 salários mínimos	1
Tempo que está como cuidador principal	De 1 a 5 anos	5
	De 5 a 10 anos	3
	De 10 a 15 anos	2

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao analisar a variável sexo encontrou-se a distribuição significativa de cuidadores do sexo feminino (n=9). Confirmamos, assim que a mulher continua protagonizando o papel de cuidadora da família, sendo configurado ao homem o trabalho que visa a subsidiar as despesas da casa. Essa construção social exerce forte influência, uma vez que, são comprovados nos dados da pesquisa, que a maioria dos cuidadores é mulher. Concebe-se também, que questões mistificadas relacionadas ao aspecto gênero, costumam causar uma segregação de atividades entre homens e mulheres, desfavorecendo-as cultural e socialmente (MAYOR; RIBEIRO; PAUL, 2009).

Neste ponto, percebemos que mesmo com o passar dos anos e que apesar de vislumbrar-se uma ascensão da figura feminina na sociedade, ainda, espera-se que a mesma se responsabilize pelo cuidado da família, enfaticamente, se há alguém em processo ou estado de adoecimento em seu conjunto, lhe atribuindo, portanto, o papel de cuidadora principal (FONSECA; PENNA, 2008).

Na variável faixa etária, encontrou-se uma maior frequência na somatória total de cuidadores na faixa etária adulta, entre 30 a 59 anos (n=6), sendo entre estes, 02 cuidadores de idosos na faixa etária dos 50 a 59 anos, 02 cuidadores na faixa etária de 40 a 49 anos, e outras 02 entre 30 a 39 anos. Desta maneira, há uma prevalência de cuidadores adultos, fase em que há uma intensa necessidade de suporte social, psicológico e físico, pois, corresponde à fase do aparecimento de fragilidades e necessidades específicas que irão sobressair na fase do envelhecimento, enquanto processo do ciclo vital humano. Evidencia-se que, em muitos casos o cuidador é alguém que pode também se encontrar em processo de envelhecimento ou de adoecimento, necessitando, pois, de uma atenção cuidadosa a sua saúde e qualidade de vida.

Quanto a religião, a maioria dos cuidadores são católicos (n=06), sendo que os demais se identificam como evangélicos (n=4). Compreendemos que as crenças religiosas oferecem direção ao comportamento humano, inclusive em situações pessoais que abarcam o processo saúde – doença. A religião, muitas vezes, serve de suporte às pessoas ligadas a fé, favorecendo o contorno ou superação em determinada situação encarada como de difícil resolatividade (CAVALCANTE, 2010).

Com relação ao estado civil constatou-se uma maior distribuição de cuidadores com companheiro afetivo (n=5). O familiar cuidador é alguém que se destina ao cuidado do outro o colocando como prioridade e, muitas vezes, até em detrimento de sua vida pessoal (JEDE; SPULDARO, 2009). Assim, muitas vezes, por se dedicar tão esmeradamente para cuidar do outro e se encontrar envolto de responsabilidades, preocupações e obrigações, o cuidador se descuida de si próprio, de sua vida pessoal.

Na avaliação da escolaridade foram mais frequentes os cuidadores com ensino médio completo (n=4) e com ensino fundamental completo (n=3). Nada obstante, é relevante conhecer a escolaridade dos cuidadores familiares, pois ela pode influenciar no destino dado, por exemplo, às orientações da equipe de saúde com relação ao cuidado, considerando a sua ligação à habilidade de aprendizagem que é desenvolvida a partir de instruções escolares (MAYOR; RIBEIRO; PAUL. 2009).

Com relação às profissões das cuidadoras podemos citar, conforme os dados coletados: técnica de enfermagem (n=1), professora (aposentada) (n=1), cabelereira e manicure (n=1), donas de casa (n=3), profissional autônomo (n=1), pedagogo (aposentado) (n=1), comerciária (n=1), funcionária de serviços gerais (n=1). Identificamos que todos os cuidadores participantes da pesquisa desenvolvem exclusivamente a função de cuidar do familiar idoso. Em sua maioria, abandonaram seus empregos e ocupações, deixam de viver suas próprias vidas, muitas vezes seguindo para o isolamento social. Tudo em prol de acompanhar mais cuidadosamente seu idoso com dependência; entretanto, é importante que o cuidador possa receber apoio de pessoas da família, pois a exposição prolongada a uma situação potencialmente geradora de estresse contribui fortemente para o esgotamento geral do indivíduo e seu conseqüente sentimento de sobrecarga.

Em relação a renda familiar verificou-se uma maior distribuição dos cuidadores que declararam ter renda de 3 a 4 salários mínimos (n=6). Vale ressaltar que os 10 participantes da pesquisa afirmaram que se dedicam exclusivamente ao cuidado do idoso, sendo que, n=8 destes têm sua fonte de renda provinda da ajuda de familiares e n=2 são aposentados.

Deste modo, percebe-se que um ente da família, geralmente, pára de trabalhar para cuidar exclusivamente do idoso dependente e os demais componentes do conjunto, colaboram mutuamente com o subsídio financeiro deste cuidador. Em termos de renda familiar, também se concebe que famílias de alta e baixa renda, enfrentam problemas semelhantes no processo saúde – doença.

Como traços culturais, evidencia-se na sociedade brasileira uma mistificação em torno do qual, circunda-se a ideia de que os mais novos necessariamente têm o dever de cuidar dos mais velhos, quando estes se encontram em processo de adoecimento, caracterizando-se assim, com perfil de solidariedade e cristianismo, fazendo parte ainda da conduta moral e ética do cidadão (RODRIGUES; ALENCAR; ROCHA, 2009).

O cuidador reside ou passam a maior parte do tempo no domicílio do idoso que necessita de cuidados, o qual se julga de extrema relevância, pelo fato de compreender que a interação conjunta em determinado ambiente, permite as construções sociais acerca de determinado objeto.

A pesquisa revelou que a intensidade com que esses cuidadores vivenciam a situação da doença, faz com que eles realmente pertençam a esse grupo social familiar e compartilhe de coisas e conceitos em comum, o que consolidou o conhecimento do estudo em questão fundamentada na Teoria da Memória Coletiva de Maurice Halbwachs.

4.2 IDENTIFICANDO AS CATEGORIAS

Através da utilização dos recursos oportunizados pelo NVivo, realizamos uma exploração geral dos dados empíricos, por meio do agrupamento de codificações características de cada tema analítico, de maneira a formar um conjunto de dados que permite uma visão panorâmica das informações como um todo.

Em seguida os dados empíricos foram analisados conforme organização dos conjuntos de falas em temas de análise. O primeiro conjunto de falas das entrevistas possibilitou a discussão sobre o tema de análise denominado Memória, e compôs a primeira classe temática. O segundo permitiu desvelar a visão dos participantes da pesquisa, acerca da família no cuidado, constituindo a classe temática denominada Família. O terceiro conjunto de falas possibilitou uma apreciação sobre o tema Cuidado, que constituiu a terceira classe temática.

De uma maneira geral, foi utilizado os recursos do NVivo para exploração e análise do material. Dentre eles, a “*consulta de pesquisa de texto*” que gera uma imagem de árvore de palavras, com galhos representando os diferentes contextos em que ocorre a palavra ou frase.

Todas as imagens geradas por esses recursos são interativas, permitindo ao pesquisador trabalhar de forma autônoma na visualização dos dados.

O NVivo a oferece como uma ferramenta computacional para estudos de natureza qualitativa, por permitir ao pesquisador explorar e ter uma visão abrangente sobre os aspectos qualitativos dos dados coletados. Esse recurso permitiu o cruzamento entre o conjunto de codificações que compuseram cada tema de análise, gerando uma imagem para visualização das semelhanças de codificação.

A árvore de palavras permite pesquisar os sentidos de um tema de análise, ao exibir os termos adjacentes, anterior e posterior, mais usados em relação a uma expressão ou palavra, exibindo de forma gráfica a base de dados qualitativos. Com esse recurso foi possível investigar, de forma panorâmica, o conteúdo das codificações em busca de tendências nas expressões dos participantes da pesquisa.

4.2.1 A exploração dos dados

Para a exploração do material empírico e, assim termos uma visão panorâmica dos dados codificados, sem, ainda se preocupar com uma análise mais profunda e específica de cada tema analítico, utilizamos o recurso do NVivo para a análise de agrupamento, que gerou um diagrama de árvore (Figura 1), onde as codificações semelhantes se agruparam num mesmo ramo e as codificações menos semelhantes, por sua vez, se agruparam em ramos mais afastados, permitindo identificar as similaridades de codificação entre os temas e subtemas de análise.

Dessa forma, conforme demonstrado na Figura 1, identificamos que houve conceitos semelhantes entre as codificações dos temas *Memória*, *Família* e *Cuidado*, revelando um agrupamento de similaridades de codificação entre os temas.

Tal situação de semelhança de conteúdo entre as codificações dos três temas pode ser corroborada, ainda utilizando o recurso acima referido, com um aprofundamento da análise por meio do agrupamento de todos os subtemas de análise em um único conjunto, de forma independente dos seus temas de origem.

A exploração do material empírico revelou que, de uma maneira geral, não houve grandes disparidades de sentidos e conceitos na discussão dos referidos temas de análise, resultando num conjunto de codificações relativamente homogêneo, emergidos de uma visão sintética derivada de um pensamento unificado dos participantes da pesquisa. Buscaremos nas

desta tese. A esta classe temática agregou três categorias, com sete subcategorias, em seu total, conforme podem ser visualizadas no quadro 2.

QUADRO 2. Classes Temáticas, categorias e subcategorias da análise de conteúdo do estudo. Pesquisa: Memória e cuidado: história oral de familiares cuidadores de idosos com dependência funcional. Vitória da Conquista/BA, 2016.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Memória e cuidado familiar	1.1 Memórias de família 1.2 Memórias e lembranças 1.3 Memórias e cuidado
2. Memória e família	2.1 Lembranças de família. 2.2 Memória e o aprendizado em família.
3. Memória e os sentidos do cuidar	3.1 Memória e Costumes no cuidar 3.2 Lembranças e o cuidar

Fonte: Dados da pesquisa.

4.3 CLASSE TEMÁTICA, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

➤ **Classe Temática: *Memória***

Halbwachs (2006) afirma que a memória individual existe sempre a partir de uma memória coletiva, posto que todas as lembranças são constituídas no interior de um grupo. A origem de várias ideias, reflexões, sentimentos, paixões que atribuímos a nós são, na verdade, inspiradas pelo grupo. A disposição de Halbwachs acerca da memória individual refere-se à existência de uma “intuição sensível”.

Haveria então, na base de toda lembrança, o chamado a um estado de consciência puramente individual que - para distingui-lo das percepções onde entram elementos do pensamento social - admitiremos que se chame intuição sensível (HALBWACHS, 2006, p.86).

Tal sentimento de persuasão é o que garante, de certa forma, a formação do grupo, esta unidade coletiva, concebida como o espaço de conflitos e influências entre uns e outros. A memória individual, construída a partir das referências e lembranças próprias do grupo, refere-se, portanto, a “um ponto de vista sobre a memória coletiva”. Olhar este, que deve sempre ser analisado considerando-se o lugar ocupado pelo sujeito no interior do grupo e das relações mantidas com outros meios (HALBWACHS, 2006).

A condição de existência desses sistemas sociais localiza-se no caráter coletivo e simbólico da linguagem. A compreensão comum dos significados e o compartilhar de noções e conhecimentos com os membros do grupo social definem o caráter social das memórias individuais.

A memória do indivíduo depende de seu relacionamento com a família, escola, igreja e outras instituições de referência. Pensa-se, então, a memória relacionada a quadros e instituições sociais, como fato social que expressa a consciência coletiva.

A memória individual não está isolada. Frequentemente, toma como referência pontos externos ao sujeito. O suporte em que se apoia a memória individual encontra-se relacionado às percepções produzidas pela memória coletiva e pelas lembranças (HALBWACHS, 2004).

As noções de tempo e de espaço, estruturantes dos quadros sociais da memória, são fundamentais para a rememoração do passado na medida em que as localizações espacial e temporal das lembranças são a essência da memória.

Para Halbwachs (2004), o homem só pode ter memória de seu passado enquanto ser social, cada homem traz em si uma forma particular de inserção nos diversos meios em que atua. Para ele cada memória individual é um ponto de vista da memória coletiva, e esse ponto de vista varia de acordo com o lugar social que é ocupado; este lugar, por sua vez, muda em função das relações que se tem com outros meios sociais, como a família.

Neste sentido, é imprescindível à qualidade do cuidado relevar o papel da família do idoso, uma vez que ela está presente no dia-a-dia do mesmo, tendo que lidar com o processo de envelhecimento e com os problemas que o idoso pode desenvolver. Esta dinâmica vem ocasionando mudanças na própria constelação familiar, na qual a intergeracionalidade surge como uma das características do processo de envelhecimento não só individual, mas familiar, em que famílias envelhecem junto com os seus membros, se reorganizando para fazer face às demandas do envelhecimento (CARAMANO; KANSO; PASINATO, 2005).

Ao se falar em família temos diversas definições e quase sempre levam em consideração aspectos como a afetividade, companheirismo, solidariedade, sentimentos e ações que podem ser encontrados fora dos laços co-sanguíneos. Independentemente do conceito, é uma construção social influenciada pela cultura e contexto histórico em que foi concebida, sendo uma instituição importante para a organização humana na sociedade.

O envelhecimento e em particular a velhice, podem ser considerados momentos de crise no ciclo vital uma vez que representam situações de mudanças (bio-psico-sociais) requerendo do ser que envelhece e daqueles que com ele convivem adaptações a esta etapa da vida (CARAMANO; KANSO; PASINATO, 2004).

