UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA: LINGUAGEM E SOCIEDADE

LAYANNE CHRISTINNE DOS PASSOS MIGUENS

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIA DE IDOSOS FRAGILIZADOS SOBRE A DEPENDÊNCIA RELACIONADA À ALIMENTAÇÃO

VITÓRIA DA CONQUISTA - BA
JUNHO DE 2018

LAYANNE CHRISTINNE DOS PASSOS MIGUENS

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIA DE IDOSOS FRAGILIZADOS SOBRE A DEPENDÊNCIA RELACIONADA À ALIMENTAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de Pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis.

VITÓRIA DA CONQUISTA - BA
JUNHO DE 2018

Miguens, Layanne Christinne dos Passos.

M577r Representações sociais e memória de idosos fragilizados sobre a dependência relacionada à alimentação. / Layanne Christinne dos Passos Miguens – Vitória da Conquista, 2018.
123 f.

Orientadora: Luciana Araújo dos Reis.
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade – PPGMLS. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2018.

Inclui referência F. 88 - 104.

1. Envelhecimento – Dependência relacionada à alimentação. 2. Memória e representações sociais – Pessoas idosas. 3. Fragilidade. I. Reis, Luciana Araújo dos. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. III. T.

CDD: 613.20846

Catalogação na fonte: Juliana Teixeira de Assunção – CRB 5/1890

UESB – Campus de Vitória da Conquista – BA

Título em inglês: Social representations and memory of frailed elderly on the dependence related to nutrition.

Palavras-chaves em inglês: Aging. Dependence related to nutrition. Frailty. Memory. Social Representations.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Titulação: Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Banca Examinadora: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis (presidente); Profa. Dra. Tânia Rocha Andrade Cunha (titular); Prof. Dr. Márcio Vasconcelos Oliveira (titular).

Data da Defesa: 4 de junho 2018.

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

LAYANNE CHRISTINNE DOS PASSOS MIGUENS

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIA DE IDOSOS FRAGILIZADOS SOBRE A DEPENDÊNCIA RELACIONADA À ALIMENTAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Data da aprovação: 04 de junho de 2018.

Banca Examinadora:

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

Profa. Dra. Tânia Rocha Andrade Cunha Ass.:_____
Instituição: UESB

Profa. Dra. Márcio Vasconcelos Oliveira Ass.:_____
Instituição: UFBA

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, por guiar meus passos nessa árdua caminhada e por ser meu sustento e provisão em todos os dias da minha vida.

Ao meu esposo, Édypo Oliveira de Andrade, e aos meus pais, Lucié de Maria dos Passos Miguens e João Evangelista Miguens, a quem dedico minha eterna gratidão, por sempre me proporcionarem condições de estudar e me incentivarem a voar mais alto, além de serem leais e parceiros nessa jornada, compreendendo este momento da minha vida.

Aos meus amigos, pelo apoio, incentivo e orações como gesto de carinho e preocupação para vencer mais esta etapa.

À Prof.ª DSc. Luciana Araújo dos Reis, minha orientadora, que participou ativamente, de forma mútua, na construção deste trabalho, com quem tive o prazer de partilhar momentos de aprendizado inigualáveis para minha formação acadêmica.

Ao Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Maranhão – IFMA, por apostar em seus servidores, nesse processo transformador que o universo científico proporciona. Aos colegas de turma, sobretudo pelos momentos de apoio pessoal, emocional e de produção acadêmica durante o período em que estivemos longe de nossos familiares, em busca do mesmo objetivo.

Aos docentes que compõem o Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade – PPGMLS/UESB, pela dedicação e empenho na construção de um Programa de Pós-Graduação que, com seriedade, contribui para a transformação da realidade social, através da relevância de suas pesquisas. Meu agradecimento em especial à Profª. Dsc. Luci Mara Bertoni e à Profª. Dsc. Lívia Diana Rocha Magalhães, pela acolhida e sensibilidade nesse processo de construção da trajetória acadêmica.

Aos idosos, protagonistas deste estudo, que prontamente aceitaram partilhar suas experiências e memórias sobre a dependência relacionada à alimentação, e que todos os dias demonstram que a dependência e a fragilidade são barreiras passíveis de serem superadas. À Fonoaudiologia, minha profissão, que me permitiu ter a sensibilidade de desbravar esse caminho ainda crescente, sendo explorado numa perspectiva da gerontologia social.

Aos componentes da Banca Examinadora: Prof.ª DSc. Luciana Araújo dos Reis, Prof.ª DSc. Tânia Rocha Andrade Cunha e Prof. Dsc. Márcio Vasconcelos Oliveira, pela disponibilidade em participar e pelo conhecimento compartilhado. Muito obrigada!

RESUMO

O envelhecimento é considerado um processo complexo e de múltiplas determinações culturais, econômicas, políticas, demográficas e simbólicas, marcadas por perdas biológicas, diminuição da funcionalidade, aspectos sociais no âmbito do trabalho e nos diversos grupos sociais que não seguem padrões de linearidade e nem de homogeneidade. Em razão da longevidade da população, sabe-se que as doenças crônicas contribuem para o surgimento da fragilidade e da dependência de outras pessoas, sejam eles familiares, amigos ou cuidadores formais. Quanto mais envelhece uma população, maior é a proporção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que culminam em complicações que comprometem a independência e a autonomia da pessoa idosa. Nesse sentido, definimos como nosso objetivo geral analisar as memórias e apreender as representações sociais de idosos fragilizados a respeito da dependência relacionada à alimentação; e como objetivos específicos: caracterizar os idosos fragilizados com dependência relacionada à alimentação; averiguar os conteúdos representacionais sobre a dependência relacionada à alimentação em idosos fragilizados; desvelar as memórias de idosos fragilizados sobre a dependência relacionada à alimentação. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, tendo como aporte teórico a memória coletiva e a Teoria das Representações Sociais. Os participantes do estudo foram 39 idosos, atendidos no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso – CAISI, centro de referência no qual funciona o Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso Frágil – PADIF, ligado à divisão de assistência de saúde do idoso do município de São Luís, capital do Maranhão, Brasil. Esta pesquisa está sob o parecer 1.859.528, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR). Os instrumentos para a coleta de dados foram constituídos por questionários sociodemográficos; Mine Exame do Estado Mental, para avaliação do estado cognitivo; Edmonton Frail Scale, versão validada no Brasil para a avaliação da fragilidade; Índice de Barthel, para a avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária; Escala de Lawton para a avaliação das atividades instrumentais de vida diária; e Entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados com base na técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, dos quais emergiram duas classes temáticas: “Memória da pessoa idosa fragilizada acerca da dependência relacionada à alimentação” e “Percepção da pessoa idosa fragilizada sobre a dependência relacionada à alimentação”; e quatro categorias: “Recordações e narrativas da aquisição e do viver com dependência relacionada à

alimentação, “Recordando o viver antes e após adquirir a dependência relacionada à alimentação”, “Representações Sociais a respeito da dependência relacionada à alimentação” e “Representações Sociais da pessoa idosa fragilizada sobre a relação com o cuidador na dependência relacionada à alimentação”. Após empregarmos a análise temática, foram localizadas as categorias significativas, tomando como base a frequência das características mais citadas nas falas dos idosos entrevistados. Os resultados indicam que o despertar das memórias desses idosos, acerca de tal dependência, revelam em seus discursos os mais diversos sentimentos: a gratidão pelo cuidado, o medo da dependência de terceiros, o conformismo ancorado na espiritualidade, a preocupação com a sobrecarga e fadiga do cuidador, perda da autonomia relacionada à representação que traz a velhice como finitude e fragilidade. Neste estudo, as representações sociais revelam-se por intermédio das memórias ancoradas nos significados de que a velhice é um processo modificador, associando restrições alimentares a motivos de saúde, à cultura de que a comida “remosa” não é a apropriada para o idoso, e que a prevenção é um grande aliado para evitar doenças e, consequentemente, não oferece demasia de cuidados.

Palavras-chave: Envelhecimento. Dependência relacionada à alimentação. Fragilidade. Memória. Representações Sociais.

ABSTRACT

One considers aging as a complex process of multiple cultural, economic, political, demographic and symbolic determinations based on biologic losses, decrease in the functionality, social aspects in the work field and in the different social groups that do not follow linearity patters nor homogeneity ones. Due to the population longevity, one knows that chronic diseases contribute to the emergence of frailty and dependence on others, whether they are family friends or formal caretakers. The more a population gets old, the higher will be Non-Communicable Chronic Diseases, which results in complications that compromise the independence and autonomy of the elderly. This research has the general aim to analyze the memories and to apprehend the social representations of frailed elderly about the dependence related to nutrition; and specific objectives: to characterize the frailed elderly with dependence related to nutrition; to check the representational contents about the dependence related to nutrition among frail elderly; unveil the memories of dependence related to nutrition. This is an exploratory, descriptive research with quantitative and qualitative approach, with the theoretical contribution of collective memory and the Theory of Social Representations about depending on others for the activities related to nutrition. The sample encompasses 39 elderly cared at the Center of Full Care for the Elderly Health – CAISI, a reference center in which the Program Homecare for the Frail Elderly – PADIF, works; and it is linked to the division of healthcare for the elderly in São Luís, the capital city of Maranhão, Brazil. This research is umder opinion 1.859.528 approved by the Committee of Ethics and Research of Faculdade Independente do Nordeste. The instruments for data collection were constructed by sociodemographic questionnaires, Edmonton Frail Scale validated version in Brazil for the assessment of frailty, Barthel's Index for the assessment of the Basic Activities of Daily Life and by Lawton's Scale for the assessment of the Instrumental Activities of Daily Life. The quantitative data were analyzed by means of the simple descriptive statistics through the program SPSS version 22.0. The qualitative data, on the other hand, were organized based on Bardin's Content Analysis technique, and out of such application there came two thematic classes: "Memory of the frail elderly about the dependence related to nutrition" and "Perception of the frail elderly on the dependence related to nutrition" and four categories: "Recollections and narratives of the acquisition and of living with the dependence related to nutrition, "Recollecting the life before and after acquiring the dependence related to nutrition", "Social Representations about the dependence related to nutrition", and "Social

Representations of the frail elderly about the relationship with the caretaker in the dependence related to nutrition". After employing the thematic analysis, one located the significant categories taking into account the frequency of the most mentioned characteristics expressed in the talks of the interviewed elderly. The results indicate that the awakening of the memories of such elderly about this dependence reveal the most different feelings evidenced in their talks, such as gratitude for the care, the fear of obscure dependence, the conformism anchored on spirituality, the worry with the caretaker's overcharge and fatigue, the loss of autonomy related to the the representation that brings old age as finitude and frailty. In this study the social representations reveal themselves by means of the memories anchored in the feelings that old age is a changing process, associating nutrition constraints to health reasons, the culture according to which the "allergenic" food is not apprpriate for the elderly and the prevention is a great ally to avoid diseases and consequentely not rendering too much care.