Os indivíduos ao se agruparem constituem grupos, que se caracterizam por manterem semelhanças, justamente porque seu papel é desenvolver um conteúdo idêntico, isto é, os traços fundamentais do grupo. Neste contexto, a figura dos mediadores ganha uma função fundamental nesse processo de manutenção da identidade grupal. Apresentados como elo vivo entre gerações, os mediadores transmitem a história de um passado vivido e experimentado.

No meio familiar, os avós e os pais representam a imagem da união entre seus antepassados e seus descendentes. Para Halbwachs (2004) transmitir uma história, sobretudo a história familiar, é transmitir uma mensagem, referida à individualidade da memória afetiva de cada família e à memória da sociedade mais ampla, expressando a importância e permanência do valor da instituição familiar. A importância do grupo familiar como referência fundamental para a reconstrução do passado advém do fato de a família ser ao mesmo tempo, o objeto das recordações dos indivíduos e o espaço em que essas recordações podem ser avivadas.

Assim, as várias tradições, costumes e valores familiares são transmitidos de geração a geração, pelos familiares mais velhos aos mais novos, tornando tais lembranças características, em relação aos vários grupos familiares.

A partir desta compreensão da memória coletiva, subdividimos esta categoria nas seguintes subcategorias, que são: *1.1 Memórias de família; 1.2 Memórias e lembranças; 1.3 Memórias e cuidado.*

SUBCATEGORIA 1.1 – Memórias de família

Esta subcategoria refere à memória que está ligada a aprendizados a partir de familiares, bisavós, avós, mãe, tias; os sentimentos e as percepções do cuidador em relação ao cuidar de seu ente parental longo, está apresentada pelas lembranças de maneiras de cuidar presentes na família, e repassados por familiares que fizeram parte de um passado do cuidador familiar. Podemos perceber nas falas do cuidador familiar Safira,

“Na minha família sempre teve esse cuidado. Um cuidando do outro... filho cuidava do pai e da mãe, sobrinho do tio, neto do avô, todo mundo dava atenção quando adoecia, corria para ajudar, para socorrer”. (Safira)

“[...] E desse jeito continua, cuido de minha mãe do jeito que aprendi [...]”. (Safira)

A memória familiar também demonstra uma união e valorização familiar pré-existente ao evento gerador de dependência do idoso, bem como de manutenção da harmonia e equilíbrio. Em muitas situações, esta memória e estes laços de união são reforçados, contribuindo para que haja apoio entre os membros. O sentimento de perda e as demandas que surgem com a doença, levam a estreitamento de laços e reaproximação familiar. Como podemos observar na fala do cuidador:

“Na família, a família... me lembro de sermos muito unidos, cuidadosos uns com os outros, aprendi isso e tento ser cuidadosa com ela, dar carinho, atenção”. (Ágata)

Percebemos que os grupos familiares se caracterizam em semelhanças justamente porque seu papel é desenvolver um conteúdo idêntico, isto é, os traços fundamentais do grupo. Se há uma preocupação em manter a identidade do grupo familiar através de sua memória, é importante que as mudanças não o desintegrem. Mantendo as relações entre esses traços fundamentais tanto através do tempo com relação aos conteúdos anteriores, como também na manutenção daquilo que permanece como a essência da identidade da família.

SUBCATEGORIA 1.2 - Memórias e lembranças

Ao pretender expor o caráter social da reconstrução das lembranças, que encerra um sentimento próprio e particular. Sua existência tem um caráter único, decorrente de sua posição espacial e temporal e que apenas um único e determinado indivíduo possui em sua biografia. As lembranças estariam alojadas no inconsciente, e embora precisemos dos outros para a reconstrução, as marcas do caminho já estão presentes nos indivíduos. Como podemos perceber nas palavras ditas pelos participantes da pesquisa.

“Pra cuidar dela sempre lembro do cuidado que ela pra mim e para meus irmãos... era muita dificuldade. Mas nunca faltava a união, preocupação, não deixava faltar nada... é disso que me lembro quando vou cuidar dela”. (Esmeralda)

A Memória pode-se traduzir como vivências e aprendizados do passado, que afloram no pensamento de cada um, no momento presente; ou ainda, como a capacidade de armazenar dados ou informações referentes a fatos vividos no passado. Para que uma lembrança seja reconhecida e reconstruída, os atores sociais precisam buscar marcas de proximidade que os permitam continuar fazendo parte de um mesmo grupo, dividindo as mesmas recordações.

A continuidade desses quadros de lembranças que atuam sobre os indivíduos em diferentes circunstâncias é que permite a rememoração e fortalece a memória coletiva, na medida em que se define o que ele deve lembrar e/ou esquecer.

“O que me ajuda a cuidar, a fazer um bom cuidado é a lembrança de minha mãe, o jeito dela tratar a família, atendia todo mundo (os filhos), esse cuidado dela é que me ajuda a cuidar dele (o marido)”. (Diamante)

“A lembrança que me ajuda a cuidar dela é o carinho dela, o cuidado, a preocupação dela com todos nós [...] mas tudo isso era carinho e cuidado de mãe; é isso que me ajuda a fazer um cuidado especial a minha mãe”[...] (Cristal)

Há nesse processo de memória coletiva, critérios que definem o que será lembrado com maior clareza e prioridade. No primeiro plano, terá destaque nas memórias de um grupo, aquilo que foi vivido por um maior número de pessoas e que resulta de experiências coletivas; já as experiências relacionadas a um número menor de integrantes adquirem um caráter de segundo plano.

Isso explica o fato de determinadas lembranças de grupos internos e menores dentro de um grupo maior ser pouco lembradas e/ou esquecidas. Somente na presença de circunstâncias específicas, essas lembranças ganham espaço e se despertam para determinados indivíduos.

Mesmo que a lembrança corresponda a um acontecimento distante no tempo, o contato com as pessoas que também viveram aquelas situações, ou com os lugares em que elas aconteceram permite a rememoração daqueles fatos, numa relação entre memória individual e memória coletiva. Isso mostra que “a representação das coisas evocada pela memória individual não é mais que uma forma de tomarmos consciência da representação coletiva relacionada às mesmas coisas” (HALBWACHS, 2004).

SUBCATEGORIA 1.3 - Memória e cuidado

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:

“faço o cuidado que aprendi com ela (a tia) e com a minha avó, que foi quem me criou, uso dos mesmos cuidados dela [...]”. (Pérola)

“O que contribui para o cuidado que faço com meu pai, é mesmo o cuidado dele com agente. Cuido dela como ela cuidou de meu pai e de minha família, me lembro de quando era criança, das comidas, dos chás, e o que ela pode comer e do que ela gosta, sempre faço [...]”. (Jade)

“Na família sempre é onde você mais aprende, aprende o respeito pelo outro, a importância em cuidar de pai e mãe, avós, tios, cada uma tem um jeito, e a minha me ensinou o respeito, dar atenção, cuidado, ser atencioso [...]”. (Rubi)

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.

Ao observarmos as falas dos cuidadores, vemos que o ato de cuidar de seu parente idoso é algo que foi ocorrendo sutilmente, se desenvolvendo através de experiências pessoais deste membro da família, determinado pela cultura. Já mencionamos anteriormente que o ato de cuidar tem forte influência da cultura em que vivemos e no nosso país temos a cultura dos membros adultos cuidarem dos mais novos e mais velhos, sendo que a proximidade física conta muito na escolha do familiar que cuidará do idoso. Todos os nossos cuidadores expressaram ter uma proximidade física bem curta com seus parentes idosos no dia a dia.

Neste sentido, não é senão “a partir de uma análise sutil da experiência individual de pertencer a um grupo, e na base do ensino recebido dos outros, que a memória individual toma posse de si mesma” (HALBWACHS, 2004).

E isso porque a memória individual não é nada mais do que a memória formada pela vivência de uma pessoa em diversos grupos ao mesmo tempo. É a soma não redutível destas várias memórias coletivas que se alocam no ser e representam a sua parcela individual de experiência. Em outras palavras, a constituição da memória é, em cada indivíduo, uma combinação aleatória das memórias dos diferentes grupos nos quais ele sofre influência – e isso explicaria, em grande medida, porque as pessoas guardam memórias diferenciadas.

4.3.2 CATEGORIA 2 – Memória e família

Segundo Szymanski (1992), temos uma família quando pessoas convivem assumindo o compromisso de uma ligação duradoura entre si, incluindo uma relação de cuidado entre os adultos e deles para com as crianças e idosos que aparecerem nesse contexto.

Acreditamos que a estrutura familiar não é um determinante da forma como se dá a solicitude, ou do modo das pessoas cuidarem de sua relação numa família. O que tem relevância, nesse caso, são suas histórias, a cultura familiar e sua organização significativa do mundo.

Os modos de ser são apresentados ao indivíduo desde o nascimento dele, então ele constrói a memória a partir de quando entra em contato com a cultura e com ela interage. Segundo Halbwachs (2004), o indivíduo passa a fazer registros mnêmicos à medida que abandona seu estado inicialmente instintivo e insere-se numa vida de relação e de troca com o outro.

O relacionar-se com o outro, o pensar com o outro e como o outro insere a criança na corrente de pensamento do grupo. O grupo primordial de convívio da criança é a família. E só com o passar do tempo ela passa a conviver com outros grupos e a fazer parte de outras correntes do pensamento.

A criança é inserida na corrente de pensamento pelos comentários, reações e significados que os familiares atribuem aos acontecimentos. Tais significados estão inseridos dentro de um quadro social e, por isso, são guardados na memória. Nem sempre o acontecido passa imediatamente a fazer parte da corrente de pensamento da criança, por vezes ele é significado posteriormente, de acordo com as vivências e a maturidade por ela adquiridas.

As lembranças da infância, muitas vezes, não são rememoradas porque, à época do acontecimento, o indivíduo ainda não estava inserido na corrente de pensamento. Pode ocorrer, também, que determinado fato seja lembrado não porque a criança o selecionou, mas porque ela percebeu que foi importante para os pais, ou porque despertou preocupação nos adultos e, por isso, mereceu ser lembrado. Através dos comentários de familiares, a criança percebe que determinado fato ultrapassou o círculo familiar e se inseriu em uma memória social, na história vivida da sociedade.

A família é a primeira instituição de que o sujeito participa e, como tal, está ligada à estrutura social, recebendo da sociedade uma força coerciva. As famílias, assim como outras instituições, expressam nos modos de pensar, sentir e agir, o funcionamento, a fisiologia social, as representações e a consciência coletiva. A família é a instituição que introduzirá o sujeito à coletividade, aos modos de ser de certa sociedade. Ao longo da vida, este amplia seu

convívio, pois se insere em diferentes memórias coletivas e participa de grupos distintos, compartilhando das consciências coletivas de cada um deles.

Apesar de a família ter mudado sua estrutura, devido à necessidade dos adultos inserirem-se no mercado de trabalho, afastando-se das incumbências do núcleo familiar, ela ainda é o grupo matriz, a referência e a base dos valores, da cultura, da proteção e do amor. É também lugar de exercício de poder, de definições de papéis e experiências de liberdade e de repressão (BACELAR, 2002).

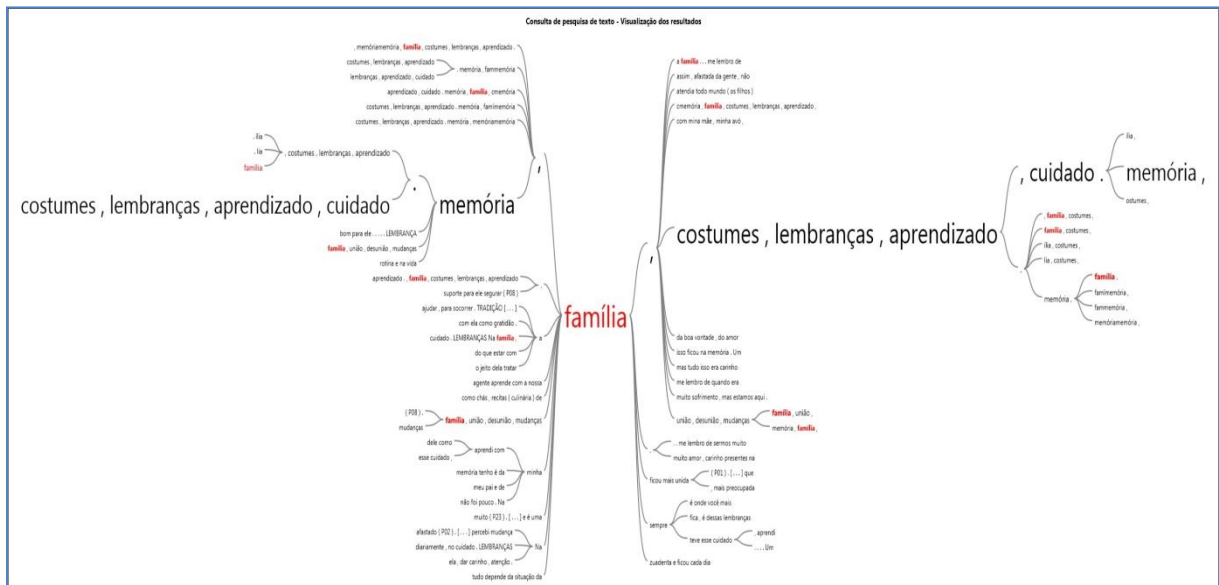
A família é uma rede social solidificada historicamente e reconhecida em relevância no que condiz aos cuidados de saúde, constituindo um desafio discuti-la em seus pormenores, visto que a mesma possui uma complexidade de aspectos passíveis de entendimento e compreensão (OHARA; RIBEIRO, 2008).

De acordo com Santos (2004), Petronilho (2007) e Figueiredo (2007), as decisões para cuidar no domicílio estão relacionadas com fatores como o parentesco, a existência de cônjuges e filhos, predominantemente do sexo feminino, e as suas proximidades física e afetiva.

Tradicionalmente, as tarefas de prestação de cuidados à pessoa dependente cabem, dentro da família, aos membros femininos mais próximos (esposa, filhas, noras) o que tem a ver com a educação recebida e com a construção social das funções da mulher. Estes fatores, contribuem para a ideia de que as mulheres estão melhor preparadas e são mais voluntárias. Outros autores – Sousa (2004), Saraceno e Naldini (2003) e Figueiredo (2007) – acrescentam as variáveis econômicas, padrões e normas sociais vigentes em cada cultura, concepção de vida, história de cada indivíduo, noção de dever, peso da censura social e gratidão.

Na construção desta categoria, o recurso do NVivo permitiu identificar as tendências nas expressões dos participantes da pesquisa. Por meio desse recurso, foi possível ter uma visão panorâmica de alguns contextos em que foram utilizados o termo “família”, apresentados na árvore de palavras (Figura 4).

FIGURA 4. Arvore de palavras, referente a categoria Memória e família. **Método Nvivo.** Pesquisa: Memória e cuidado: história oral de familiares cuidadores de idosos com dependência funcional.



Fonte: Vitória da Conquista/BA, 2016. Via QSR NVivo®.

Assim, a família é uma importante rede informal de apoio ao idoso, constituindo-se como parceira das redes formais de apoio social. O fato de se coabitar e cuidar de um familiar idoso dependente pode ser um fator desencadeante de mudanças no sistema familiar, levando-o ao desequilíbrio em seu funcionamento.

O apoio familiar, portanto, está relacionado ao contexto de maior ou menor vulnerabilidade social. Vulnerabilidade é um construto multidimensional entendido como um processo de estar em risco para alteração na condição de saúde, resultante de recurso econômico, social, psicológico, familiar, cognitivo ou físico inadequado (SHEPARD; MAHON, 2002).

Deste modo, tenta-se fazer com que as pessoas idosas consigam permanecer nas suas habitações e com as suas famílias, o máximo de tempo possível e, com o máximo de autonomia. Contudo, existe uma necessidade crescente de acompanhamento e de cuidados para com estas pessoas. Estes cuidados podem ser assumidos pelas famílias com quem coabitam, porém, tal atitude pode alterar a maneira de funcionar da família, podendo ocorrer mudanças no nível da individualidade e da autonomia de todos os elementos da família, como também alguns poderão ter a necessidade de alterar ou desistir de alguns projetos de vida, contribuindo tudo isto para modificar a estrutura da família e para criar novas relações entre os seus membros (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Compreende-se assim, que a responsabilidade de proporcionar ajuda à pessoa idosa dependente tem sido identificada como um dos fatores que pode precipitar crises familiares e

afetar especialmente o cuidador principal, que é o membro da família que suporta a maior carga física e emocional dos cuidados (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Assumir a prestação de cuidados de uma pessoa dependente é uma decisão complexa, que envolve variáveis econômicas, culturais e sociais designadamente padrões e normas sociais vigentes em cada cultura, concepções de vida, história de cada indivíduo, noção de dever, sentimentos de gratidão ou, simplesmente, o receio da censura do grupo ou da sociedade (SOUSA, 2004).

Assim, a partir dos estudos de relações familiares no cuidado ao idoso com dependência funcional, subdividimos esta categoria nas seguintes subcategorias, que são: *2.1 Lembranças e união da família; 2.2 Memória e o aprendido em família.*

SUBCATEGORIA 2.1: Lembranças e união da família

A família é uma unidade social complexa e diversificada, cujos aspectos que a envolve faz reconhecer que pouco se sabe sobre sua realidade, especialmente porque cada família tende a criar seu próprio ambiente. Por isso, conhecer a experiência do cuidado familiar é adentrar em um universo complexo e singular, que compõe um sistema cultural de cuidado à saúde, diferente e complementar ao sistema profissional de saúde (ANGELO, 2008).

A maioria dos problemas de saúde é tratada na família. Elsen (1994) refere que a família é a primeira a reconhecer os sinais de alteração na saúde de cada um dos seus membros, bem como a primeira a realizar o cuidado, uma vez que o desequilíbrio na saúde do sujeito afeta não só a ele, como também a dinâmica familiar.

Durante a realização da coleta de dados foram feitos relatos pelos participantes da pesquisa, apresentando manifestações de que após a instalação da doença no âmbito familiar, os componentes dessa rede se uniram em favor do bem comum, que seria então, o cuidado ao idoso acometido,

“[...] a família ficou mais unida, mais preocupada um com o outro, se preocupam com minha mãe e comigo também, com minha saúde.... sempre ligam ou vem visitar [...]”. (Ametista)

“[...] mas nunca faltava a união, preocupação, não deixava faltar nada... é disso que me lembro quando vou cuidar dela [...]”. (Jade)

“[...] a família [...] me lembro de sermos muito unidos, cuidadosos uns com os outros, aprendi isso e tento ser cuidadosa com ela, dar carinho, atenção [...]”. (Ágata)

Consideramos, neste contexto, um conceito oportuno no âmbito familiar: o suporte familiar, o qual se reporta a um construto de difícil definição e operacionalização, abrangendo questões referentes às complexas relações que se estabelecem entre os membros de uma família. Mais especificamente, a manifestação de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva existente entre os integrantes da família (ALVES et al., 2008).

De acordo com o pensamento de união familiar, concordamos com Alvarenga et al. (2011) que, aponta que composição familiar e das funções que seus membros exercem é importante porque fornece informações significativas para melhorar o planejamento do cuidado aos idosos, uma vez que a família satisfaz numerosas necessidades de seus componentes, sejam físicas (alimentação, habitação, cuidados pessoais), psíquicas (autoestima, amor, afeto) ou sociais (identificação, relação, comunicação, pertencimento a um grupo). O suporte social da família ajuda os idosos no processo de enfrentamento e recuperação de enfermidades, estresse e outras experiências difíceis da vida.

SUBCATEGORIA 2.2: Memória e o aprendido em família

Foi evidenciado que alguns familiares cuidadores consideraram mudanças na família, na estrutura física e na rotina do seu contexto familiar.

Idosos com dependência funcional requerem cuidados especiais diante de suas necessidades. Assim, uma das maneiras de reorganizar o ambiente para receber o idoso em seu domicílio, é realizar algumas adaptações estruturais na casa e com o mobiliário. Toda a dinâmica, portanto, se altera em virtude da adaptação, ou melhor, da readaptação deste idoso ao seu convívio familiar.

“[...] a gente aprende a lidar [...] ai agente entende que tem que cuidar [...] não deixando faltar nada, dando atenção, ficando sempre perto, fazer a comida na hora certa, dar água na hora certa, dar os remédios, cuidar da pele, como a enfermeira do posto ensinou, dar banho, limpar a casa [...] tudo isso, e teve que fazer reforma no banheiro, suporte para ele segurar, e no quarto”. (Safira)

“[...] depois que ele adoeceu para cá não fiz mais nada, só cuidando dele”. (Esmeralda)

“[...] a atenção é maior agora na doença... ah, minha vida mudou muito, eu me preocupo mais agora... tenho que cuidar dela; eu deixei de trabalhar pra ficar com ela [...]”. (Rubi)

A literatura aponta predominantemente à dinâmica da família com alterações, em casos de idosos com dependência funcional. A rede familiar sofre uma desestruturação em sua conjuntura devido ao impacto do processo de adoecimento e, pode vir a apresentar dificuldades, durante a prestação de cuidados ao paciente, após as limitações impostas pelo processo de dependência do idoso.

Também sabe-se que uma das modificações existentes na rotina familiar, é a inserção de um cuidador que se destina ao apoio do idoso dependente e que pode ainda se sobrecarregar com o excesso de atividades que lhe são atribuídas em face das necessidades da patologia.

Neste contexto, de aceitação da mudança ocorrida no ambiente familiar, proveniente do adoecimento do familiar idoso, tem influências da memória, sendo apresentadas através de lembranças do vivido e aprendido em família. A memória como produto da linguagem, também é pensada como produção simbólica e parte integrante de um imaginário social. Nesse sentido, tanto a memória como a tradição são vistas como fruto de um tempo determinado e de um conjunto social dado, por poderem constituir-se elementos da história de mentalidades coletivas. Percebemos nas falas dos participantes da pesquisa:

“Estou me sentindo bem, realizando um cuidado como aprendi com minha mãe, minha vó, fico mais tranqüila sabendo que ela está sendo cuidada como mesma me ensinou”. (Ametista)

“Estou muito bem com minha família, faço tudo como aprendi aqui mesmo. Tem que valorizar a família, os parentes, o que agente vive, o que aprendeu”. (Safira)

Segundo Vasconcelos (2001) diz que a memória marca “os pontos que se fixam em volumes de lembranças, prontas a emergir dos escaninhos mais profundos da alma, da pessoa que rememora”. Nesse caso, observamos que o mais importante para o familiar cuidador é a sua própria rememoração, a qual ela expõe conforme sua vontade. É nesse vínculo entre presente e passado que se percebe a estreita relação entre a memória e o ato de concordar ou aceitar mudanças necessárias para a realização do cuidado.

Neste contexto, formação da memória, aponta que as lembranças podem, a partir desta vivência em grupo, neste caso grupo familiar, ser reconstruídas ou simuladas. A lembrança “é uma imagem engajada em outras imagens” (HALBWACHS, 2004).

Os vínculos familiares, os costumes e as tradições conduzem a forma do aprendizado em família e como será realizado o cuidado e a permanência do idoso. Hábitos alimentares, por exemplo, são mantidos e preservados no cotidiano, os costumes religiosos, as formas de

tratamento e de cuidar do idoso, também podem ser determinado por tradições e costumes familiares que estão presentes na memória do grupo social da família.

Esse convívio e a valorização de tradições, costumes, hábitos familiares torna as relações de cuidado ao idoso mais tranqüilo, favorecendo a melhor aceitação das mudanças necessárias no cotidiano da família e do cuidador, buscando a realização do cuidado mais próximo, que valoriza todo o aprendizado ocorrido no ceio familiar, além de fortalecer os laços familiares e revelar o sentido do envelhecimento ao lado da família.

4.3.3 CATEGORIA 3 - Memória e os sentidos do cuidar

“Cuidar da vida [...] esta arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir, está na origem de todos os acontecimentos e na matriz de todas as culturas” (COLIÈRE, 2003, p.1). Assim, para Colière o cuidar é amplo, é o conjunto que contém tudo, onde está contida a saúde, doença e as grandes passagens da vida. Portanto, devemos cuidar do ser que vive em todos os momentos, ao nascer, na infância, na adolescência, na juventude, no namoro, no casamento, na gestação, na maternidade, na menopausa ou andropausa, na senescência e na morte. E, desse modo, consideramos fundamental cuidar do idoso com dependência funcional.

Na maioria das vezes, a tarefa de cuidar recai sobre um membro da família, que assume essa função, geralmente, por obrigação/dever moral relacionado ao cumprimento de uma norma social, a qual estabelece a responsabilidade da família de cuidar de seus membros (CAMACHO et al., 2012). Estando o processo de cuidar do familiar idoso com dependência funcional inteiramente ligado a aspectos da memória, às lembranças do vivido.

A origem de várias idéias, reflexões, sentimentos, paixões que atribuímos a nós são, na verdade memórias inspiradas pelo grupo, que pode ser o grupo familiar. A disposição de Halbwachs acerca da memória individual refere-se à existência de uma “intuição sensível”. Vejamos,

Haveria então, na base de toda lembrança, o chamado a um estado de consciência puramente individual que - para distingui-lo das percepções onde entram elementos do pensamento social - admitiremos que se chame intuição sensível (HALBWACHS, 2004, p.41).

Para Halbwachs (2004), a memória é o centro das tradições e também da identidade, pois é devido ao que é lembrado, àquilo que é significado naquele momento de reconstrução que o indivíduo representa-se e representa, também, o mundo.

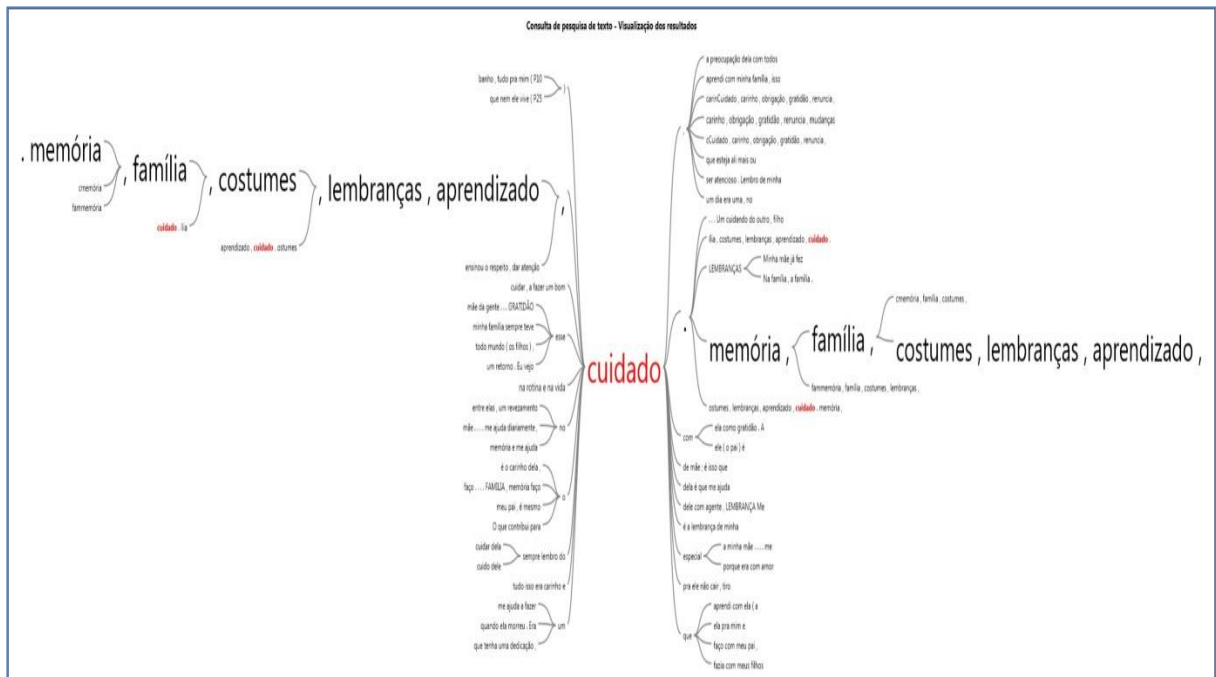
Sendo assim, então um estudo da maneira como nos lembramos – a maneira como nos apresentamos nas nossas memórias, a maneira como definimos as nossas identidades pessoais e coletivas através das nossas memórias, a maneira como ordenamos e estruturamos as nossas ideias nas nossas memórias e a maneira como transmitimos essas memórias a outros – é o estudo da maneira como somos (FENTRESS; WICKHAM, 1992, p.20).