Keywords: Aging. Dependence related to nutrition. Frailty. Memory. Social Representations.

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de aplicação dos instrumentos 55
Figura 2 - Disposição dos participantes do estudo..... 56
Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos idosos com dependência relacionada à alimentação..... 63
Quadro 1 - Classes Temáticas e Categorias da Análise de Conteúdo do estudo..... 68

LISTA DE SIGLAS, SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

AIVD's	Atividades Instrumentais de Vida Diárias
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAISI	Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
GAEPP	Grupo de Avaliação e Estudo da Pobreza e de Políticas Direcionadas à Pobreza
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ID	Idoso
IFMA	Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Maranhão
INE	Instituto Nacional de Estatística
MMSE	Mini Mental State Examination
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PADIF	Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso Frágil
PAD	Programa de Assistência Domiciliar
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios
RS	Representações Sociais
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SABE	Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
Séc.	Século
SIC	Segundo Informações Colhidas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
et al.,	E outros
p.	Página
XIX	Dezenove
XX	Vinte
XXI	Vinte e um
%	Porcentagem
[...]	Conteúdo dispensável ao texto
n.	Número
(+)	Pausa pequena
/.../	Trecho da fala cortado

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 133
1.2. OBJETIVOS 166
1.2.1. Objetivo geral 166
1.2.2. Objetivos específicos 177
1.3. ESTRUTURAÇÃO DA DISSERTAÇÃO 177
2. CONTEXTUALIZANDO O ENVELHECIMENTO HUMANO E A DEPENDÊNCIA RELACIONADA À ALIMENTAÇÃO 19
2.1. ENVELHECIMENTO HUMANO – ASPECTOS CONCEITUAIS E IMPLICAÇÕES BIOLÓGICAS E SOCIAIS 19
2.2. REDE DE ATENÇÃO À SÁUDE DO IDOSO 233
2.3. O SER IDOSO COM DEPENDÊNCIA RELACIONADA À ALIMENTAÇÃO 277
3. MEMÓRIA COLETIVA E TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS . 366
3.1. MEMÓRIA COLETIVA 366
3.2. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS 422
3.3. ENTRELAÇAMENTO DOS CAMPOS DA MEMÓRIA COLETIVA E DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS 488
4. CAMINHAR METODOLÓGICO 511
4.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO 511
4.2. CENÁRIO DO ESTUDO 522
4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO 533
4.4. INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS 555
4.5. PROCEDIMENTOS 577
4.6. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS 59
4.7. QUESTÕES ÉTICAS 600
5. MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PESSOA IDOSA FRAGILIZADA E DEPENDENTE NAS ATIVIDADES RELACIONADAS À ALIMENTAÇÃO 611
5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PESSOAS IDOSAS FRAGILIZADAS COM DEPENDÊNCIA RELACIONADA À ALIMENTAÇÃO 611
5.2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIA DAS PESSOAS IDOSAS FRAGILIZADOS COM DEPENDÊNCIA RELACIONADA À ALIMENTAÇÃO 622
5.2.1. Classe temática I - Memória da pessoa idosa fragilizada com dependência

relacionada à alimentação..... 633
5.2.1.1. Categoria I - Recordações e narrativas da aquisição da dependência relacionada à alimentação..... 644
5.2.1.2. Categoria II - Recordando o viver antes e após adquirir a dependência relacionada à alimentação..... 688
5.2.2. Classe temática II - Percepção da pessoa idosa fragilizada sobre a dependência relacionada à alimentação..... 766
5.2.2.1. Categoria I – Representações Sociais a respeito da dependência relacionada à alimentação..... 766
5.2.2.2. Categoria II - Representações Sociais da pessoa idosa fragilizada sobre a relação com o cuidador na dependência relacionada à alimentação..... 79
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 855
REFERÊNCIAS 888
ANEXOS 1055
APÊNDICES.....112

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural da vida representado pelo aumento da participação percentual dos idosos na população e consequente diminuição dos demais grupos etários. Chegar à velhice não significa necessariamente adoecer, e ainda que exista alguma limitação física, chegar à velhice significa completar mais um ciclo de vida (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Entre os anos 1900 e 2000, a população mundial passou de um bilhão e meio para seis bilhões de habitantes e, já na segunda década do século XXI, este número superou sete bilhões (PEDRO, 2015). No cenário internacional, as projeções para o ano de 2050 estimam que, em 64 países, 30% da população terão mais de 60 anos, contemplando grande parte dos países desenvolvidos, como Japão, Alemanha, Itália e países em desenvolvimento da América Latina. Nessa proporção demográfica, em 2050 há grandes indicativos de que dos 2 bilhões de idosos previstos no mundo, 80% serão oriundos de países em desenvolvimento (ONU, 2013).

Assim como no mundo, esse também é um fenômeno persistente no Brasil e com forte tendência a se tornar mais marcante nas próximas décadas (IBGE, 2015). Segundo informações da projeção da população por sexo e idade, a previsão para o aumento da proporção de idosos na população brasileira em 2030 é de 18,6% e, em 2060, de 33,7% (IBGE, 2013).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios – PNAD (2015), entre 2012 e 2016, a população de idosos com 60 anos ou mais de idade passou de 12,8% para 14,4%, representando um crescimento de 16,0% na população que correspondente a essa faixa etária, representando um crescimento de 25,5 milhões para 29,6 milhões de idosos no Brasil. No caso específico da região Nordeste, as informações do recenseamento demográfico demonstram que o Maranhão caminha na mesma vertente que o Brasil, em termos de envelhecimento da população. As projeções apontam que o estado do Maranhão possui 568.681 (8,3%) idosos, sendo que destes 77.971 (7,4 %) residem na capital São Luís (IBGE, 2013).

A população brasileira se aproxima rapidamente do perfil populacional de países europeus que, em sua grande maioria, se delongaram bem mais para chegar ao perfil de populações mais envelhecidas (FALEIROS, 2014). Contudo, com o aumento da expectativa de vida, cresce também o número de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que atingem uma grande parcela dessa população de pessoas idosas (BARRETO et al., 2015).

Nesse estágio da vida surgem alterações físicas e cognitivas, redução da força muscular e peso corporal, diminuição do equilíbrio postural, redução da capacidade máxima do corpo em transportar e metabolizar oxigênio, perda da visão e da densidade óssea, alterações hormonais, alucinações, dependência, dificuldades em realizar funções ou atividades cotidianas e, consequentemente, incapacidade funcional (FERREIRA et al., 2012), sendo um desafio promover a saúde da pessoa idosa e o convívio com qualidade de vida diante das limitações emergentes do envelhecimento.

Assim, como as limitações que surgem com o envelhecimento biológico, o acometimento por doenças crônicas pode ser um fator comprometedor da capacidade funcional em idosos. A capacidade funcional esta atrelada na autonomia do sujeito em realizar diversas atividades de vida diária como: autocuidado, usar o banheiro, se vestir, subir escadas e alimentar-se (OLIVEIRA et al.,2013).

Segundo Santos et al. (2013), o comprometimento da capacidade funcional pode conduzir idosos a um estado de vulnerabilidade e fragilidade, muitas vezes associando a velhice como doença, solidão, depressão, limitações, dependência e morte.

A falta de autonomia funcional para realização de atividades básicas do cotidiano, assim como atividades específicas que envolvem a alimentação, como: preparar, consumir, cozinhar e comer alimentos, merece atenção por parte dos profissionais de saúde, pesquisadores e familiares, pois essa situação de dependência de um cuidador pode repercutir de forma negativa em sua qualidade de vida, tornando a alimentação que antes era prazerosa agora numa lacuna diária (SASS; MARCO, 2012).

É importante ressaltar que o idoso, ao ser independente para preparar suas próprias refeições, torna-se o autor de suas escolhas alimentares, enquanto que o idoso dependente alimentar, muitas vezes, está sujeito às escolhas dos alimentos, preparo e oferta da alimentação por um cuidador, por não possuir condições de autonomia para alimentar-se (PINTO et al., 2016)

Diante dessas realidades, torna-se necessária não só a adoção de políticas públicas, mas também de mudanças na formulação dessas políticas que atendem às populações que estão envelhecendo, enfatizando a necessidade de vislumbrar as evidências a respeito deste processo e observando que as percepções e suposições comuns sobre as pessoas mais velhas estão baseadas em estereótipos (OMS, 2015).

A quebra de paradigmas, de modelos e padrões associados ao envelhecimento tem ampliado seus efeitos, a exemplo das perdas das habilidades atreladas ao aumento da idade cronológica, à simbologia e padronização dos modos de ser idoso, à contraposição da idade

associada ao processo de saúde-doença que, nem sempre, implica dependência, e que na verdade advém de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida, passíveis de modificação, além da compreensão e maior entendimento dos ciclos de vida para entender o processo de envelhecimento. É notório que internacionalmente mudanças têm sido implementadas no sentido de modificar a visão do idoso como um idoso frágil (CAMARANO, 2016).

No entanto, não se deve negar que, apesar de novas perspectivas para o envelhecimento, é necessário considerar que as condições de dependência e fragilidade podem surgir com o passar dos anos e que esta parcela da população também precisa de novos olhares para que possam ser preservados seus direitos e dignidade. Do ponto de vista conceitual, segundo Morley et al. (2013), o conceito de fragilidade física é peculiar à qualidade de vida, uma vez que se trata de síndrome com múltiplas causas e contributos, que se caracterizam por diminuição de força, resistência e redução das funções fisiológicas, o que condiciona o indivíduo à uma maior dependência e morte.