À medida que ocorre o comprometimento funcional, o idoso vai se tornando cada vez mais dependente de outra pessoa para a realização do seu autocuidado. É a partir deste momento que, surge a necessidade de um cuidador, o qual consiste naquela pessoa que auxiliará o idoso no desempenho das atividades cotidianas que o mesmo não consegue realizar (YAMASHIDA et al., 2010).

O cuidado expressa uma condição humana, e sem ele não seria possível o desenvolvimento da espécie humana. Segundo Boff (2003), a expressão mais alta do cuidado se concretiza por meio do amor. Por mais estranho que seja utilizar um sentimento na esfera profissional, já que amor é compreendido somente como um sentimento, pode-se dizer que o cuidar propicia a cada indivíduo a possibilidade de ser mais amoroso. O cuidado é uma via que conduz a missão de amar, ajudar e também a dar carinho. O amor na esfera profissional do cuidado liga-se ao comportamento, ou seja, mesmo não tendo amor por determinado indivíduo o comportamento que tenho com o mesmo pode ser de modo amoroso. Este modo de se comportar se expressa pela gentileza, respeito, honestidade, entre outros comportamentos influenciados pelo amor.

Através do recurso do NVivo, foi possível, identificar as tendências nas expressões dos participantes da pesquisa. Por meio desse recurso, foi possível ter uma visão panorâmica de alguns contextos em que fora utilizado o termo “cuidado”, apresentados na árvore de palavras (Figura 5).

FIGURA 5. Arvore de palavras, referente a categoria 3: Memória e os sentidos do cuidar. **Método Nvivo.** Pesquisa: Memória e cuidado: história oral de familiares cuidadores de idosos com dependência funcional.



Para Waldow (2004), ser é cuidar e, as várias maneiras de estar no mundo compreendem diferentes maneiras de cuidar. Precisamos conhecer o contexto do cuidado oferecido pelas famílias dos idosos com dependência funcional. Porque “Eu” cuido de acordo com minha experiência como fui cuidado, pois o cuidado qualifica nossos relacionamentos com os outros.

Waldow (2001) define o cuidar como: “comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer” (p.127).

Os significados do cuidar envolvem relacionamento entre pessoas e a forma de viver destas, bem como o contexto de vida que as cercam. Leininger, ao elaborar sua teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural, parte do pressuposto que “culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes, apesar de haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo” (LEININGER, 2002, p.48).

Portanto, o cuidado proporcionado ao idoso pela família tem por base os aspectos culturais, sociais, econômicos e afetivos, sendo necessário compreendermos esta unidade familiar, pois as formas de como se cuida são variadas e podem sofrer influências, também, dos novos conhecimentos que são apreendidos.

Assim de acordo com o antropólogo Malinowski (1975) “cada cultura possui seus próprios valores: as pessoas têm suas próprias ambições, seguem os seus próprios impulsos, desejam diferentes formas de felicidade”.

Nesse sentido, Leininger (2002) ao perceber que o cuidar estava imbuído de aspectos culturais, começou a estudar antropologia e a influência da cultura nos aspectos cuidativos, sendo a pioneira da enfermagem a mergulhar no universo cultural das pessoas para compreendê-las. Ela retirou da antropologia o componente cultural e, da enfermagem, o cuidado para construir sua teoria, pois acreditava que as pessoas têm práticas de saúde específicas de acordo com sua cultura.

A abordagem cultural favoreceu, na obtenção das pessoas idosas com dependência funcional, conceitos quanto aos cuidados que recebem dos familiares, permitindo-nos conversar com liberdade, sem nos modelarmos apenas em aspectos tecnicistas que poderiam desviar, muitas vezes, a essência dos interlocutores.

Leininger (2002), define o cuidar como “as ações e atividades dirigidas a assistência, o apoio e a capacitação de outras pessoas ou grupos que mostram necessidade evidente, com o fim de atenuar ou melhorar tal situação ou modo de vida ou de afrontar a morte”. Presumimos que o cuidar pode ser demonstrado através de diversas expressões, ações, padrões, estilos de vida, pois o cuidado humano é universal e variável de acordo com a cultura.

A partir das palavras associadas às memórias, realizamos a identificação das Subcategorias: *3.1 Memória e Costumes no cuidar; 3.2 Lembranças e o cuidar.*

SUBCATEGORIA 3.1: Memória e Costumes no cuidar

Oferecer cuidados está relacionado com dever, com troca, valores reforçados como necessários para enfrentar a velhice em condições de cronicidade, mas também estão interligados com a memória dos indivíduos e com as tradições e costumes da família.

Neste sentido, Waldow (2004) considera o cuidado como: “aceitação, compaixão, envolvimento, preocupação, respeito, proteção, amor, paciência, presença, ajuda, compartilhamento”, e estes se constituem em costumes aprendidos na família. Além disso, também é visto como seguro de velhice, compensação parental, e intercâmbio social no qual investe na formação dos filhos para quando envelhecer serem retribuídos através do contrato intergeracional implícito (NERI et al., 2001).

“Eu acho que é um momento de um retorno que a gente pode dar aos nossos pais...”. (Ametista)

“Eu tenho o dever e a obrigação de cuidar dela... o que ela fez comigo, eu agora estou fazendo com ela; tem que ver com carinho, com amor... tem que cuidar, e cuidar com carinho e amor, é um dever da gente”. (Perola)

Os participantes do estudo têm na família a retribuição dos cuidados que foram dados aos filhos, que passam a ter a obrigação de retribuir, sendo este um costume familiar presente na memória. Alguns conflitos são gerados na família e a retribuição não acontece devido à má qualidade dos relacionamentos dos idosos com seus familiares.

Para alguns autores, o valor da reciprocidade acontece nas relações de cuidados dos filhos para com os pais e esporadicamente para com os outros familiares da geração precedente. “Por extensão, os cônjuges dos filhos e seus descendentes compartilham o dever de cuidar, embora a responsabilidade recaia sobre os filhos e filhas” (NERI et al., 2001, p.13).

Em consonância, ao estudo de Neri (2001) com nipo-brasileiros, a reciprocidade é um fundamento da ordem social, é considerado o mais elevado comportamento moral que o indivíduo pode revelar, é a demonstração de apoio completo aos pais, é com base no dever de reciprocidade e na idéia de obrigação que eles cumprem o dever de cuidar dos pais idosos (NERI, 2001).

A memória também se faz presente quando a questão é o “ter que fazer”, envolvendo neste contexto as lembranças de ajudas e tratamentos recebidos no passado. Além disso, traz também a dimensão da tradição, do costume, no qual os mais jovens devem cuidar dos mais velhos. A memória, neste interim, apoia-se sobre o “passado vivido”, o qual permite a constituição de uma narrativa sobre o passado do sujeito de forma viva e natural, mais do que sobre o “passado apreendido pela história escrita” (HALBWACHS, 2004).

SUBCATEGORIA 3.2: Lembranças e o cuidar

A memória também pode conduzir a uma percepção do cuidar contrária ao “ter que fazer”, baseados em lembranças da família, de como esta questão do cuidar dos entes mais velhos se configura em uma tradição que é respeitada e lembrada pelos mais jovens. Neste caso, envolve as lembranças de tratamentos amorosos e carinhosos recebidos no passado e, apoia-se, mais uma vez, sobre o “passado vivido”, o qual permite a constituição de uma narrativa sobre o passado do sujeito de forma viva e natural, mais do que sobre o “passado apreendido pela história escrita” (HALBWACHS, 2004).

A tarefa de cuidar requer muito mais do que obrigação, ela necessita de comprometimento consigo mesmo, e comprometimento familiar como cuidador (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

“Eu tenho muito amor, muito carinho por ela (a mãe). Faço com maior prazer, porque é minha mãe...”. (Perola)

“Amor, carinho que eu tenho por ela, eu faço tudo pela minha vizinha, como me lembro, como aprendi com ela própria”. (Rubi)

O cuidado familiar é assumido muitas vezes por uma manifestação de afeto, pois na visão popular amar desencadeia automaticamente o ato de cuidar, apesar de este sentimento ser uma motivação, o cuidar não deixa de ser um dever (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Alguns cuidadores são eleitos pelo idoso para assumir o cuidado, sendo assim, ser cuidador é uma escolha mútua do cuidador junto ao idoso. A responsabilidade de assumir este papel vem construída por uma história familiar influenciada por vários fatores (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006).

Ter recebido cuidados no passado influencia para que o cuidador se comprometa para a realização do cuidado e aceite incondicionalmente a ação de cuidar, tanto para o presente como para um futuro próximo. O cuidar de um idoso com dependência nos faz refletir que o cuidado vai além de nós, tendo que aprender a olhar e viver no mundo de outra pessoa, aprendendo a conviver com suas qualidades e seus defeitos, superando o trabalho árduo e adquirindo todo dia auto-conhecimento e conhecimento do outro, construindo uma relação que teve início com pouco conhecimento prévio e preconceitos inicialmente intitulados (MAZZA; LEFEVRE, 2005).

Uma das formas de conceber o cuidado familiar, que emanou dos relatos dos Participantes da pesquisa, é a gratidão para a realização do cuidado, porque é a família que atende suas necessidades básicas e afetivas, com as quais eles estão satisfeitos e são gratos pelos cuidados recebidos.

No que diz respeito ao papel da família, a Constituição Brasileira (1988) reza sobre o dever que têm os filhos maiores de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade, devendo ocorrer de preferência nos lares. Entretanto, ressalta a responsabilidade do Estado e da sociedade em amparar as pessoas idosas.

Assim, na sociedade brasileira, tanto do ponto de vista da organização social como legal, recai sobre a família, a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas vivendo em situação de cronicidade, sem ser dado à mesma um preparo para tal função (SOUZA; BRÊTAS, 2005).

Cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, e que são indispensáveis na sua manifestação (COLIÈRE, 1999). Os idosos reconhecem o empenho, o amor, a preocupação, o incentivo que a família lhes assegura para a manutenção da vida, por isso associaram o cuidado familiar à satisfação e gratidão. Os relatos explicitam a valorização e gratidão, bem como a alegria e o prazer que a família pode proporcionar com ações cuidativas simples como um telefonema, portanto, mesmo distante pode se proporcionar conforto e carinho. Com a perda da capacidade para o autocuidado e/ou realização de atividades na comunidade, o idoso passa a depender do cuidado familiar, que expressam da seguinte forma:

“Eu vejo esse cuidado com ela como gratidão, tenho lembrança do cuidado realizado pela minha mão, pela minha vó... e assim tento seguir o que aprendi”. (Ametista)

“Eu me sinto bem em cuidar dele porque ele sempre foi muito assim com a gente, comigo e com os filhos. É uma forma da gente retribuir tudo que ele foi...”. (Esmeralda)

“Sentimento de filha, de gratidão, né, pelo que ela fez por mim, lembranças boas da família”. (Perola)

“Eu tô devolvendo um pouquinho da atenção que ela me deu quando eu precisei... me lembro bem... nunca esquecerei. Ela cuidou de mim, agora é a minha vez...”. (Cristal)

Compreendemos, assim, o sentimento de gratidão, que induz à realização do cuidado, nestes casos, fazem parte das lembranças do indivíduo. Concordamos, pois com Halbwachs (2004), quando aponta que as lembranças podem, a partir desta vivência em grupo, ser reconstruídas ou simuladas. Podemos criar representações do passado assentadas na percepção de outras pessoas, no que imaginamos ter acontecido ou pela internalização de representações de uma memória histórica, a lembrança, de acordo é uma imagem engajada em outras imagens.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as memórias de familiares que cuidam de idosos com dependência funcional verificamos que a importância da memória na constituição do indivíduo como ser humano, membro de um grupo social, constituído por diversos indivíduos que possuem as mesmas características, mesmos costumes, tradições, contribuindo assim para a formação e permanência das memórias, que irão contribuir para a construção de uma identidade do grupo e dos indivíduos que o compõe, gerando um sentimento de pertencimento ao grupo ou a uma família, o que caracteriza a memória coletiva. A partir de tal percepção, foi possível responder aos objetivos propostos e, confirmar os pressupostos apresentados para a construção desta tese.

Acerca do perfil sócio-cultural de familiares que cuidam de idosos com dependência funcional, para o alcance do perfil social e cultural destes autores sociais buscamos identificar variáveis, como sexo, idade, religião, estado civil, escolaridade, profissão, inserção no mercado de trabalho, renda, e convívio familiar, entre outros, e favorece o entendimento do contexto familiar do idoso com dependência funcional. Identificamos uma predominância de cuidadores do sexo feminino, entre 30 a 70 anos, católicos, estudaram até o ensino médio. A maioria destes cuidadores familiares são os filhos dos idosos dependentes, que deixaram seus empregos, por compreenderem a necessidade de seu ente, outros cuidadores são do lar, facilitando assim o processo de cuidar em tempo integral de seu familiar.

Ao desvelar as memórias das famílias cuidadoras verificamos que estas se ancoram em situações vivenciadas pelo indivíduo na família, em aprendizados passados por um outro membro da família, em lembranças de situações vividas ou observadas que ficaram presentes nas memórias. Percebemos que os eixos de ancoragem identificados são os que apresentam mais importância nas memórias dos participantes da pesquisa, sendo estes: família, cuidado, lembrança, amor, carinho, aprendizado, costumes, entre outras.

Assim, as memórias dos cuidadores trazem a tona as lembranças, os aprendizados, os costumes, a importância do carinho, do amor e do cuidado ao ente familiar e, estes influenciam nas relações de cuidado junto a idosos com dependência funcional.

Como vivemos em um círculo hermenêutico, estamos sempre dando sentido a ser, em um movimento de estímulos e respostas. Portanto, ao estar com esses cuidadores familiares, compreendemos seus modos de ser, contudo não em uma totalidade. Apresentaram-se a nós, portanto, em um dado momento da sua existência, de acordo com o que vivenciaram até ali, e com o que estavam vivenciando, uma vez que o modo de ser torna-se diferente.

Percebemos que cada indivíduo trás em si percepções diferenciadas, e que todos tem como base aprendizados e lembranças familiares acerca de praticas do cuidar. A valorização de tais aprendizados guia as formas de cuidar do outro. Assim, foi possível perceber que as memórias coletivas de grupos familiares, interferem e colaboram na construção do saber e do agir do individuo.

Os seres humanos, em razão da sua individualidade, reagem de maneira muito particular aos acontecimentos da vida, e guardam suas memórias de maneira particular, estando essa ancorada em eixos variados. Ao realizar este estudo percebeu-se a existência de uma espécie de crivo através do qual os acontecimentos são percebidos pelo sujeito. Essa sensibilidade subjetiva diante da vida exerce um efeito atenuante ou agravante aos eventos, efeito este que depende muito mais da própria personalidade, das circunstâncias, de como as lembranças se associam e se organizam. Isso define o modo de ser, de reagir, de enfrentar e de se adaptar as situações. Diversos são os fatores que contribuem para que uma lembrança venha à tona, seja individualmente ou em grupo. Na recorrência a essas memórias, muitas vezes, é necessário retornar ao momento do fato ocorrido e nesse retorno identificar, além das pessoas envolvidas, o momento em que aqueles fatos ocorreram.

Assim, concordamos com o pressuposto de que Memória Coletiva são constituídas por fatores ligados ao passado, que permanecem presentes nas memórias como aspectos da formação humana, tendo, neste processo interferências de fatores como as vivencias e as experiências coletivas, a cultura de um grupo social, os hábitos e os costumes familiares, que irão contribuir na identificação do individuo. Uma vez que os aprendizados, hábitos, costumes, valores realizados na família, permanecem nas memórias, e nos faz agir conforme estas memórias nos conduz, nos fazendo direcionar nossos atos e pensamentos conforme o que foi guardado na memória.

Portanto, compreendemos que a memória contribui ativamente na construção das práticas de cuidado de familiares junto a idosos com dependência funcional. Cada família e cada indivíduo, percebe o cuidado de acordo com seu contexto histórico de saberes, hábitos, costumes, modos de comunicação, crenças e a teia de relações que foi construída em seu grupo familiar. Reconhecemos, então, que a memória coletiva se alimenta e guarda informações importantes para os sujeitos, garantindo a coesão do grupo e o sentimento de pertencimento entre seus membros.

Por tudo isso, acreditamos que as memórias estão presentes na mente humana, estando estas ancoradas em vivências do individuo, favorecida por laços afetivos que criam o pertencimento ao um grupo, pois há uma indissociabilidade entre a memória individual e a

memória coletiva. Sendo assim, as memórias coletivas contribuem para a construção das relações de cuidado entre cuidadores familiares e idosos com dependência funcional.

Por fim, esperamos que esse estudo possa contribuir para o entendimento quanto a importância das memórias, não as associando apenas as questões históricas, mas também na formação do indivíduo enquanto membro de um grupo social, fortalecendo a percepção de pertencimento ao grupo, valorizando as lembranças e memórias, fazendo com que estas sejam repassadas através das narrativas dos fatos, vivências, experiências, conhecimentos culturais, familiares e tradicionais, dando, assim, continuidade a memória e, contribuindo para a formação de um grupo, sua auto-identificação como parte colaborativa na preservação de tradições, valores, costumes, que irão caracterizar um grupo social.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, E. S. S de et al. Representações sociais do cuidar de idosos para cuidadores: revisão integrativa. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.485-90, jul/set. 2011.

ALCÂNTARA, L. R. **Idosos rurais: fatores que influenciam trajetórias e acesso a serviços de saúde no município de Santana da Boa Vista/RS**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

ALMEIDA, J. F. de; FERREIRA, V. S. C. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde na produção do cuidado aos hipertensos na estratégia saúde da família. In: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. (Org.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2009.

ALONSO, I. L. K. **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

ALTHOFF, C. R. **Convivendo em Família: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis- SC, Editora UFSC/PEN, 2001.

_____. Delineando uma Abordagem Teórica sobre o Processo de Conviver em Família. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. da. **O Viver em Família e sua Interface com a Saúde e a Doença**. Maringá: Eduem, 2002.

ALTHOFF, C. R.; ELSEN, I.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Pensando a família: olhares contemporâneos**. Florianópolis: Papa-Livro, 2004.

ALVAREZ, A M. **Tendo que cuidar: a vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar**. Florianópolis: UFSC / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2001.

ALVAREZ, A. M et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.4. 2006.

ALVES, V. S. Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set. 2005.

ALVES, V. P.; VIANNA, L. G. Políticas públicas para a educação gerontológica na perspectiva da inserção social do idoso: desafios e possibilidades. **Ensaio: Aval. Pol. Públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v.18, n.68, p.489-510, 2010.

ANDOLFI, M. Família/indivíduo: um modelo trigeracional. In: ELKAÏM, M. (Org.). **Panorama das terapias familiares**. São Paulo: Summus, 1998.

ANGELO, M. O Contexto Domiciliar. In: YAOD, D.; MJDE, D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005, p.64-75.

ARAÚJO, I. M.; PAUL, C.; MARTINS, M. Cuidar das Famílias com um idoso dependente por AVC: do hospital à Comunidade: um desafio. **Rev. Referência**, Coimbra, v.2, n.7, p.43-53, 2008.

AUGUSTO, F. M. F.; SILVA, I. P.; VENTURA, M. M. Filhos cuidadores: escolha, mudanças e desafios. **Rev. Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.12, n.2, p.103-18, nov. 2009.

BACELAR, R. **Envelhecimento e produtividade: processos de subjetivação**. 2. ed. Recife: Fasa, 2002.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S. A sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **J Bras Psiquiatria**. 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2010

BARROS, M. M. L. de. Velhice na contemporaneidade. In: PEIXOTO, Clarice Ehlers (Org.). **Família e envelhecimento**. Editora FGV. Rio de Janeiro, 2004.

BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L. Percepção de classe social entre idosos e suas relações com aspectos emocionais do envelhecimento. **Psicologia em Pesquisa (UFJF)**, v.1, n.2, p.03-10, 2007.

BELLO, Â. A. Família e intersubjetividade. In: MOREIRA, Lúcia; CARVALHO, Ana Maria Almeida (Org.). **Família, subjetividade, vínculos**. São Paulo: Paulinas, 2007.

BRASIL. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 1.948**, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b.

_____. **Portaria n.º 1.395/GM**, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**. 2002. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº. 10.741. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. **Estatuto do Idoso**. 1. ed., 2ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada pela Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2006a.

_____. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica à Saúde**, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Implantando a Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral - AVC na rede de atenção as urgências**. Secretaria de Atenção Especializada. Departamento de Atenção Especializada. Brasília, 2011.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. v.2, n.1, p. 68-80, jan./jul. 2005.

BORN, T. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.

BOSI, E. **Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos**. 7. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

_____. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 9. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2001. Ensaios sobre a pessoa e a modernidade.

BOTELHO, A. A funcionalidade dos idosos. In. PAÚL, C.; FONSECA, M.(coord.), **Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

BOTH, A. Longevidade e educação: fundamentos e práticas. In: BOBBIO, N. **O Tempo da Memória**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

_____. Longevidade e educação: fundamentos e práticas. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BRENTANO, F. **Psicología desde el punto de vista empírico**. [S.I.: s.n.], 1944.

BRITO, E. S.; RABINOVICH, E. P. Dessarumou tudo! O impacto do acidente vascular encefálico na família. **Saúde Soc**. São Paulo 2008.

BRONDANI, C. M. et al. Caregivers and strategies for home care patients. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n.3, p.504-10, Jul/Set. 2010.

CABRAL, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.773-781, maio/ jun. 2005.

CABRERA, M. A. S.; YAMADA, K. N.; DOMICIANO, S. C. P. Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. **Revista Espaço para a Saúde**, v.8, n.1, p.20-27. 2006.

CALDAS, C. P. O idoso em processo de Demência: o impacto na família. In: DUARTE, L. F. D. **Três Boletim do Museu Nacional**. Série - Antropologia. Rio de Janeiro, 1983.

_____. **O sentido do ser cuidando de uma pessoa idosa que vivencia um processo de demência**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Ana Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

_____. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

_____. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S. K. Famílias com idosos: ninhos vazios? **Texto para Discussão n° 950**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. E. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. M. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito Além dos 60**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p.25-73.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; PASINATO, M. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A. A. **Os Novos Brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p.137-67.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O Envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004, Cap. 8, p. 253-92.

CAMARANO, A. A. et al. **Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas**. Brasília: Presidência da República, Sub Secretaria de Direitos Humanos, 2005.

CAMARANO, A. A. et al. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARGO, C. N.; MENDONÇA, C. A.; VIANA, E. M. B. Política, estado e sociedade: o estatuto do idosos e a atenção a saúde. **Rev. Comun. Ciência Saúde**, v.17, n.3, p. 217-227, 2006.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, v.19, p.725-733, 2003.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.3, p.597-605, 2008.

CAVALCANTE, L. F. **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV; 2010.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva intradisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006

CERVENY, M. O.; BERTHOUD, C. M. E. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.; FECK, M. P. de A. Qualidade de vida em idosos. In: NERI, A. L. (org.). **Qualidade de vida na velhice; Enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, 2007. p. 61-81.

CHAIMOWICZF. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, v.31, p.184-200, 1997.

CREUTZBERG, M.; SANTOS, B. R. L. dos. Se a gente não tem família, não tem vida! **Rev. Gaúcha de Enfem**. Porto Alegre, v.21, n.esp., p.102-12, 2000.

DIOGO, M. J.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. **Rev. Esc: Enferm USP**, 2005.

DUARTE, L. T. **Envelhecimento**: processo biopsicossocial. Trabalho Monográfico para o Curso Virtual "Educación para el Envejecimiento", 2007.

DUVIGNAUD, J. **A solidariedade** - Laços de sangue e laços de razão. Lisboa: Instituto PIAGET, 1986.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I. R. (coord.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário**: o dicionário da língua portuguesa, 6. ed. Revisada e atualizada. Curitiba: Positivo, 2005.

FERREIRA, J. P. **Armadilhas da memória e outros ensaios**. Cotia, São Paulo: Ateliê Editorial, 2004.

FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, 2006.

FERREIRA, O. et al. Significados atribuídos ao envelhecimento: Idoso, velho e idoso ativo. **Psico-USF**, v.15, n.3, p.357-364, 2010.

FIGUEIREDO, D. **Cuidados familiares ao idoso dependente**. Lisboa, Climepsi. 2007.

FOLEY, V. D. **Introdução à terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

FONSECA, A. M.; SOARES, E. O processo saúde-doença e o cuidado domiciliário ao portador de doença de Alzheimer. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba: v.8, n.2, maio/ago. 2006.

FONSECA, F. B.; RIZZOTTO, M. L. F. Construção de instrumento para Avaliação Sócio-Funcional em Idosos. **Revista Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.2, abr-jun., 2008.

FONSECA, N. R.; PENNA, A.F.G. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1175-1180, 2008.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1446-1455.

GALERA, S. A. F.; VILLAR LUIS, M. A. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e família. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.36, n.2, p.141-7, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p. 783-794, 2009.

GLAT, R. **Somos iguais a vocês: depoimentos de mulheres com deficiência mental**. Rio de Janeiro: Agir, 1989.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. A enfermagem geronto-geriátrica: perspectivas e desafios. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, p.57-68, jan./jun., 2004.

HALBWACHS, M. **Les cadres sociaux de la mémoire**. Paris: Albin Michel, 1952.

_____. **A memória coletiva**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais Ltda., 1990.

_____. **Les cadres sociaux de la mémoire**. Paris: Albin Michel, 1994.

_____. **A memória coletiva**. São Paulo: Centauro, 2004.

_____. **A memória coletiva**. São Paulo: Centauro, 2006.

HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos**. Tradução de Ana Beatriz Rodrigues e Priscilla Martins Celeste. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

HERÉDIA, V.; CASARA, M. B.; CORTELLETTI, I. A. Impactos da longevidade na família multigeracional. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, v.10, n.1, p.53-59, 2007.