Diante desses novos panoramas de envelhecimento e novas condições de vida que podem conduzir à fragilidade e à dependência, é que alicerçamos os princípios norteadores para construção desta dissertação, que buscará, por meio das memórias e das representações sociais, apreender as representações que idosos possuem sobre depender do outro para realizar atividades relacionadas à alimentação, algo tão rotineiro e comum, mas que para quem depende de um cuidador pode revelar intentos ou desejos que podem ser suprimidos pela dependência.

Nesse sentido, esta pesquisa justifica-se pela relevância do tema frente ao campo multidisciplinar da memória e das representações sociais, numa perspectiva de que compreender como pensam e quais são as memórias de idosos frágeis sobre uma alimentação com autonomia e na condição de dependência de cuidadores para alimentar-se poderá contribuir de forma significativa com a comunidade acadêmica e social, assim como instituições de referência no cuidar de idosos, possibilitando a propagação de informações, orientações a cuidadores e familiares a partir de suas representações sociais sobre tal dependência. Assim, compreender o idoso por intermédio de suas memórias é, sobretudo, assimilar o homem nos seus aspectos biopsicossociais, entendendo que o processo de envelhecimento se inicia assim que nascemos.

A motivação para a elaboração desta dissertação emergiu do primeiro contato com a Fonoaudiologia, por ser uma profissão reabilitadora que atua de forma holística. Nesse sentido, pedimos licença para quebrar o paralelismo para que possamos discorrer a respeito

dessa trajetória que nos motivou a chegar até aqui. Ainda na graduação, tive o privilégio do contato com idosos que residem em Instituições de Longa Permanência, idosos hospitalizados e idosos dependentes acometidos por doenças crônicas que necessitavam de tratamento fonoaudiológico para que pudessem melhorar sua qualidade de vida. Essa sempre foi uma área que me despertou interesse enquanto graduanda, pois além de grande ascendência mundial, vastas possibilidades de conhecimentos e aperfeiçoamentos ainda eram um desafio a ser desbravado, pois a velhice nos dias atuais vem sendo enfrentada de diversas formas e em diversos contextos: fisiológicos, sociais e culturais.

Concomitante com o exercício da profissão, busquei me especializar na área, adentrando, assim, no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, onde me aperfeiçoei por dois anos na modalidade de Atendimento à Saúde do Adulto e do Idoso, momento de minha trajetória em que tive a oportunidade de participar de diversos eventos científicos, nos quais escrevi relatos de casos de atendimento fonoaudiológico e multiprofissional em Clínica Médica, Neuro-Ortopedia, UTI e Clínica-Cirúrgica em sua grande maioria relacionados ao atendimento do idoso hospitalizado na condição de dependente.

Paralelo a esses fatores, tive ainda como motivação pessoal a situação de alguns familiares que foram acometidos por doenças crônicas degenerativas incapacitantes, que os tornaram totalmente frágeis e dependentes, sendo que antes eram pessoas ativas, autônoma e, participantes de seus grupos de convívio.

São estas conjecturas que nos fizeram refletir sobre as relações que existiam diante da escolha, do preparo e autonomia com alimento e que, agora, na condição de dependência e de fragilidade, revelam-se em segundo plano. As mudanças na rotina diária, os sabores, o cheiro, o preparo, não mais executados pelas mãos dos idosos, mas por outros que não conhecem os segredos, as táticas e etapas para o preparo, não só do alimento para saciar a fome fisiológica, mas o alimento que permite a continuidade das relações estabelecidas por intermédio daqueles que degustam, saboreiam, comemoram e rememoram suas lembranças através da comida.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo geral

- Analisar as memórias e apreender as representações sociais de idosos fragilizados a respeito da dependência relacionada à alimentação.

1.2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar os idosos fragilizados com dependência relacionada à alimentação;
- Averiguar os conteúdos representacionais sobre a dependência relacionada à alimentação em idosos fragilizados;
- Desvelar as memórias de idosos fragilizados sobre a dependência relacionada à alimentação.

1.3. ESTRUTURAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação encontra-se estruturada da seguinte forma: os capítulos I e II apresentam o referencial teórico utilizado para fundamentação da pesquisa. O capítulo I aborda dados sociodemográficos e aspectos conceituais do envelhecimento humano, seguido de discussão entre autores sobre o ser idoso com dependência relacionada à alimentação, paradigma motivacional deste estudo.

Já o capítulo II traz os aspectos teóricos da memória coletiva, da Teoria das Representações Sociais e do entrelaçamento entre elas, partindo do pressuposto da utilização da memória como recurso para a apreensão das representações sociais. No capítulo III encontra-se o caminhar metodológico do estudo, a escolha do tipo e abordagem de pesquisa, nos quais estão apresentados os dados da pesquisa efetuada com 39 idosos que frequentam um centro de referência de São Luís/MA, caracterizando cada etapa da pesquisa, que vai desde a autorização para a realização do estudo, questões éticas e a forma de análise dos dados para responder aos objetivos propostos. No capítulo IV encontram-se os resultados obtidos no estudo, como as variáveis demográficas, as classes temáticas e as categorias oriundas da aplicação da análise de conteúdo de Bardin (2011), que estão divididas em duas classes temáticas: “Memória da pessoa idosa fragilizada acerca da dependência relacionada à alimentação” e “Percepção da pessoa idosa fragilizada sobre a dependência relacionada à alimentação”; e quatro categorias de análises: “Recordações e narrativas da aquisição da dependência relacionada à alimentação”, “Recordando o viver antes e após adquirir a dependência relacionada à alimentação”, “Representações Sociais a respeito da dependência relacionada à alimentação” e “Representações Sociais da pessoa idosa fragilizada sobre a relação com o cuidador na dependência relacionada à alimentação”.

Ao final, seguem as considerações finais, que abordam a extensão da pesquisa, assim como suas limitações e sugestões, seguidas das referências, anexos e apêndices.

2. CONTEXTUALIZANDO O ENVELHECIMENTO HUMANO E A DEPENDÊNCIA RELACIONADA À ALIMENTAÇÃO

Os aspectos sociais que envolvem a memória, o envelhecimento e a alimentação carregam consigo significados interdependentes que possibilitam, por intermédio da memória, evocar, ressignificar e estabelecer laços com a comida. A partir desse prisma, é que este capítulo traz a discussão sobre os aspectos demográficos e conceitos que permeiam o envelhecimento humano e as relações entre a memória e o ser idoso com dependência relacionada à alimentação.

Os autores utilizados como base para o referencial teórico deste estudo compreendem Faleiros (2014), Bertoletti e Junges (2014), Bueno (2017), Papaléo Netto (2002), Silva e Dal Prá (2014), Neri e Vieira (2013) e Comin, Bettinelli e Ferranti (2016), que discorrem sobre envelhecimento populacional. Foram utilizados ainda dados da Organização Mundial de Saúde – OMS (2015), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013), Estatuto do Idoso (2003; 2017), Política Nacional do Idoso (1994), Constituição Federal (1988), e dados da Organização das Nações Unidas – ONU (2013) para a atualização contemporânea sobre o envelhecimento no Brasil e no mundo. Numa perspectiva social do envelhecimento, abordaremos autoras consagradas que estudam a temática como Beauvoir (1990) e Bosi (2004; 2013).

2.1. ENVELHECIMENTO HUMANO – ASPECTOS CONCEITUAIS E IMPLICAÇÕES BIOLÓGICAS E SOCIAIS

A Revolução Industrial pode ser considerada como um dos marcos históricos para o aumento dos indicadores de qualidade de vida, refletindo a melhoria das condições ambientais e nutricionais da população, aumentando, dessa forma, a expectativa de vida e reduzindo a mortalidade prematura (BERTOLETTI; JUNGES, 2014).

Bosi (2004) afirma que a diminuição de taxas de mortalidade infantil e a queda da natalidade ocasionada pelo avanço da medicina e o maior acesso a serviços de educação e saúde, antibióticos, vacinas, nutrição adequada e saneamento proporcionaram o tratamento de diversas doenças que, nas primeiras décadas, exterminavam as populações. Beauvoir (1990), em seu livro intitulado *"A velhice"*, no início do capítulo III, cuja temática é a velhice nas sociedades históricas, designa como uma árdua tarefa estudar o envelhecer em diversas épocas.

Para Beauvoir (1990),

> Das mitologias, da literatura, e da iconografia destaca-se certa imagem da velhice, variável de acordo com os tempos e os lugares [...] A imagem da velhice é incerta, confusa, contraditória. Importa observar que, através dos diversos testemunhos, a palavra "velhice" tem dois sentidos diferentes. É certa categoria social, mais ou menos valorizada segundo as circunstâncias. É para cada indivíduo um destino singular – o seu próprio (BEAUVOIR, 1990, p.109).

O envelhecimento é considerado como um processo complexo e de múltiplas determinações culturais, econômicas, políticas, demográficas e simbólicas, marcadas por perdas biológicas, diminuição da funcionalidade, aspectos sociais no âmbito do trabalho e nos diversos grupos sociais que não seguem padrões de linearidade e nem de homogeneidade (FALEIROS, 2014).

Segundo projeções do IBGE (2013), em 2033 a população brasileira contará com mais idosos que jovens e, em 2035, a população idosa superará a jovem em cerca de dois milhões, diferença essa que alcançará os 13 milhões em 2050.

Para a OMS (2015), quedas acentuadas nas taxas de fertilidade e o aumento da expectativa de vida têm levado ao rápido envelhecimento da população mundial, despertando uma relação intensa entre a dependência de boas condições de saúde na longevidade e a preservação da capacidade funcional, seguindo o curso de que projeções de vida a longo prazo estão associadas à realização de tarefas que valorizam os idosos em relação às pessoas mais jovens. No entanto, se o longeviver está marcado por declínios na capacidade física e mental, as implicações diante dessa conjuntura estão marcadas por uma visão negativa na sociedade.

Como ressalta Faleiros (2014), o envelhecimento pode implicar na diminuição da capacidade funcional inserida num contexto das relações de trabalho, aposentadoria, domínio político, cultural, social, familiar e de percepção de si e do mundo.

Segundo Bueno (2017), a infância, a adolescência, a vida adulta e a terceira idade são uma construção social, não estática, formada e modificada ao longo dos anos. As diferentes sociedades dividem as etapas da vida de forma autônoma e constroem visões próprias sobre cada fase, tornando a experiência do envelhecer uma etapa particular de cada grupo social.

Para Papaléo Netto (2002, p.2), "[...] numa perspectiva biogerontológica, o envelhecimento enquanto processo, a velhice enquanto fase da vida e o velho como resultado constituem um conjunto de componentes que estão intimamente relacionados".