HOFFMANN, A. C. O. S. et al. A teoria do desenvolvimento da família: buscando a convergência entre a teoria e a prática no cotidiano dos profissionais de saúde. **Rev. Família Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.7, n.1, p.75-88, Jan-Abr. 2005.

HUSSERL, E. **A crise da humanidade europeia e a filosofia**. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

HUYSSSEN, A. **Seduzidos pela memória**. Rio de Janeiro: AEROPLANO, 2000. 116p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censos Demográficos**. 2000.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JEDE, M.; SPULDARO, M. Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. **RBCEH**, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, v.6, n.3, p.413-21, set/dez. 2009.

JEQUIÉ, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde**, exercício 2006/2009.

_____. **Relatório anual de gestão 2008**. Jequié, 2009.

_____. **Relatório do departamento de atenção básica**. Jequié-BA, 2010a.

_____. **Plano Municipal de Saúde, exercício 2010/2013**. Jequié, 2010b.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad Saúde Pública**, 2003.

LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. O cuidado como manifestação do ser e fazer da enfermagem. In: **Vidya: Saúde, Educação e Meio Ambiente**. Santa Maria, RS, n.32, jul/dez 1999. p.7-13.

LAGE, M. I. Cuidados Familiares a Idosos. In. PAÚL, C.; FONSECA, A. M. (coord.), **Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados** (p. 203-229). Lisboa: Climepsi, 2005.

LAING, R. D. **A política da família**. São Paulo: Martins Fontes, 1972.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber** – Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte/Porto Alegre: UFMG/Artmed, 1999.

LIBERATO, E. M.; SANTOS, D. M. S; COSTA, L. C. Convivência familiar na velhice. **Rev. UniVap**, São José dos Campos, v.15, n.27. 2008.

LIMA, A. F. C., GUALDA D. M. R. História Oral de Vida: Buscando o Significado da Hemodiálise para o Paciente Renal Crônico. **Rev Esc Enferm**, USP 2001.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**; v.19, n.3, p.700-701, jun., 2003.

LOPES, E. S. L.; PARK, M. B. Representação social de crianças acerca do velho e do envelhecimento. **Estudos de Psicologia**, v.12, n.2, p.141-148, 2007.

LUDCKE, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, M. A. N. O movimento dos idosos: um novo movimento social. **Revista Kairós**, São Paulo, v.1, n.10, p.221-233, 2007.

MANTON, K.; CORDER, L.; STALLARD, E. Chronic disability trends in elderly United States populations. In: **Proceedings of the National Academy of Sciences**, 1997.

MARCHIORI, M. **História e Memória**. Difusão Editora. São Paulo. 2013.

MARQUES, A. K. M. C. et al. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, Supl.1, p.945-955, 2012.

MARQUES, R. M.; DIXE, M. A. Dificuldades dos cuidadores de doentes dependentes. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**. Año: XXII v.1, n.1, p.487-497, 2010. ISBN 0214-987

MARTINS, T. **Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Coimbra: Formasau, 2006.

MATURANA, H. R. VARELA F. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano**. 5. ed. São Paulo: Palas Athena, 2005.

MAZZA, M. P.; LEFEVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Humano**, 2005.

MAYEROFF, M. **Oncaring**. New York: Harper Perennial, 1971.

MAYOR, M. S.; RIBEIRO, O.; PAUL, C. Estudo comparativo: percepção da satisfação de cuidadores de pessoas com demência e cuidadores de pessoas com AVC. **Rev Latino-Am Enfermagem**; v.17, n.5, p.620-624, 2009.

MEIHY, J. C. S. B. **Guia pratico de história oral: empresas, universidades, comunidades, famílias**. São Paulo: Contexto, 2011.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História Oral: como fazer como pensar**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2011.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. de S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.) **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.51-72.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: em debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.

MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MINUCHIN, P.; COLANTINO, J.; MINUCHIN, S. **Trabalhando com Famílias Pobres**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

_____. **Pobreza, instituição, família**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2000.

MIOTO, R. C. T. Família e saúde mental: contribuições para a reflexão sobre processos familiares. **Revista Katálysis, Florianópolis**, n.2, 1998.

MONTENEGRO, A. T. **História Oral e Memória**: a cultura popular revisitada. 6. ed. São Paulo, 2013.

MONTEZUMA, C. A.; FREITAS, M. C. de; MONTEIRO, A. R. M. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Rev Eletrônica de Enfermagem**, Minas Gerais, v.10. n.2, p. 395-404, jul/dez., 2008.

MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.520-525. set., 2007.

MOREIRA, K. C. M.; GUERRA, R. O. Impact of cognitive performance on the functional capacity of an elderly population in Natal. Brazil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, 2008.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F. N. N. Do indesejável ao desejável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. **Psicol. USP**, v.19, n.1, p.59-79, 2008.

NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar. **Ciênc Cuid Saúde**, Maringá, v.8, n.3, p.428-35, jul/set. 2009.

NASSIF, M. C., HOPPE, J.; SALBEGO, C. G. Colesterol, APOE e-4 e Estatinas: implicações na Doença de Alzheimer. **Informa**, v.17, n.5-6, 2005.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In. DUARTE, Y. A. O; DIOGO, M. J. Diogo (Eds.), **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico (p. 27-31). São Paulo: Atheneu, 2000.

_____. **Qualidade de Vida e Idade Madura**. Campinas: Papyrus; 2002.

_____. **E por falar em velhice**. Campinas: Papyrus, 2005.

NETO, O. C.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. **Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa**: o debate orientado como técnica de investigação. XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Minas Gerais, 2002.

NIETZSCHE, F. W. **Segunda consideração intempestiva**: da utilidade e desvantagem da história para vida. Tradução: Marco Antônio Casanova. Rio de Janeiro: Relume Duramá, 2003.

_____. **Sobre verdade e mentira**. Tradução e organização de Fernando de Moraes Barros. São Paulo: Hedra, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Associação Mundial de Saúde. **Carta de Promoção à Saúde de Otawa**. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE, Otawa, 1986. Anais. Otawa, 1986.

_____. **Envelhecimento Ativo**. Um Projeto de Política de Saúde. Departamento de Prevenção de Doenças Não-Transmissíveis e Promoção de Saúde. Segundo Encontro Mundial Sobre Envelhecimento. Madri, Espanha, abr. 2002.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.

_____. **Envelhecimento ativo uma política de saúde/ World Health Organization**; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OHARA, E. C. C; RIBEIRO, M. P. Assistência Domiciliaria. In.: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Livraria e Editora Martinari; 2008.

OSÓRIO, L. C. **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. **Terapias de famílias: novas tendências**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PETRONILHO, F. **Preparação do regresso a casa**. Coimbra: Formasau. 2007.

_____. A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no auto-cuidado: Uma revisão da literatura. **Revista Investigação em Enfermagem**, v.2, p.43-58, 2010.

POLLACK, M. Memória, esquecimento e silêncio. **Revista dos Tribunais Estudos Históricos**, São Paulo, n. 3, 1989.

QUARESMA, M. Cuidados familiares às pessoas muito idosas. Lisboa. In. **Direção Geral da Ação Social**. Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação (Documentos temáticos), 1996.

RAMOS, L. R. A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. In. **Guia de Geriatria e Gerontologia** (p. 1-7). São Paulo: Manole, 2005.

_____. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Gerontologia**. São Paulo, v.1, n.1, p. 3-8, 1993.

_____. Epidemiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.73-78.

REIS, L. A.; MASCARENHAS, C. H. M.; COSTA, A. N.; LESSA, R. S. Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de neurogeriatria da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31, n.2, p.324-32, 2007.

REIS, L. A.; MASCARENHAS, C. H. M.; MARINHO FILHO, L. E.; BORGES, O. S. Lombalgia na terceira idade: distribuição e prevalência na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.11, n.1, p.93-103, 2008.

REZENDE, T. C. B. **Impacto do ato de cuidar na vida de cuidadores primários de idosos dependentes**. 2008. 98f. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) - Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2008.

RICARTE, L. **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande**. Porto: [s.n.]. Dissertação de mestrado, 2009.

RICOUER, P. **A memória, a história e o esquecimento**. Tradução: Alain François [et al.]. – Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2007.

_____. **Tempo e narrativa**. Tradução Claudia Berliner; revisão da tradução Márcia Valéria Martinez de Aguiar. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

RODRIGUES, L. S.; ALENCAR, A. M. P. G.; ROCHA, E. G. Paciente com acidente vascular encefálico e a rede de apoio familiar. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.2, p.271-277, 2009.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.106-110.

RODRIGUES, S. L. A.; WATANABE, H. A. W.; DERNTL, A. M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.40, n.4, dec., 2006.

ROSA, T. E. C. Redes de apoio social. In: LITVOC, J.; BRITO, F. C (orgs). **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu: 2004.

SALGUEIRO, H.; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, 2010.

SANTOS, A. **Acidente Vascular Cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Tese de Doutorado. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. 2004.

SANTOS, L. M. **O sair de casa para os alunos da Unati**. Monografia (Graduação em Serviço Social). Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2005.

SANTOS, M. F. S. **Identidade e Aposentadoria**. São Paulo: EPU, 1990.

SARACENO, C.; NALDINI, M. **Sociologia da Família**. Lisboa: Estampa, 2003.

SAUR-AMARAL, I. **Revisão sistemática da literatura**. BUBOK. Lisboa, 2012.

SENA, E. L. S. **A experiência do outro nas relações de cuidado: uma visão merleau-pontyana sobre as vivências de familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer**. [Tese] Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2006.

SENA, E. L. S.; GONÇALVES, L. H. T. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer: perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.4, p.232-40, Abr-Jun., 2008.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.10, p.243-53, 2005.

SHEPARD, M. P.; MAHON, M. M. Vulnerable families: research finding and methodological challenges. **J Fam Nurs.**, 2002.

SILVA, A. L., SHIMIZU, H. E. O Significado da Mudança no Modo de Vida da Pessoa com Estomia Intestinal Definitiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2006.

SILVA, C. R. O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa**. Fortaleza: CEFET, 2004.

SOUSA, L. **Envelhecer em família, os cuidados familiares na velhice**. Porto: Ambar, 2004.

SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M. **Envelhecer em família**. Os cuidados familiares na velhice. Porto: Âmbar, 2004.

SOMMERHALDER, C. **Significados associados à tarefa de cuidar de idoso de alta dependência no contexto familiar**. [Dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Educação, UNICAMP, 2001.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SZYMANSKI, H. **Trabalhando com famílias**. São Paulo: CBIA/SP e IEE- PUC/SP, 1992.

TEIXEIRA, M. C. T. V., SCHULZE, C. M. N.; CAMARGO, B. V. **Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde**. Rio de Janeiro, 2002.

THOMPSON, A. Reconstituindo a memória: questões sobre a relação entre história oral e as memórias. **Revista Projeto História nº 15 - Ética e História Oral**. Programa de Estudos Pós-Graduados em História. São Paulo: EDUC, 1997.

THOMPSON, P. **A voz do passado. História oral**. Tradução: Lólio Lourenço de Oliveira. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

TORRES, G. V. et al. Características sócio demográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio. **Rev Espaço Saúde**, v.10, n.2, p.12-17, 2009.

TRELHA, C. S et al. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis: Vozes, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.

TURNER, V. Social Dramas and Stories about Them. In: MITCHELL, W. T. **On Narrative**. Chicago: University of Chicago Press, 1981.

_____. **Terceira idade:** alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume-Dumará / UERJ. UnATI, 1999.

_____. Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e suas necessárias transformações In: VERAS, Renato P. **Velhice numa perspectiva de futuro saudável.** Rio de Janeiro: UERJ, UNATI, 2001, 11-32.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Demographic transition: the Brazilian experience. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.21, n.4, p.539-548, 2012.

VERAS, R. P. Prefácio. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

_____. A novidade da agenda social contemporânea: a inclusão do cidadão de mais idade. **Rev. A Terceira Idade**, v.14, n.28, p.06-29, 2003.

_____. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.10, p. 2463-2466, 2007.

_____. Envelhecimento, demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v.3, n.43, p.548-54, 2009.

_____. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.231-238, 2012.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p.423-432, 2004.

VILELA, A. B. A. **Envelhecimento e corresponsabilidade:** uma questão de gênero. Jequié: UESB, 2009. Projeto de Pesquisa.

VILELA, A. B. A.; CARVALHO, P. A. L.; ARAÚJO, R. T. Envelhecimento bem sucedido: representação de idosos. **Rev.saúde.com**, v.2, p.101-114, 2006.

WALDOW, V. R. **O Cuidado na Saúde:** as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes; 2004.

_____. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafio de um mundo em mudança. **Revista Serviço Social e Sociedade**, 2002.

WRIGHT, L. M; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias:** um guia par intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade
Doutorado Acadêmico

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PESQUISAS COM SERES HUMANOS

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) da pesquisa **MEMÓRIA NAS RELAÇÕES DE CUIDADO: Narrativas de Cuidadores Familiares sobre o cuidado junto ao idoso com Dependência Funcional** pelos pesquisadores responsáveis *Valeria Aves da Silva Nery*, sob orientação da *Prof^a DSc Luciana Araújo dos Reis*, do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, Doutorado Acadêmico, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

1. Justificativa e Objetivos: Este estudo tem como perspectiva, conhecer as contribuições e influências da memória para a construção das relações de cuidado entre familiares **cuidadores de idosos com dependência funcional**. Tem como **Objetivo Geral:** Descrever as contribuições da memória para a construção das relações de cuidado entre familiares cuidadores de idosos com **dependência funcional**. E como **objetivos específicos:** Desvelar as memórias de familiares cuidadores sobre o cuidar ao idoso com **dependência funcional**; Identificar as contribuições da memória para a construção das relações de cuidado junto ao idoso com **dependência funcional**.

2. Procedimentos: Utilizaremos como técnicas de coleta de dados: a entrevista semi-estruturada junto ao sujeito da pesquisa, o cuidador familiar do idoso.

3. Desconfortos e riscos: Esta pesquisa prevê risco mínimo aos sujeitos, pois toda pesquisa implica em algum risco aos sujeitos. Desse modo, considerando que a pesquisa terá como instrumento de investigação a entrevista semi-estruturada, sendo esta uma técnica de coleta que não possibilita maiores riscos aos sujeitos, concluímos que esta é considerada de risco mínimo. Na ocorrência de algum desconforto os pesquisadores se responsabilizam em saná-los.

4. Benefícios: Os benefícios da pesquisa dar-se-á pela possibilidade de contribuição da mesma para a identificação de um conhecimento que poderá propiciar a reflexão da comunidade acadêmica e da sociedade para o entendimento da importância da memória e como esta colabora na construção de um ser cuidador, contribuindo assim, para a

identificação de grupos sociais, para a firmação dos processos históricos que caracterizam um grupo social, para as mudanças, para as re-significações e para as representações socioculturais.

5. Acompanhamento assistencial: Os voluntários terão acesso ao nome, a números de telefone e e-mail dos responsáveis pela pesquisa. Estando o pesquisador a disposição dos voluntários para prestar eventuais informações ao voluntário e deverá ser contatado na eventualidade de um dano relacionado à pesquisa. Os voluntários devem terão a garantia de receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com a pesquisa. Nos comprometemos então em garantir os esclarecimentos necessários aos sujeitos da pesquisa em qualquer momento em que formos solicitados.

6. Ressarcimento: Os sujeitos não receberão qualquer valor e também não terá qualquer despesa por participar da pesquisa. Caso haja gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Assim, a participação dos sujeitos da pesquisa no projeto é voluntária e livre de qualquer forma de remuneração e que o mesmo pode retirar seu consentimento em participar da pesquisa a qualquer momento.

7. Liberdade de recusar ou retirar o consentimento: O sujeito da pesquisa poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e tratamento. Os pesquisadores terão o compromisso de proporcionar informação atualizada, obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a vontade do indivíduo em continuar participando da pesquisa.

8. Confidencialidade e privacidade: Durante a realização da pesquisa buscaremos cumprir com caráter confidencial e sigilo das informações, assegurando o anonimato, zelando pela privacidade do sujeito da pesquisa e garantindo que sua identificação não será exposta nas conclusões ou publicações. Dessa forma, os dados obtidos a partir dos sujeitos da pesquisa serão usados exclusivamente para fins previstos no protocolo e/ou no consentimento.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO:

Eu, _____ aceito livremente participar do estudo intitulado “**MEMÓRIA NAS RELAÇÕES DE CUIDADO: Narrativas de Cuidadores Familiares sobre o cuidado junto ao idoso com Dependência Funcional**” desenvolvido pelas pesquisadoras: Valeria Aves da Silva Nery - Doutoranda, Prof^a DSc Luciana Araújo dos Reis - Orientadora, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia(UESB).

COMPROMISSO DA PESQUISADORA

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

_____ Jequié ____/____/____
Assinatura da Pesquisadora

- Para maiores informações, pode entrar em contato com: Valeria Alves da Silva Nery. Tel: 3528-9623.

APÊNDICE B: Instrumento de Coleta

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade
Doutorado Acadêmico

INSTRUMENTO DE COLETA

Roteiro da Entrevista – História oral

ENTREVISTA:

Data da entrevista: _____

Local: _____

1 Dados de identificação sobre o cuidador familiar:

Nome: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Profissão atual: _____

Estado civil: _____

Religião: Qual: _____

2. ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE:

 Suas memórias contribuem para a construção do cuidado junto a seu familiar dependente? Como? Fale-me sobre isto:

ANEXO A: Ofício do CEP/UESB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A MEMÓRIA NAS RELAÇÕES DE CUIDADO: UM OLHAR SOBRE AS VIVÊNCIAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL.

Pesquisador: VALERIA ALVES DA SILVA NERY

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 35464414.0.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 805.566

Data da Relatoria: 17/09/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa intitulada “A Memória nas relações de cuidado - um olhar sobre as vivências de familiares cuidadores de idosos com dependência funcional”. O envelhecimento se inscreve como um fenômeno inerente a vida; sendo um processo dinâmico, progressivo, inevitável, com ritmo e características próprias em cada pessoa, implicando em alterações morfofisiológicas, acompanhada por repercussões familiares, sociais e econômicas. Isso tudo leva ao aumento da dependência do ambiente familiar, que é considerado um local de proteção e estabilidade. A dependência surge quando uma pessoa apresenta uma perda mais ou menos acentuada da sua autonomia funcional e necessita da ajuda de outra pessoa. Nesse contexto, cabe à família a função do cuidado. O papel da família é fundamental no cuidado do idoso. O cuidado é fundamentalmente do ser humano em geral. Mas cuidar de um familiar idoso não é tarefa fácil, sendo uma atividade complexa, pois tanto o cuidador como o idoso podem se deparar com sentimentos diversos e conflitantes. Os diversificados sentimentos que surgem podem estar ligado medo, angústia, confusão, cansaço, tristeza, nervosismo, irritação, choro, medo da morte. Nesse processo, a memória tem papel fundamental na constituição da função do cuidador familiar, pois permite a memorização de aprendizados, vivências e experiências em relação às práticas de cuidado do outro no contexto domiciliar. Percebe-se uma indissociabilidade entre a memória individual e a memória coletiva, uma vez que, as lembranças dos indivíduos são sempre construídas a partir de relações de pertencimento a um grupo.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA**



Trata-se de estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa, cujo referencial metodológico será a História Oral na modalidade História de Vida. O cenário compreende a área adscrita da USF José Maximiliano Henriquez Sandoval, situada na área urbana do município de Jequié – Bahia. Os participantes do estudo serão os cuidadores familiares de idosos com dependência cognitiva e/ou funcional, residentes nessa área. A produção dos dados será feita por Entrevista em Profundidade, a partir de uma questão provocadora. A análise dos dados será pela Técnica da Análise de Conteúdo Temática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever as contribuições da memória para a construção das relações de cuidado entre familiares cuidadores de idosos com dependência funcional.

Objetivo Secundário:

Desvelar as memórias de familiares cuidadores sobre o cuidar ao idoso com dependência funcional. Identificar as contribuições da memória para a construção das relações de cuidado junto ao idoso com dependência funcional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa prevê risco mínimo aos sujeitos, pois toda pesquisa implica em algum risco aos sujeitos. Desse modo, considerando que a pesquisa terá como instrumento de investigação a entrevista em profundidade, na ocorrência de algum desconforto os pesquisadores se responsabilizam em saná-los.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa dar-se-ão pela possibilidade de contribuição da mesma para a identificação de um conhecimento que poderá propiciar a reflexão da comunidade acadêmica e da sociedade para o entendimento da importância da memória e como esta colabora na construção de um ser cuidador, contribuindo assim, para: a identificação de grupos sociais, a afirmação dos processos históricos característicos a um grupo social, as mudanças, as re-significações e as representações socioculturais.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa demonstra viabilidade, adequabilidade e relevancia social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo apresentado - TCLE - é adequado

Recomendações:

Recomenda-se a revisão dos objetivos, pois o 1º objetivo secundário, está mais condizente com o objetivo principal.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências a serem elencadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do dia 24/09/2014 a plenária aprovou o parecer do relator.

JEQUIE, 25 de Setembro de 2014

Assinado por:

Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

ANEXO B: Apresentando os familiares cuidadores de idosos com dependência funcional: PARTICIPANTES DA PESQUISA

Ametista: Sexo feminino; 39 anos; casada; católica; possui ensino médio completo técnica de enfermagem, encontra-se desempregada no momento. Sua família é composta de 5 membros, sendo a renda mensal da casa por volta de um salário e meio. Há 11 anos exerce o papel de cuidadora da sua mãe de 75 anos, que tem diagnóstico de Doença de Parkinson há aproximadamente 12 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado da idosa. Reside com o marido, dois filhos e a mãe.

Jade: Sexo feminino; 46 anos; É solteira; católica; cursa a 2ª série do ensino médio; possui uma família de 4 membros (ela, a mãe, 1 filho de 17 anos e 1 filha de 16 anos), sendo a renda mensal da casa por volta de 1 salário mínimo (aposentadoria da idosa). Cuidadora de sua mãe de 78 anos, que tem demência de Alzheimer diagnosticada há aproximadamente 5 anos, desde então exerce o papel de cuidadora familiar da idosa, quando passou a acompanhar mais de perto a saúde da idosa. Dispõe de 21 horas diárias para o cuidado da idosa, pois estuda à noite. Tem uma irmã que auxilia no cuidado, olhando a idosa enquanto a cuidadora vai à escola. Não possui a seu cargo outras pessoas dependentes.

Esmeralda: Sexo feminino; tem 68 anos; casada; evangélica; possui ensino fundamental completo; dona de casa; tem mais 6 membros na família, sendo a renda mensal da casa por volta de dois salários mínimos. É cuidadora de seu esposo de 73 anos, com sequela de AVC, há aproximadamente 6 anos. Exerce o papel de cuidadora familiar desde o diagnóstico. Dispõe de 24 horas diárias para o cuidado da idosa. Exceto a cuidadora e a idosa, todos trabalham fora e/ou estudam.

Pérola: Sexo feminino; 56 anos; casada; católica; possui ensino fundamental completo; sua família é composta de 5 membros (ela, o marido, dois filhos e a mãe), sendo a renda mensal da casa por volta um salário mínimo e meio. É cuidadora da sua mãe de 79 anos, com diagnóstico de demência de Alzheimer há aproximadamente 2 anos. Exerce, então, o papel de cuidadora da idosa há 2 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado.

Safira: é o único informante do sexo masculino deste estudo; tem 68 anos; solteiro; evangélico; possui ensino superior completo; encontra-se aposentado no momento; sua família é composta de 3 membros (ele, a mãe e o pai), sendo a renda mensal da casa por volta dos R\$2.000,00. É cuidador de seu pai de 85 anos, que tem sequela de AVC diagnosticado há aproximadamente há 6 anos. Exerce o papel de cuidador do idoso desde este período. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado.

Rubi: Sexo feminino; 37 anos. É solteira; católica; possui ensino fundamental completo; dona de casa. Sua família é composta de 5 membros (ela, o esposo, dois filhos e a avó idosa), sendo a renda mensal da casa por volta de três salários mínimos. É cuidadora da sua avó de 80 anos, com Doença de Parkinson diagnosticada há aproximadamente 4 anos. Exerce o papel de cuidadora da idosa desde este período. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado da idosa.

Jaspe: Sexo feminino; 43 anos; solteira; evangélica; possui ensino médio completo; dona de casa. Possui uma família de 5 membros (ela, a tia, o pai e 2 sobrinhos), sendo a renda mensal da casa por volta de quatro salários mínimos. É cuidadora de sua tia de 81 anos, que tem demência de Alzheimer diagnosticada há aproximadamente 10 anos. Exerce o papel de cuidadora familiar da idosa desde este período. Seu pai (irmão da idosa dependente) tem 79 anos, não é dependente, e ajuda como pode com os cuidados.

Cristal: Sexo feminino; 68 anos; viúva; evangélica; possui ensino fundamental incompleto; aposentada. Sua família é composta de 3 membros, sendo a renda mensal da casa por volta de três salários mínimos. Tem mais dois filhos que são casados e moram em outras cidades. É cuidadora da sua irmã de 75 anos, com demência de Alzheimer diagnosticada há aproximadamente 6 anos. Exerce o papel de cuidadora da idosa há 6 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado da idosa. Não possui a seu cargo outras pessoas dependentes. Não fez curso para cuidador familiar e nunca participou de grupos de apoio a cuidadores de idosos.

Ágata: Sexo feminino; 65 anos; casada há 37 anos; católica; possui ensino médio completo; professora aposentada; possui uma família de 3 membros (ela, o esposo e uma filha), sendo a renda mensal da casa por volta de seis salários mínimos. É cuidadora do seu esposo de 71 anos, que tem diagnóstico de AVC, há aproximadamente 5 anos, além das sequelas do AVC, o idoso tem diabetes mellitus tipo 1 e hipertensão. Exerce o papel de cuidadora desde a descoberta do diagnóstico. Dispõe das 24 horas diárias para o cuidado do idoso e não recebe auxílio de outra pessoa para tal.

Diamante: Sexo feminino; 53 anos; casada; católica; possui ensino fundamental completo; dona de casa; sua família é composta de 4 membros, sendo a renda mensal da casa por volta dos quatro salários mínimos. É cuidadora de seu sogro de 80 anos, com demência de Alzheimer diagnosticada há aproximadamente 3 anos. Exerce o papel de cuidadora da idosa há 2 anos. Dispõe de cerca de 24 horas diárias para o cuidado exclusivo do idoso, sendo auxiliada por uma filha em alguns momentos.