> [...] o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas

> que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte. [...] às manifestações somáticas da velhice, que é a última fase do ciclo da vida, as quais são caracterizadas por redução da capacidade funcional, calvície e redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras, associam-se a perda dos papéis sociais, solidão e perdas psicológicas, motoras e afetivas (PAPALÉO NETTO, 1996, p. 32).

Nessa definição, assim como nos pressupostos de Simone de Beauvoir (1990), prevalecem também os aspectos biológicos do envelhecimento. Para a autora, só se debaterá sobre velhice quando chegarmos a ela e quando as deficiências e perdas biológicas não forem mais aleatórias e contornáveis, tornando-se significativas e irremediáveis, tais como a fragilidade e a impotência.

Em grande parte das culturas ocidentais, o capitalismo, a produção e a renda estão associados ao dinamismo e à mão de obra jovem. É nesse cenário que idosos sofrem maior desvalorização, pois a velhice é, geralmente, descrita por uma representação de perdas da juventude, do trabalho e da capacidade física e intelectual (BUENO, 2017).

Ainda para Bueno (2017), em virtude das inúmeras mudanças na estrutura demográfica brasileira, decorrente do aumento da expectativa de vida dos indivíduos mais velhos da sociedade, o envelhecer não difere das outras sociedades, mas a estes, nos dias atuais, atribuem-se novos papéis sociais. Essas mudanças remetem à discussão sobre o conceito de idoso e sob a ótica social de quais seriam os critérios estabelecidos para determinar a partir de quando um indivíduo passa a ser incluído nessa categoria.

Do ponto de vista do crescimento da população idosa, considera-se idoso aquele indivíduo que, segundo o Estatuto do Idoso (2003), tenha 60 anos ou mais, como está disposto na Lei n. 10.741, de 01.10.2003 (BRASIL, 2003), apesar da Organização das Nações Unidas - ONU (2013) não determinar um critério único de idade para essa definição.

Considerando que as diferenças no ritmo de vida e as condições econômicas, regionais e sociais alteram as condições de vida da população que chega aos 60 anos e pode atingir 100 anos ou mais, conclui-se que o envelhecimento é heterogêneo e vem crescendo de forma expressiva no Brasil (SILVA; DAL PRÁ, 2014).

Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (2015), as políticas públicas devem ser compostas de forma a proporcionar rumos positivos a pessoas que envelhecem, pois estas possuem diferentes necessidades. A população idosa é composta por diversos segmentos, os quais se diferem principalmente nas questões étnicas, de gênero e socioeconômicas, possuindo também algumas características marcantes.

Dados selecionados pelo IBGE (2012) demonstram que entre as características marcantes da população idosa destacam-se a forte presença em áreas urbanas (84,1%), a maioria branca (55,0%), e a maioria recebe algum benefício da previdência social (76,8%). Já em relação à moradia, 63,7% reside com a pessoa de referência, que são caracterizados por filhos ou outros parentes que são provedores da residência. Devido a este fato, é de fundamental importância identificar o tipo de arranjo[1] domiciliar no qual os idosos estão inseridos.

Para Silva e Dal Prá (2014), a configuração dos arranjos familiares no Brasil vem se transformando e as mudanças ocorridas atingem a população idosa. A família se encolheu, modificou-se. Não há mais a predominância do padrão de família que era composto por um casal e filhos.

O Brasil terá menos adultos e um contingente populacional de idosos elevado. Assim, com a redução no número de filhos, que estanca na média de um por casal, é possível projetar um futuro no qual os idosos ficarão aos cuidados deste filho único, que, por sua vez, será responsável por prover ou delegar os cuidados necessários a dois idosos, seu pai e sua mãe, o que gerará uma sobrecarga tanto para este adulto quanto para os sistemas de proteção social (SILVA; DAL PRÁ, 2014).

Diante do aumento da população idosa, os sistemas de proteção social enfrentam o desafio de garantir a devida cidadania para essa faixa etária, e as estratégias das políticas sociais e leis brasileiras colocam sob a responsabilidade da família o provimento do bem-estar aos idosos. A Constituição Federal de 1988, tendo representado grande avanço no que diz respeito ao papel do Estado na proteção do idoso, incube a família como principal responsável pelo cuidado dessa parcela da população, podendo ser criminalizada caso não o faça.

Segundo Neri e Vieira (2013), o suporte social é um produto da atuação das relações sociais e pode ser classificado em suporte material, que é aquele que garante ajuda financeira; suporte instrumental, que proporciona auxílio em tarefas domésticas e de transporte; suporte informativo, que dá conhecimento sobre saúde e legislação ou na tomada de decisões; suporte afetivo, que inclui ações de afeição e encorajamento; e o suporte social, que compreende a percepção da pessoa sobre a qualidade, a frequência e a adequação das ajudas que lhe são oferecidas, considerando-se suas necessidades.

---

[1] Os arranjos familiares representam formas de se organizar em termos de corresidência, isto é, com que se vive sob um mesmo teto e se mantém algum tipo de relação afetiva ou profissional: amizade, matrimônio, paternidade e cuidados de saúde (RAMOS, 2013). No Brasil, os arranjos familiares de idosos vêm mudando ao longo dos anos devido a alterações sociodemográficas, estruturais e de valores que as famílias vêm vivenciando (MELO et al., 2016).

Nos dias atuais, à família destina-se a incumbência do cuidado à pessoa idosa, auxiliando seus membros mais necessitados de forma ininterrupta, mesmo diante das limitações e do panorama de transformação que vêm ocorrendo na estrutura familiar. Um estudo desenvolvido por Duarte, Lebrão e Lima (2005), com dados do estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (Sabe), revelou que as famílias não são capazes de suprir mais de 50% das demandas de seus membros idosos mais necessitados, independentemente do arranjo familiar considerado.

Quando os familiares declaram a exaustão das possibilidades assistenciais, deparam-se com vieses sociais estigmatizadores, tais como a institucionalização da pessoa cuidada ou o enfrentamento da criminalização por negligência no cuidado assistencial (BRASIL, 2003). Para Duarte, Berzins e Giacomin (2016, p.463), "[...] a sociedade e o Estado, embora bastante negligentes no cuidado à pessoa idosa, não estão sujeitos a este juízo, o que expõe uma grande injustiça".

Segundo Fernandes, Costa e Andrade (2017), independentemente de possuir uma base familiar ou não, a insuficiência de recursos dificultará o acesso às condições necessárias para o cuidado destinado ao idoso de forma apropriada.

Ainda para os autores acima, as descrições de família vêm sofrendo inúmeras transformações e, numa apresentação cronológica, a velhice só é descrita como ciclos e fases da vida; o idoso não é descrito como parte integrante do núcleo familiar; é, muitas vezes, esquecido, levando à reflexão de que o idoso possui cada vez mais um papel silenciado dentro das estruturas familiares.

2.2. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

O envelhecimento pode ser considerado como um dos maiores desafios para a saúde pública nos últimos tempos. Com o crescimento populacional rápido e intenso, chegar à velhice não representa ser ou estar na condição de doente, no entanto, é necessário que cuidados específicos sejam dispensados a esta população (SANTOS; TONHOM; KOMATSU, 2016).

Considerando a necessidade de propiciar à população que envelhece estratégias de proteção que diminuam as desigualdades e que facilitem as transformações políticas, sociais e econômicas advindas da época da industrialização, o Estado viu-se obrigado a criar, por meio de políticas públicas, leis que reconheçam as necessidades básicas e estabeleçam direitos e deveres entre o Estado e o idoso (MAIO, 2016).

Ainda para a autora, diante da adoção de tratados internacionais e da influência das novas concepções de Estado Social Democrático de Direito, que preconizam um sistema de garantias a pessoas idosas, o Brasil passa a reconhecer o direito à velhice com dignidade como um direito humano.

No Brasil, como forma de garantia desses direitos, criou-se a Política Nacional do Idoso (PNI) em 1994, regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, o Estatuto do Idoso em 2003, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Pacto de Saúde, em 2006, que juntos visam assegurar ao idoso direitos sociais, condições de autonomia, integração e participação ativa na sociedade, além de garantias de direito à saúde (BRASIL, 1994,1996, 2003, 2006, 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro prevê, dentre seus objetivos, a assistência saúde às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, contudo, mesmo com avanços, a proposta de fragmentação do sistema acaba por não proporcionar a uma determinada população atendimento prioritário, ocasionando, assim, uma longa fila de espera e o não atendimento das necessidades em tempo hábil (MENDES, 2011).

Assim, foram criadas as Redes de Atenção à Saúde que nada mais são do que o conjunto de "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que são integradas por meio de sistemas de apoio técnico logístico e de gestão e buscam garantir a integralidade do cuidado" (BRASIL, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2015, p.13), "em 2020, pela primeira vez na história, as pessoas acima de 60 anos serão mais numerosas que as crianças menores de cinco anos". Para suprir o atendimento dispensado a esta demanda, tornou-se necessária a elaboração de políticas de saúde pública que garantem não só direitos e deveres, mas também o acesso aos serviços de saúde com vistas a proporcionar uma melhor qualidade de vida para os idosos (SANTOS; ANDRADE; SILVA; SOUSA, 2016).

Segundo Santos, Andrade, Silva e Sousa (2016),

> Apesar da garantia por lei da prioridade nas filas, os idosos aguardam longos períodos por um atendimento, submetendo-se ao risco de desenvolver a síndrome da fragilidade. O atendimento a este indivíduo deve ser ágil e preciso, pois o próprio envelhecimento e suas comorbidades aceleram o surgimento de complicações e, consequentemente, as incapacidades, comprometendo a qualidade de vida, inclusive chegando a óbito (SANTOS; ANDRADE; SILVA; SOUSA, 2016, p.55).

Brito, Freitas, Vasconcelos et al. (2014, p.89) reiteram que a partir dessas necessidades é que “emana um sistema de saúde coerente à situação, de modo a atender com competência as repercussões que circundam o processo de envelhecimento”.

Dessa forma, as Redes de Atenção em Saúde (RAS) surgem como forma de minimizar tais problemas e com formas integradas de atendimento, divididas em conjuntos coordenados para prestar assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011).

No Brasil, a prática das Redes de atenção à saúde ainda é recente. Contudo, sua aplicabilidade vem sendo discutida desde a reforma sanitária que resultou na instauração do Sistema Único de Saúde. A partir desse novo olhar para a configuração do sistema de saúde, é que se estabeleceram diretrizes para organização das RAS no âmbito do SUS (ARRUDA; LOPES; KOERICH et al., 2015).

É necessário conhecer todo o percurso do idoso em rede, pois só assim entendemos o processo de cuidado destinado a ele, com suas peculiaridades e desnivelamentos, conhecendo a rotina diária dos serviços de saúde, individualizando a assistência, reduzindo as morbidades e promovendo um cuidado integral a esta população, observando “o desempenho das redes de atenção ao dispensar esse cuidado, bem como seus pontos positivos, deficitários, e o que ainda está em elaboração” (SANTOS; ANDRADE; SILVA; SOUSA, 2016, p. 49).

No Maranhão, o amparo ao idoso no âmbito estadual é recente. Em 1996, por intermédio da Lei nº 6.835, cria-se o Conselho Estadual do Idoso, que visa assegurar os direitos sociais deste, com condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade, bem como definir, acompanhar e avaliar a política estadual do idoso (RAMOS, 2011).

Apesar da instauração desta lei, poucas ações foram desenvolvidas de modo a promover a qualidade de vida ao idoso e, diante dessa realidade, a Promotoria de Justiça Especializada, baseando-se em leis específicas e nas Constituições Federal e Estadual, exigiu uma atuação rápida do Estado, em todos os âmbitos, com objetivo de garantir os direitos indispensáveis às pessoas idosas.

Com a instauração da Promotoria de Justiça Especializada na Defesa dos Direitos dos Cidadãos, Pessoas com Deficiência e Idosos, diversas medidas foram implementadas como forma de garantir que os serviços prestados às pessoas idosas fossem contínuos, construindo, assim, uma rede de proteção da pessoa idosa no Estado (RAMOS, 2011).

Diante da necessidade do Estado em se preparar para atender a uma população que está envelhecendo, criaram-se alguns serviços, como: Delegacia de Proteção ao Idoso, Núcleo da Defensoria Pública, responsável pela proteção do Idoso, Centro Integrado de Atenção à

Saúde do Idoso do Município de São Luís (CAISI), Casa de Acolhida do Município, Casa de Passagem do Estado, Vara do Idoso, Juizado Criminal do Idoso e Centro de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa. Estes serviços são destinados para atender, sobretudo, não só os idosos ativos e independentes, mas também os idosos longevos, que são aqueles com mais de 80 anos, e que necessitam de mais atenção, recursos e ações protetivas diante das muitas limitações advindas com a idade.

Nessa perspectiva, é necessário garantir que o idoso seja encaminhado a uma rede de atenção que ofereça o serviço que ele necessite, ou seja, um atendimento mais especializado, com profissionais direcionados a trabalhar com este público (SANTOS; ANDRADE; SILVA; SOUSA, 2016).

Frente às necessidades de saúde, é necessário dispor de todos os recursos tecnológicos disponíveis para a produção do cuidado. É primordial que o cuidado não se caracterize apenas como um produtor de procedimentos, pois não é possível fazer cuidado em saúde se não dispor inicialmente da escuta entre os atores envolvidos (SANTOS; TONHOM; KOMATSU, 2017).

Com as mudanças advindas do envelhecimento, pode surgir também a dependência e, como consequência, a necessidade de um cuidador. Essas novas configurações elaboram muitas mudanças familiares com redefinição de papéis, ocasionando alterações na rotina e na dinâmica dos lares. O processo de adaptação a essa nova realidade nem sempre pode ocorrer de maneira sutil, tornando-se necessário minimizar os enfrentamentos nessa relação entre cuidador familiar e idoso dependente (BRITO; FREITAS; VASCONCELOS et al., 2014).

Para Santos, Andrade, Silva e Sousa (2016), as Redes de Atenção ao Idoso articulam-se em forma de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo o desenvolvimento e adaptação de suas funções, com vistas a restabelecer a independência do idoso e preservar sua autonomia dentro das condições físicas e ambientais.

Destarte, Faleiros (2016) problematiza que:

> Autonomia significa consciência, capacidade e possibilidade relacional para tomar decisões a respeito de si e da sua relação com o mundo, de forma interdependente, num contexto sociopolítico-cultural e como sujeito social e político, com expressão de sua voz e respeito por ela. Nesse sentido, a autonomia implica reflexão e poder de agir com dispositivos e oportunidades de intervir no contexto (FALEIROS, 2016, p. 36).

Diante desse cenário, há uma necessidade da melhoria e da continuidade do desenvolvimento de serviços e apoio a cuidadores e idosos em todos os níveis, sobretudo,

políticas que atendam à necessidade de propiciar àqueles que necessitam de cuidados especializados, como idosos frágeis e dependentes, um pouco mais de participação e de autonomia em todos os contextos (SANTOS; ANDRADE; SILVA; SOUSA, 2016).

2.3. O SER IDOSO COM DEPENDÊNCIA RELACIONADA À ALIMENTAÇÃO

O envelhecimento é plurifacetado, sendo impossível investigá-lo sem suas interrelações, sem buscar sua compreensão nas ciências da saúde, na antropologia, na sociologia e nas ciências em geral. Essas interrelações respondem a diversas indagações e significados nas práticas sociais, nas relações estabelecidas e evidenciadas nas mudanças das percepções da trajetória de vida de cada pessoa (ROCHA, 2016).

Com o envelhecer, as relações estabelecidas com o alimento emanam sentimentos, características, conceitos, relações sociais e trajetórias que se perpetuam e mantêm vivas as memórias de grupos sociais. Nesse sentido, comer proporciona uma relação de intimidade com o ser humano, pois há o investimento psicossocial no processo de escolha desses alimentos (LIMA; FERREIRA; FARIAS, 2015).

É nessa perspectiva que o idoso, que depende de cuidadores para alimentar-se, torna-se cada dia mais o coautor de sua história, estando sujeito à dependência, à dinâmica e ao arranjo familiar, existentes nos dias atuais. Segundo Rocha (2016), uma característica pertinente do Brasil é o arranjo domiciliar, pois mostra cada vez mais que o idoso divide o domicílio com seus filhos e netos, sendo considerado este tipo de arranjo como multigeracional, representando 50% de idosos nessa condição.

No Brasil, tal como em grande parte do mundo, observa-se um aumento na expectativa de vida da população e, segundo dados da Organização das Nações Unidas (2012), a estimativa é que, em 2050, 22% da população mundial será composta por pessoas com 60 anos ou mais.

Segundo a Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060, são considerados idosos aqueles cuja idade compreenda um quantitativo igual ou superior a 60 anos, estando divididos entre idosos jovens e idosos longevos. Idosos longevos são aqueles com idade acima de 80 anos (BRASIL, 2013).

A faixa etária que mais cresce no Brasil é a de idosos longevos, devido ao aumento da expectativa de vida e dos determinantes dos agravos de saúde nas populações humanas, diminuindo, assim, o índice de doenças infectocontagiosas e maior ocorrência de doenças

crônicas, podendo ocasionar nos idosos maiores percentuais de dependência funcional (BRASIL, 2013).

A respeito desse fenômeno, quanto mais envelhece uma população, maior será a proporção de DCNT's, culminando em complicações por comprometimentos na independência, na autonomia e na funcionalidade desempenhadas pela pessoa idosa (COUTO et al., 2016).

Em razão da longevidade da população, sabe-se que as doenças crônicas contribuem para o surgimento da fragilidade e da dependência de outras pessoas, sejam eles familiares, amigos ou cuidadores formais (MARENGO; TOLEDO; BARBOSA, 2016).

Na ancianidade, emergem as reduções na capacidade funcional por conta do transcurso do tempo, efeito presente em qualquer organismo que se mantenha vivo. No entanto, essas limitações não impossibilitam o ser humano de desenvolver uma vida plena, dotada de potencialidades únicas e distintas (ROCHA, 2016).

Para a OMS (2015), com o passar dos anos, adultos mais velhos podem apresentar perda gradual nas reservas fisiológicas, risco para contrair doenças diversas e um declínio geral da capacidade intrínseca do indivíduo. Tais evidências podem tornar a vida do idoso cercada de novas adaptações, que comprometem suas atividades funcionais.

Ferreira et al. (2012) citam que o processo do envelhecimento pode ser caracterizado progressivamente pelo declínio da reserva funcional, pela diminuição das capacidades físicas e cognitivas, pelas alterações morfológicas e bioquímicas, ocasionando a perda da capacidade de se adaptar ao meio ambiente. Para estes autores, a capacidade funcional está classificada como habilidade de executar funções básicas e instrumentais da vida diária, e, para o idoso, a autonomia e a independência no realizar atividades diárias se tornam necessárias para o progresso no transcurso da vida, preservando, assim, a diligência no controle e nos cuidados com sua própria saúde, na realização de atividades domésticas, mesmo diante das limitações (FERREIRA et al., 2012; LOURENÇO et al., 2012).

A diminuição ou perda de algumas habilidades derivadas da senilidade ou aparecimento de DCNT direcionam à dependência de conhecidos ou familiares, levando a um declínio também da saúde mental do idoso (SILVA et al., 2012). Cavalcante e Minayo (2015) enumeram que a soma desses fatores, aliados à falta de apoio social e familiar podem afetar as condições para o bem-estar global do indivíduos, já susceptíveis à fragilidade dos laços, às inúmeras dificuldades em lidar com perdas adversas, como a de parentes próximos, doenças crônicas ou terminais, deficiências, transtornos mentais, depressão, conflitos familiares e conjugais, isolamento social, abusos, perda da autonomia, sobrecarga financeira na

manutenção do lar, mesmo diante da dependência, aquisição de medicamentos e até a contratação de cuidadores. Essas circunstâncias elevam as tentativas ou efetivação de suicídios em idosos (SILVA et al., 2012).

Quando há o afastamento de um vínculo anteriormente existente, o sentimento de perda predomina, efetivando o desamparo por se constatar a fraqueza do ser humano, considerando-se sempre a velhice como a última etapa da vida e sentimento de pesar (SILVA et al., 2012).