ANEXO C: Relatos Oraís dos familiares cuidadores de idosos com dependência funcional -
Entrevista aberta com os participantes da pesquisa

RELATOS	Participantes da Pesquisa
<p>Na minha família sempre teve esse cuidado. Um cuidando do outro, filho cuidava do pai e da mãe, sobrinho do tio, neto do avô, todo mundo dava atenção quando adoecia, corria para ajudar, para socorrer. E desse jeito continua, cuido de minha mãe do jeito que aprendi, se é pra cuida em que fazer direito, com amor. Esse cuidado que eu presto a ela (a mãe), é uma forma de agradecer (fala emocionada e enxuga as lágrimas). Eu acho que é um momento de um retorno que a gente pode dar aos nossos pais. Eu não pensei que fosse desse jeito, porque eu tinha uma mãe muito saudável. Eu não pensei que fosse acontecer isso de jeito nenhum. Mas aconteceu. Eu entendo que na vida as coisas vêm pra gente porque a gente é capaz de resolver. Eu aprendi isso na minha vida. Então, eu tenho que dar um jeito, eu tenho que resolver. Não é por acaso que as coisas acontecem conosco. Então, por conta disso é como se eu estivesse dando um retorno de tudo aquilo que ela me deu, me ensinou. A pessoa que eu sou, foi ela que fez também. Grande parte foi ela que formou a mulher que eu sou hoje. Então, é um retorno. Eu vejo esse cuidado com ela como gratidão. A família ficou mais unida, mais preocupada um com o outro, se preocupam com minha mãe e comigo também, com minha saúde.... sempre ligam ou vem visitar.</p>	<i>Ametista</i>
<p>Minha mãe já fez tanto por todos nós e hoje a gente tem esta oportunidade de fazer por ela alguma coisa. Não tanto quanto ela fez por a gente, mas a gente cuida dela já que ela não pode fazer mais nada”. Hoje a única coisa que eu posso fazer por minha mãe é cuidar bem. Então, poder cuidar da minha mãe hoje é bom porque quando eu me lembro tudo que minha mãe fez por mim... E não foi pouco. Minha mãe não era de dar carinho, ficar ligando, mas não faltou nada à gente. Ela trabalhava fora o dia todo, saía às oito horas, chegava cinco horas, mas o que ela podia fazer pela gente, ela fez. Eu só entro em parafuso quando ela sente alguma coisa. Fico com medo que ela...sabe? Se minha mãe for primeiro que eu, o que vai ser nessa hora? Eu penso muito nisso. Muito, muito, muito. Pra cuidar dela sempre lembro do cuidado que ela pra mim e para meus irmãos...era muita dificuldade. Mas nunca faltava a união, preocupação, não deixava faltar nada... é disso que me lembro quando vou cuidar dela.</p>	<i>Jade</i>
<p>Eu tenho muito amor por ele (o marido); depois que ele adoeceu para cá não fiz mais nada, só cuidando dele. Eu gosto de cuidar dele. Gosto de cuidar do café dele. Gosto de cuidar da roupa dele. Eu me sinto bem em cuidar dele porque ele sempre foi muito assim com a gente, comigo e com os filhos. É uma forma da gente retribuir tudo que ele foi, não é? Quando cuido dele sempre lembro do cuidado que fazia com meus filhos quando eram pequenos, cuido dele com o mesmo carinho, de um filho. O que me ajuda a cuidar, a fazer um bom cuidado é a lembrança de minha mãe, o jeito dela tratar a família, atendia todo mundo (os filhos), esse cuidado dela é que me ajuda a cuidar dele(o marido).</p>	<i>Esmeralda</i>
<p>Eu tenho muito amor, muito carinho por ela (a mãe). Faço com maior prazer, porque é minha mãe. O que eu faço por ela é pra eu achar amanhã quem faça por mim. Eu falo assim pra ela: “A senhora está achando quem cuide da senhora porque eu sou mulher. E eu que só tenho filhos? Eu vou achar que eles façam comigo o que eu faço com a senhora?”. Eles até respondem: “Acha, mãe. A senhora é uma boa mãe. Se não achar da gente, vai achar de outras</p>	<i>Pérola</i>

<p>peessoas. A senhora é uma pessoa muito caridosa. Gosta de fazer o bem pra comunidade, então a senhora há de achar quem cuide da senhora”. Eu tenho o dever e a obrigação de cuidar dela. É com muito carinho, é um bebê. O que ela fez comigo, eu agora estou fazendo com ela; tem que ver com carinho, com amor... Ela é a minha mãe, tem que cuidar, e cuidar com carinho e amor, é um dever da gente. Sentimento de filha, de gratidão, né, pelo que ela fez por mim. O amor, né, porque a gente tem que ter amor pela mãe da gente. A lembrança que tenho é da minha família, muito sofrimento, mas estamos aqui... lembro de minha avó, do que ela me ensinou, de ter que respeitar e honrar, honrar pai e mãe, tratar bem, com amor, respeito... é isso que me ajuda na hora de cuidar dela (a mãe).</p>	<i>Pérola</i>
<p>Esse cuidado com ele (o pai) é gratificante, porque a gente só aprende. Da minha maneira, do meu jeito, eu tento passar para as pessoas, porque eu vejo que elas não têm paciência. A gente aprende pelo sofrimento e pelo não sofrimento. Eu passei pelos dois lados. Mas, se eu fosse ver só pelo lado do sofrimento eu não faria nada. Então não vale a pena. Eu tenho que fazer porque eu também posso passar por esta situação. Quem vai cuidar de mim? Quem vai cuidar de minha irmã? A gente pensava de maneira diferente. A gente aprendendo a lidar, a gente passa para as pessoas. Porque amanhã poderemos ser nós e não vai ter ninguém pra nos ajudar. O sentimento é de gratificação e de honra lavada, de dever cumprido.</p> <p>O que contribui para o cuidado que faço com meu pai, é mesmo o cuidado dele com agente, sempre trabalhando, cuidando, e aí agente entende que tem que cuidar um do outro, com a mesma preocupação, não deixando faltar nada, dando atenção, ficando sempre perto, fazer a comida na hora certa, dar agua na hora certa, dar os remédios, cuidar da pele, como a enfermeira do posto ensinou, dar banho, limpar a casa... tudo isso. Teve que fazer reforma no banheiro, suporte para ele segurar, e no quarto.</p>	<i>Safira</i>
<p>Tudo depende da pessoa. Eu não quero botar ela (a avó) num asilo. Eu prefiro cuidar, ficar com minha consciência tranquila. Lá ela não vai ter o tratamento que eu dou, tenho toda certeza. Aqui eu cuido dela, o que tiver de fazer por ela eu faço. E a atenção é maior agora na doença... ah, minha vida mudou muito, eu me preocupo mais agora...tenho que cuidar dela; eu deixei de trabalhar pra ficar com ela.</p> <p>Na minha opinião, eu vejo, assim, ela é minha vó, mãe do meu pai mas independente se fosse a mãe do meu pai ou a mãe da minha mãe, pra mim eu vejo, assim, é gratidão... Eu tenho que fazer também o que ela fez por mim. E faria tudo de novo. Eu gosto de cuidar da minha vó.</p> <p>Amor, carinho que eu tenho por ela, eu faço tudo pela minha vizinha.</p> <p>Cuido dela como ela cuidou de meu pai e de minha família, me lembro de quando era criança, das comidas, dos chás, e o que ela pode comer e do que ela gosta, sempre faço, porque também tem ser como o medico orienta, ela não pode comer de tudo, comida pesada não pode, mas o é permitido sempre faço.</p>	<i>Rubi</i>
<p>Cuido dela, fico tentando deixar ela alegre. Cuidar dela (a tia) significa pra mim ser mãe dela. Eu não tive filhos, mas é como se eu passasse a ser mãe dela. É como se ela fosse uma criança, como se eu cuidasse de uma criança. Quer dizer, coisas que você manda uma criança fazer, você está mandando uma senhora. Manda uma criança tomar banho, sentar pra comer e uma pessoa nessa idade não tem condições de fazer isso. Tenho três Hérnias de disco, [risos] eu sou hipertensa, também, tomo atenolol.</p> <p>Agora é tipo de uma coisa, a gente se cansa né, num tem tempo pra nada, a gente se cansa... cuido dela com o mesmo carinho que ela cuidou de mim, sempre cuidou de mim, não saio de casa, me dedico exclusivamente a ela; faço o cuidado que aprendi com ela(a tia) e com a minha avó, que foi quem me criou, uso dos mesmos cuidados dela, mas também faço</p>	<i>Jaspe</i>

<p>o cuidado que o médico e a enfermeira do posto orienta, dou o remédio certinho, a comida como eles recomendam, cuido direitinho.</p>	
<p>Cuido com carinho porque eu sendo irmã mais nova, ela cuidou de mim e não é porque é minha irmã que agora eu vou deixar ela de lado. Eu tenho um orgulho muito grande de minha irmã: ela sacrificou a vida dela, ela sacrificou tudo, tudo, acho que estou fazendo muito pouco; tudo o que eu puder fazer e estiver ao meu alcance eu vou fazer sempre. Mudou também alguma coisa na casa, o quarto dela todinho, que foi adaptado.</p> <p>Isso faz parte da minha vida, a mãe da gente. Ela tem filhos, mas ela gosta de ser cuidada por mim, porque ela acha que eu sou mais carinhosa, que mais dedica a ela, e tudo o que eu faço é em favor a ela; as filhas vêm mais aqui, vem todo dia, pelo menos uma vem, e os netos também. A lembrança que me ajuda a cuidar dela é o carinho dela, o cuidado, a preocupação dela com todos nós. Tem, tem também os costumes como chás, recitas (culinária) de família, mas tudo isso era carinho e cuidado de mãe; é isso que me ajuda a fazer um cuidado especial a minha mãe.</p> <p>Os outros irmãos, sobrinhos, filhos moram aqui do lado vem saber se ela esta bem se não está, mas sou eu que faço tudo se ela quer um copo de água, uma xícara de chá, então eu que tenho que cuidar, eu que faço tudo.</p> <p>Além de dar o melhor para ela, eu tô devolvendo um pouquinho da atenção que ela me deu quando eu precisei. Ela cuidou de mim, agora é a minha vez, tenho que fazer isso. É uma obrigação que eu tenho prazer em fazer, sem problema nenhum, eu vou fazer isso sempre.</p>	<p><i>Cristal</i></p>
<p>“Eu sei cuidar da minha maneira: eu dou banho, a roupa sempre limpa, a alimentação na hora certa, porque se passa do meio-dia ela já começa a falar. Na parte da tarde a janta é mais ou menos seis, seis e meia. Não dou mais nada depois da janta porque gente de idade não pode ficar comendo muito. Eu cuido dos pés dele, corto as unhas corto as sobrancelhas, dou os remédios na hora certa, então tudo o que eu vejo que tem que fazer eu faço cuidadosamente e com carinho, não sou agressiva, dou principalmente o carinho. Se ele tem alguma dor eu procuro logo amenizar com remédio, com massagem, com o que for preciso. Nunca chega ao ponto dele pedir as coisas ou pedir para eu olhar no relógio a hora dos remédios. Para cuidar de uma pessoa precisa deixar ela sempre limpa. É a mesma coisa que uma criança, você não deixa o seu filho sujo, não é verdade? Eu faço questão que ele ande, que troque de roupa sempre e que os outros vejam que está bem cuidada, que não está como aquelas senhoras sem ter cuidados; muito trabalho pra cuidar dele, é isso, é trabalho mesmo, é um tratamento trabalhoso.</p> <p>Eu acho então que tudo depende da boa vontade, a gente não é perfeita, eu cuido o melhor possível mais a gente nunca sabe profundamente. A vida ensina você a fazer tudo pela parte mais prática e mais certa, mesmo que você não tenha feito nem um curso. Você vai fazer aquilo correto; pode errar em alguma coisa, mas no fim você vai acertar. Eu cuido da melhor forma possível, respeito a idade, faço a vontade dele, faço se sentir útil porque é importante o idoso se sentir útil, ela não fica marginalizado na casa; porque se você deixa ele num canto, não participando de nada, ele vai se sentir um estorno.</p> <p>Na família, a família... me lembro de sermos muito unidos, cuidadosos uns om os outros, aprendi isso e tento ser cuidadosa com ela, dar carinho, atenção. Na família sempre é onde você mais aprende, aprende o respeito pelo outro, a importância em cuidar de pai e mãe, avós, tios, cada uma tem um jeito, e a minha me ensinou o respeito, dar atenção, cuidado, ser atencioso. Então, dentro do possível eu acho que estou correspondendo com ela, estou apta a tratar dele, tenho muita força, tenho capacidade para tratar dele. Acho que com um pouco de sabedoria e experiência que tenho estou resolvendo e cumprindo com minha obrigação.</p>	<p><i>Ágata</i></p>

É meu dever... Quem cuida tenho que ser eu, não há mais ninguém, nunca vou pôr o meu sogro num lar, o que diriam. Uma pessoa de idade precisa ter alguém que tenha uma dedicação, um cuidado, que esteja ali mais ou menos próximo para estar toda hora atento, porque se você deixar ela não come, não toma remédio, se cai um tombo precisa de uma emergência e ter quem socorra, então é complicado. Eu converso sempre com ele, vamos supor que eu falte algum dia, você tem que ir para um asilo porque suas outras noras têm o serviço delas, têm os filhos, seus filhos trabalham, o cotidiano de todo mundo. Então eu acho que tudo depende da situação da família, da boa vontade, do amor ... se for para uma pessoa de idade ficar sozinha o dia inteiro é preferível estar numa casa de repouso do que estar com a família.

Cuido dele como aprendi com minha família, com minha mãe, minha avó, minhas tias, respeito a vontade do outro desde que seja possível, por exemplo na comida, não posso dar qualquer coisa, tem que algo que possa, nos remédios, ele tem que tomar, é bom para ele. Lembro de minha mãe e minhas tias cuidando de minha avó, até quando ela morreu. Era um cuidado especial porque era com amor e dedicação, existia uma união entre elas, um revezamento no cuidado, um dia era uma, no outro dia era outra, e assim que era. As lembranças do que agente aprende com a nossa família sempre fica, é dessas lembranças que encontro força e sabedoria para continuar nesta luta.

Diamante

ANEXO D: Árvores de palavras referentes ao estudo. Método Nvivo.
 Fonte: Dados da pesquisa. Via QSR NVivo®.