As modificações nesta fase da vida não são bem aceitas por estarem vinculadas à finitude e interpretações negativas da vida. Para superar essa visão, a elaboração da perda é constantemente ressignificada com o intuito de traçar caminhos que possibilitem descobrir novas formas de adaptar-se e encarar a vida (FERNANDES; BARONE, 2016).

O termo “dependência” liga-se a um conceito fundamental, quando relacionado ao envelhecimento e à “fragilidade”. A fragilidade consiste em uma síndrome multidimensional que envolve a interação de diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais e mantêm íntima relação com maiores riscos de declínio na capacidade funcional, quedas, delírio e morte (CARNEIRO et al., 2016).

A capacidade funcional está relacionada às condições que o indivíduo possui para a resolutividade de problemas cotidianos incluindo a sua participação na sociedade, ainda que apresente alguma limitação física, mental ou social. Idosos que apresentam limitações para realizar as suas atividades de vida diária, principalmente as que estão relacionadas à alimentação, tendem a um decréscimo na sua qualidade de vida, agravamento da morbidade e, até mesmo, apresentam risco para a mortalidade (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

Em função do aumento da fragilidade ou, ainda, do preconceito contra o envelhecimento, que tende a limitar ainda mais a funcionalidade e a participação social da pessoa idosa, famílias com pessoas dependentes podem suscitar o desgaste das relações intergeracionais, em razão da perda progressiva da autonomia da saúde da pessoa idosa e, consequentemente, maior dependência dos seus familiares (GIACOMIN; MAIO, 2016).

Como descreve Camarano (2016), o cuidar envolve um aglomerado de funções específicas desempenhadas, que envolve autocuidado e cuidar da pessoa idosa. Em toda ação de cuidado deve existir a intenção de promover o bem-estar e manter a pessoa cuidada segura e confortável, oferecendo apoio, minimizando os possíveis riscos e reduzindo, na medida do possível, sua vulnerabilidade.

Assim, Valério e Ramos (2013) enfatizam que estabilizar as doenças crônicas com objetivo de manter a capacidade funcional e a independência dos idosos é um desafio do

século. A possibilidade de o idoso continuar a executar tarefas no meio físico e social, ainda que de forma parcial, contribui para manter a sua capacidade funcional e autonomia, não sendo a doença crônica um impeditivo, no sentido de que é necessário avaliar que habilidades ainda estão preservadas ou podem ser executadas com auxílio.

À medida que o ser humano envelhece, torna-se cada vez mais difícil a realização de tarefas básicas da vida cotidiana, tais como: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, deslocar-se, dominar a continência, administrar-se financeiramente, ingerir remédios, limpar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, preparar suas refeições e alimentar-se (COSTA; SILVA; SOUZA, 2016).

Tais necessidades geram cuidados contínuos que ocorrem, muitas vezes, no próprio domicílio do idoso, demandando ajuda de membros da família que, por sua vez, buscam uma reorganização entre seus pares em busca do bem-estar das pessoas que necessitam dos cuidados (CAMARANO, 2010).

Os conceitos e definições sobre quem pode ser considerado cuidador têm sido amplamente discutido por diversos autores. Para Faria et al. (2017, p. 1), “[...] o cuidador é aquele que presta os cuidados à pessoa idosa que apresenta alguma dependência”. Para Menezes et al. (2013), o cuidador está designado a realizar tarefas que envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, cuidados básicos, como higiene pessoal, auxiliar na medicação, alimentação, mobilização e assistência a serviços de saúde.

A função de cuidador divide-se em duas modalidades, o cuidador informal e o cuidador formal. O cuidador informal é representado por um membro familiar, amigos e ou vizinhos, que apresentam maior disponibilidade de tempo e intimidade com a pessoa idosa, não recebendo remuneração por seus serviços. Já o cuidador formal é aquele que é capacitado com treinamento específico para a função e exercem a atividade de “cuidador” mediante uma remuneração, podendo manter vínculos contratuais ou não (BRASIL, 2008).

Os cuidados oferecidos a pessoas idosas frágeis e dependentes são em grande parte executados pelas famílias, muitas vezes sem apoio institucional, capacitação e sem o apoio de políticas específicas orientativas e normativas (CAMARANO, 2016).

Watanabe (2015) reitera que cerca de 3,2 milhões de idosos são gerenciados pelas famílias em suas residências. Com este número representativo, estima-se que até 2020 uma parcela dessta população, representada em média por 4,5 milhões de idosos, apresentarão dificuldades para realizar suas atividades de vida diária, demandando cuidados assumidos por suas famílias, que também necessitarão de apoio (CAMARANO, 2010).

As modificações nas concepções de que o cuidador é representado sempre por um familiar, que se dispunha voluntariamente, ou por maior disponibilidade ao cuidado de parentes idosos vêm sofrendo modificações, pois a sobrecarga sobre o cuidador pode ser demasiadamente desgastante, no sentido de que outras opções assistenciais devem ser garantidas pelo Estado às famílias daquele que requer o cuidado (DUARTE; BERZINS; GIACOMIN, 2016).

Duarte, Berzins e Giacomin (2016) definem que,

> O ato de cuidar requer do cuidador responsabilidade, solidariedade, revisão dos princípios éticos, esforços que lhe permitam compreender o outro segundo suas possibilidades. Entre o cuidador e a pessoa cuidada estabelecem-se relações de cuidado, expressas pelo comportamento de cuidar e por sentimentos compartilhados entre os envolvidos, como confiança, respeito, consideração, interesse, atenção, entre outros. Nesse sentido, o cuidado somente ocorrerá de fato se a pessoa cuidada se sentir bem, reconhecida e aceita como ela é, conseguindo se expressar de forma autêntica, apesar de suas limitações (DUARTE, BERZINS e GIACOMIN, 2016, p. 459).

O cuidar aproxima o cuidador da pessoa que recebe o cuidado por meio de gestos, da fala e olhares, envolvendo quem efetua a ação e a quem esta se destina, marcando um compromisso entre diferentes atores envolvidos nessa ação (DUARTE; BERZINS; GIACOMIN, 2016).

O olhar sobre determinadas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD’s) pode representar relevância significativa para aqueles que possuem sua capacidade e autonomia em declive. A habilidade de comer ou preparar sua própria refeição, para aqueles que necessitam de auxílio para este desempenho, pode espelhar diversos construtos sociais.

Segundo Ramos et al. (2013), por ser considerada como típica e sob forte influência de gênero, da cultura e da sociedade, a habilidade de preparar o alimento pode tornar-se uma atividade complexa e, portanto, podendo demandar maiores necessidades de ajuda.

A partir desses conceitos, compreender onde se lastreiam as memórias e representações sociais sobre dependência relacionada à alimentação em idosos frágeis poderá nos permitir apreender conteúdos simbólicos e culturais, partindo da premissa de que a alimentação acompanha o homem através dos tempos, misturando ingredientes, técnicas, usos e costumes, regras morais e religiosas, aspectos geográficos, políticos e sociais. Por esses motivos, o alimento não é só um simples objeto nutritivo que permite saciar a fome, mas algo que também apresenta um significado simbólico em uma determinada sociedade. O alimento constitui uma categoria histórica, pois os padrões de permanência, mudanças de hábitos e

práticas alimentares têm referências na dinâmica social de cada indivíduo (FRIEDRICH; SOARES, 2014).

Dar voz ao idoso que depende de cuidadores para se alimentar é trazer à tona seus desejos, suas vontades, seus anseios, suas preocupações, alegrias e possibilitar a rememoração do passado, uma vez que, em seu contexto social e hierárquico, o idoso, muitas vezes, era considerado o responsável pelo preparo dos alimentos e o esteio nas relações sociais de convívio.

As inúmeras modificações que a dependência traz para o cotidiano do idoso podem suprimir desejos, anseios, vínculos estabelecidos com a comida, uma vez que idosos que hoje dependem de cuidadores para o preparo ou até mesmo para levar a comida à boca não deixam de ser idosos com memórias que guardam tradições e saberes de técnicas, muitas vezes guardadas a "*sete chaves*", e que agora podem estar atravancadas pela dependência.

Outro fator de grande relevância são as modificações na rotina dos idosos. Woortmann (2013) enfatiza que mudanças tais como prescrições alimentares são tão importantes quanto as proibições, pois toda cultura identifica, dentro de um conjunto de alimentos disponíveis em cada ecossistema, o que se deve e o que não se deve comer em cada estágio do seu ciclo de vida.

Para a autora, o que deve e o que não deve ser comido são determinados pelos diversos grupos, classes sociais, religiões e regiões, entrelaçando os elos entre o comer em público, o comer cotidiano, o comer cerimonial, o comer em família, que para o idoso possui uma relação simbólica e ritual marcante em sua trajetória social e de vida.

Segundo Oliveira et al. (2010), idosos que dependem de cuidadores para se alimentar podem representar a rotina alimentar como controlada, esvaziada de significados e que despreza as individualidades.

Para Bosi (2013), a memória dos velhos pode ser entendida como um mediador entre esta geração e as gerações passadas, exercendo um papel intermediário da cultura, pois existem balizadores constituídos pelas instituições, como a escola, a igreja, a política, que são constituintes da cultura e transmitem valores.

Envelhecer não se refere somente à quantidade de anos vividos, período de vida ou categoria etária. A forma da construção do envelhecimento na sociedade é elaborada pelas construções do imaginário, pelas ideias simbólicas e pelas práticas concretizadas nas relações entre os sujeitos no cotidiano (KUWAE et al., 2015). É preciso desmistificar as impressões sólidas dos mais longevos, que considera como indicador somente a idade cronológica. Nela,

o idoso é visto como aquele que exige cuidados, e a relação entre idade avançada e dependência é uma condição que pode emergir, mas que não se torna uma regra (OMS, 2015).

O sentido impresso através dos sistemas globais é que define o homem, e os valores agregados à velhice. Para Beauvoir (1990, p.108), "[...] a forma como a sociedade se comporta com seus velhos, desvela a verdade, cuidadosamente camuflada de seus princípios e fins".

Segundo Moscovici (2012), a pressão que as representações dominantes exercem nos componentes de uma sociedade estipulam padrões culturalmente cristalizados, conduzindo os indivíduos a se moldarem conforme padrões pré-estabelecidos para uma convivência considerada harmônica.

Nessa conjuntura social, a vulnerabilidade, a fragilidade e a enfermidade, associadas ao envelhecer, repercutem na dificuldade de autoaceitação, rejeição ou conformismo por parte do idoso quanto ao seu envelhecimento. A construção do significado da velhice é permeada por crenças, mitos, preconceitos, estereótipos que, neste contexto, emergem por meio de representações depreciativas do fenômeno do envelhecimento e do sujeito que envelhece, definindo o seu lugar social.

Dessa forma, é por intermédio das memórias que os idosos ressignificam o passado com suas impressões reais do agora, em que se ancoram conceitos construídos em seus grupos sociais. Como pensar numa sociedade que está a envelhecer em relações mútuas e de reciprocidade com os mais novos, mas que estes sutilmente eclodem nos velhos a representação da finitude e incapacidade.

Os sistemas impõem padrões, designam limites e delimitam caminhos e meios para o "ser idoso", e as representações formadas ao longo de existência são penetradas em nossos pensamentos como algo familiar, cotidiano e corriqueiro, e que parece para nós como um padrão a ser seguido, nos tornando cúmplices nesse processo do envelhecer, estipulado por quem nem se quer chegou e nem conhece a velhice.

Para Comin, Bettinelli e Ferranti (2016), é necessário que o idoso participe das ações que repercutem em seu cotidiano, passando então da condição de "objeto de direito" para um "sujeito de direito", não se detendo ao arbítrio de políticas de gestores céleres que, por muitas vezes, desconhecem a condição em que esta população vive.

O domínio sobre os velhos, marcados pelas imposições sociocratas, remete-nos a uma imagem de identificação do idoso que, por seus cabelos brancos e por seus anos de experiências, estão tão afadigados que, de tal maneira, suas opiniões e seus desejos já não têm mais tanto valor, fazendo a associação da velhice à imagem de maturidade e, ao mesmo

tempo, sombria nos crepúsculos, sendo o “bom velho” ou o “velho rabugento” representações muito presentes em nosso cotidiano. Como já descrevia Beauvoir (1990, p.268), “[...] é de maneira sutil que o adulto tiraniza o velho que depende dele. Não ousa abertamente dá-lhe ordens, pois não tem direito à sua obediência: evita atacá-lo de frente, manobra-o”.

Para Bosi (2004), a velhice além de representar um destino do indivíduo, é também uma categoria social, que não se restringe apenas a anos vividos, de forma que a construção do envelhecimento na sociedade não é natural, mas sim elaborada pelas construções simbólicas, imaginárias e concretizadas nas práticas e relações cotidianas.

A quebra de paradigmas de que a longevidade está intimamente associada à ordem cronológica e que ocasiona dependência é vista pela sociedade como um fardo que concentra estereótipos, esquecendo-se de que a independência física e cognitiva não estão relacionadas exclusivamente a fatores cronológicos, mas ao estilo de vida, ambiente físico e social, educacional e financeiro daqueles que chegam a esta etapa da vida (OMS, 2015).

Para Silva, Silva e Fixina (2016), cada pessoa irá envelhecer de uma maneira diferente, respeitando suas subjetividades. O envelhecimento é um processo ocasionalmente duro e ora sutil, dependendo de como se encara essa fase vital, e de que forma o ambiente influencia positiva ou negativamente essa progressão inerente à vida (COUTINHO; TOMAZETI; ACOSTA, 2013).

As representações vigorantes nos grupos sociais que partilham regras, ideias e reelaboram informações ao longo das suas trajetórias refletem as diferentes relações existentes entre o envelhecer e as relações de construção de identidade com o corpo (ARAÚJO, 2008).

Para Kofes (1989),

> O corpo ilustra o cuidado com a saúde e aparência, ou falta dele, e tudo isso é representado pelo jeito de andar, falar, olhar, comer, se vestir, gesticular, sorrir, se expressar, se portar, agir, pela fisionomia do rosto, pela forma física; enfim, o corpo diz muito do que somos e o que queremos e carrega consigo uma forte influência social, [...] os corpos expressam o que a sociedade nos corpos escreve (KOFES, 1989, p.220).

É a partir desses paradigmas que idosos dependentes elaboram estratégias para enfrentar as degenerações, podendo estas ser positivas ou negativas, retratando a velhice como uma etapa da vida na qual, mesmo com limitações, entendidas como susceptíveis a qualquer ser humano, a pessoa idosa tende a reelaborar um significado para a existência. Quando essas degenerações são negativas, o idoso enfrenta esse processo de forma árdua,

visando ultrapassar limites e contornar barreiras, que contemplam o envelhecimento biológico, os aspectos subjetivos e sociais (COUTINHO; TOMAZETI; ACOSTA, 2013).

Segundo Coutinho, Tomazeti e Acosta (2013), o corpo é socialmente e culturalmente constituído em diversas estruturas sociais, de forma que o processo de envelhecer não se inicia subitamente aos 60 anos, mas sim com um acúmulo de vivências e experiências biopsicosocioculturais. Cada um atribui ao corpo um sentido particular, e pensar no idoso frágil e dependente, que necessita da sujeição aos cuidados de outra pessoa, é refletir sobre as diversas formas de se representar um idoso dependente para realização também de atividades alimentares, como sujeição ao comando de horários, à fiscalização do comer, ao preparar do seu próprio alimento e programações de rotinas alimentares de idosos, antes dominantes, e que agora vivenciam uma condição de subordinados (OLIVEIRA; VERAS; PRADO, 2010).

Após uma análise introdutória dos aspectos demográficos do envelhecimento humano, o capítulo seguinte aborda, de forma breve, sobre memória coletiva e Teoria das Representações sociais, embasamento teórico necessário para que possamos compreender como se evidenciam as memórias e as representações sociais de idosos fragilizados sobre a dependência relacionada à alimentação.

3. MEMÓRIA COLETIVA E TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Incialmente, será apresentado neste capítulo um breve panorama sobre memória coletiva na perspectiva de Maurice Halbwachs (1990), autor utilizado para descrever sobre a construção das memórias coletivas nas quais se ancoram as memórias de idosos fragilizados. Nesse sentido, buscamos compreender a importância dessas memórias a respeito de uma alimentação com autonomia e na condição de dependência de cuidadores para alimentar-se.

Fizemos um breve panorama sobre Halbwachs, construído a partir das perspectivas de autores como Elsa Peralta (2007) e Myrian Sepúlveda dos Santos (1998), que consideramos essenciais na construção deste capítulo para o entendimento sobre a trajetória e as obras iniciais de Halbwachs. Utilizamos ainda autores como Cascudo (1983), Da Matta (1987) (2001), Hobsbawm (1997), na abordagem entre alimentação e memória, considerando este tema ainda recente e bastante estudado em nosso país.

No que tange às discussões sobre a Teoria das Representações Sociais, este capítulo buscou nas representações sociais compreender as memórias de idosos fragilizados acerca de tal dependência. Dessa forma, utilizamos autores como Moscovici (2003), Jodelet (1985; 1989; 2001) e Sá (2000; 2002; 2007), que discutem e abordam as diversas representações pelas quais se criam as concepções relacionadas a um ponto de vista de determinado grupo.

3.1. MEMÓRIA COLETIVA

Durante muito tempo, obliterou-se a natureza social da memória, sendo amplamente investigada por outras ciências, como a Psicologia, numa perspectiva Freudiana, e no âmbito da Filosofia, investigada por Bergson e, desde o séc. XIX, ainda que embrionária, com base nas ciências sociais, a memória tomou maiores proporções em suas investigações.

É a partir da década de 1980 que surge um interesse crescente pelos estudos da memória em seu caráter coletivo. Nesse momento histórico, buscava-se romper com a relação dual entre indivíduo e sociedade (SANTOS, 1998).

Halbwachs, influenciado pelas obras de Durkheim, inicia em 1925 a contextualização da memória enquanto fenômeno coletivo, defendendo a ideia de que o passado é ancorado em famílias, grupos religiosos, classes sociais e que as recordações individuais sofrem influências das instituições sociais, religiosas e políticas (PERALTA, 2007).

Em sua obra póstuma "*A memória coletiva*", Maurice Halbwachs reforça os motivos pelos quais não haveria indissociabilidade entre evocar e localizar recordações senão nas

nascentes que emergem nos "*quadros sociais da memória"* reais e que servem de pontos de referência na reconstrução, na qual denominamos de memória. Tal afirmação nomeou uma de suas obras publicada ainda em vida "*Os quadros sociais de memória*" (DUVIGNAUD, 2013).

Halbwachs foi considerado um dos autores que mais colaborou para assimilação das noções de memória coletiva. Em sua formação inicial como discípulo de Bergson, debruçou-se sobre os trabalhos não publicados de Leibnitz e, posteriormente, rompeu com as afirmativas filosóficas de sua época, buscando inspirações nos escritos de Émile Durkheim (1970), sendo o primeiro a evidenciar o caráter social da memória, afirmando que tudo o que recordamos do passado faz parte de elaborações coletivas. Em sua época, a memória era compreendida primordialmente como fenômeno individual, e Halbwachs foi quem inaugurou a percepção da memória como fenômeno coletivo, aprofundando essas afirmativas e pensamentos consolidados, em suas publicações posteriores (SANTOS, 1998).

Tomando como ponto de partida as afirmativas defendidas por Halbwachs, podemos considerar a memória como a mais democrática das capacidades humanas, no sentido de que todos podem ressignificar o passado através da memória. É a partir do convívio social que recordamos, de maneira que, para construir uma memória coletiva, os seres humanos necessitam de ampla convivência com seus pares.

Nesse sentido, supomos que a perspectiva defendida por Halbwachs possibilitará um maior entendimento das memórias e representações sociais de idosos fragilizados acerca da dependência relacionada à alimentação. No sentido de que compreender processos intersubjetivos de construção de memórias coletivas é de fundamental importância para a contribuição social, não somente para o favorecimento de construção de políticas públicas que promovam maior qualidade de vida e autonomia para idosos dependentes, mas também compreendê-los e ouvi-los.

No Brasil, estima-se que 10% das pessoas acima de 65 anos precisam de ajuda em atividades básicas de autocuidado e cerca de 40% necessitam de auxílio nas atividades instrumentais de vida diária, o que significa mais de 6 milhões de pessoas precisando de suporte (ROCHA, 2016).

O ser idoso entrelaça as relações do envelhecer e a possibilidade de dependência. A reconstrução das memórias no envelhecer permeia as grandes relações que um dia se estabeleceram ao redor da mesa e que foram firmadas em momentos em que existia a autonomia de suas escolhas, da quantidade, dos sabores, das preferências de seus grupos de pertencimento, firmados ao longo da vida e fixados em suas memórias construídas de forma coletiva.

Para Halbwachs (1990), a construção da memória coletiva está pautada nas recordações que permanecem coletivas, mesmo que seja de cunho individual, isto é, o que nos faz tomar consciência e recordar situações sem a presença de testemunhas. Ao fazer essa afirmativa, Halbwachs (1990) enfatiza o "EU" coletivo, o momento em que as recordações nos roubam "flashes" de memória que parecem individuais, mas que nada mais são do que recordações de um passado ressignificado no presente daquilo que ouvimos, vivemos ou com quem vivemos.

Ao despertar as memórias das relações estabelecidas com a alimentação, emanam recordações que foram ancoradas nas memórias ouvidas e vividas, envolvendo a alimentação nos mais diversos significados. Há momentos mais propícios para o doce, o salgado, a bebida, a fartura ou a restrição alimentar, que são impregnados de significados determinados culturalmente, ancorados na referência dos grupos aos quais pertenceram, perpetuando, assim, uma memória coletiva (FRIEDRICH; SOARES, 2014).

Na alimentação prevalece a arte de elaborar e dar à comida sabor e sentido. Nela, há a intimidade familiar, os investimentos afetivos, simbólicos, estéticos e econômicos. Em seu interior, despontam as relações de gênero, de genealogias, um espaço rico em relações sociais, fazendo com que a mesa se constitua, efetivamente, um ritual de comensalidade (SANTOS, 2005).

As práticas alimentares vão desde procedimentos do preparo do alimento até o seu consumo. A subjetividade da identificação alimentar, a condição social, a religião, a memória familiar, a época entrelaçam esta experiência de forma diária (FRIEDRICH; SOARES, 2014).

Segundo Cascudo (1983), todos os grupos humanos têm uma fisionomia alimentar. A memória gustativa sempre teve um papel importante nas sociedades tradicionais, a fim de estabelecer ou reforçar os laços, sendo o alimento, em momentos cerimoniais, um elemento fixador psicológico no plano emocional, e comer certos pratos é ligar-se ao local ou a quem os preparou.

O despertar das recordações de seus pratos preferidos, de uma alimentação com independência, com seus costumes, hábitos e sua autonomia, remonta a uma trajetória vivida e experienciada em seus mais diversos grupos coletivos, sendo reconstruído sob uma nova ótica, o presente. Como afirma Halbwachs (1990), cada memória individual é um ponto de vista sobre a memória coletiva, e este ponto de vista muda conforme o lugar, transformações e suas relações com o meio. Essas diversidades de percepção derivam de uma combinação de influências de natureza social.

Da Matta (1987) entende que a comida desperta recordações que permitem reconstruir a memória, o que possibilita redefinir ideais. Ele afirma que esta tem o papel de destacar afinidades ou incompatibilidades e, conforme o contexto das refeições, elas podem ser nacionais, regionais, locais, familiares ou até mesmo pessoais.

O idoso com condição financeira diferente do outro irá lastrear suas memórias em âncoras divergentes de idosos que possuíram outras experiências econômicas, tais como aqueles vindouros de diversas regiões do estado ou do país, terão pontos de vista e relações genéricas com a alimentação, pois a ela atribuem-se valores sociais e, no entanto, também pessoais, sejam por costumes, hábitos, identidade, práticas ou formulações a partir dos grupos sociais.

A busca pelas memórias que delineiam a alimentação como representação das diversas formas de sociabilidade ativa traz o alimento em seus contextos e práticas alimentares como referência na dinâmica social de um idoso. Os alimentos não são somente alimentos; alimentar-se é um ato nutricional, comer é um ato social, pois constitui atitudes ligadas aos usos, costumes, protocolos, condutas e situações (SANTOS, 2005).

Para Halbwachs (1990),

> Em todo o caso, geralmente é na medida em que a presença de um parente idoso está de algum modo impresso em tudo aquilo que nos revelou de um período e de uma sociedade antiga, que ela se destaca em nossa memória não como uma aparência física um pouco apagada, mas com o relevo e a cor de um personagem que está no centro de todo um quadro que o resume e o condensa (HALBWACHS, 1990, p. 45).

O descortinar de memórias de nossos antecessores suscita recordações que se perpetuam e mantêm as trajetórias de vida. Halbwachs (1990) reporta a imagem do idoso não como uma aparência física um pouco apagada, mas como relevo e a cor de uma personagem, o que leva-nos a pensar que este é agora a personagem principal, que narra e propaga a memória coletiva de um determinado grupo.

Dessa mesma forma, se dá a transmissão oral das memórias alimentares, que se multiplica pelas tradições estabelecidas entre os grupos sociais, familiares e de convívio, caracterizando a comida não apenas como um ato nutricional ou biológico, mas enquanto um ato cultural, considerando os sistemas alimentares enquanto sistemas simbólicos ou até mesmo um meio de transmissão para os próximos descendentes.

Hobsbawm (1997) retrata costumes e práticas sociais contínuos como base das tradições sociais que, na medida em que há necessidade de adaptar os costumes à dinâmica da

modernidade, as tradições se adaptam para que não definhem. Nessa perspectiva, Magalhães e Almeida (2011) destacam que cultura são práticas sociais transmitidas coletivamente a partir de memórias coletivas, de grupos, que são socialmente abstraídas e mantidas ao longo do tempo, mesmo em suas modificações.

Alimentar é transmitir saberes, valores, sensibilidades e memórias que passam a pertencer a um determinado grupo. Para Halbwachs (1990), as recordações mais difíceis de serem evocadas são aquelas que constituem exclusividade a nós mesmos, porque parece não pertencer a ninguém se não a nós, e os grupos que as trariam estão sempre mais distantes, diferentes das recordações de memória coletiva que estão sempre ao nosso alcance porque se conservam em grupos sociais.

Desse modo, as tradições, os hábitos e a cultura também se tornam objetos da memória no processo de entendimento de que a memória é viva, dinâmica e compreende a conservação de tais sistemas, mas recorda, reconta e ressignifica os fatos a partir de olhares dos grupos sociais que se transformam.

A memória coletiva fornece dados para a constituição das memórias individuais. Sendo assim, a memória estaria contida na sociedade que a reconstrói. Para essas memórias, são pinçados do passado fatos que, de alguma forma, se relacionam com o presente, na medida em que outros tantos podem ser esquecidos. A comida expressa memórias familiares associadas à terra de origem. No ato de comer e cozinhar em grupo, são transmitidas também as memórias de um passado mais distante, nem sempre vivenciado pelos indivíduos, mas presente na memória coletiva (FRIEDRICH; SOARES, 2014).

Nesse mesmo sentido, Halbwachs (1990) destaca que a recordação é em larga medida uma reconstrução do passado com ajuda de dados emprestados do presente e, além disso, preparada por outras reconstruções feitas em épocas e de onde a imagem de outrora se manifestou já alterada, ajudada pelos relatos, depoimentos e confidência dos outros, permitindo-nos fazer uma ideia do que foi o passado.

Halbwachs (1990) pontua que:

> Os grupos, no seio dos quais outrora se elaboraram concepções e um espírito que reinara algum tempo sobre toda sociedade, recuam logo e deixam lugar para outros, que seguram, por sua vez, durante certo período, o cetra dos costumes e que modificam a opinião segundo novos modelos. Poder-se-ia crer que o mundo sobre o qual, com nossos avós idosos, estamos ainda inclinados, ocultou-se de repente (HALBWACHS, 1990, p. 45).

Sá (2007, p. 33) refere-se a Jedlowski (2001) que, ao revisar o conceito atribuído por Halbwachs, reitera que a memória coletiva consiste em "[...] um conjunto de representações sociais acerca do passado que cada grupo produz, institucionaliza, guarda e transmite através da interação de seus membros".

As fronteiras da memória em um grupo determinam em cada membro uma intensidade e vigor pelo momento vivido, podendo ser este um processo de identificação raso ou intenso de forma diferente para cada membro do grupo. Segundo Sá (2007), este seria um dos motivos pelos quais esses grupos podem sofrer modificações e acabar-se, bem como pelo desaparecimento das memórias coletivas.

Quando falamos de recordações individuais, as ideias que representamos como nossas, compostas de elementos pessoais e particulares, na verdade, é a ideia de que os outros fazem de nós, fazendo-nos recordar com mais facilidade acontecimentos de domínio comum. Mas o grupo que vive originalmente e, sobretudo, para si mesmo, visa perpetuar os sentimentos e as imagens que formam a substância de seu pensamento (HALBWACHS, 1990).

Dessa maneira, cada sociedade tem uma forma diferente de lidar com a velhice. No compasso social do tempo, há uma congruência: a pessoa idosa carrega em si de modo forte a possibilidade de evocar, de memorizar e de trabalhar com as imagens – lembranças (ROCHA, 2016). Halbwachs demonstra uma concepção de memória coletiva que, se não marcada por datas, listas, fatos históricos, não desempenharia um papel tão auxiliar na fixação de nossas recordações. Pode-se falar em memória coletiva a partir do momento em que evocamos um evento que teve lugar na vida de nosso grupo.

Festejar o nascimento e datas comemorativas nos revela uma dicotomia presente no curso da vida entre o nascer e o envelhecer, destacando o envelhecimento como passo largo para a finitude da vida, e silenciando o aqueduto de memórias vivas pertencentes aos membros de um grupo. Na memória coletiva não há linhas de separação. Todas as vezes que a memória de uma sociedade diminui lentamente, e que vai chegando aos seus limites, ela não cessa de se transformar, e o grupo, ele próprio, muda sem cessar, sendo difícil delimitar e precisar em que momento histórico a rememoração coletiva e a consciência deste grupo desapareceram.

Halbwachs (1990) afirma que, para a memória dos outros completar-se e reforçar-se à nossa, é necessário que as evocações destes não estejam absolutamente sem relação com os eventos que constituem o passado. Cada indivíduo é membro de um grupo social. Destarte, a memória coletiva muda conforme as relações que os indivíduos estabelecem com o meio, de

forma diligente e não estática, adequando-se ao momento e ao grupo no qual o indivíduo está inserido.

3.2. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais foi proposta por Serge Moscovici (1961), psicólogo social, romeno, naturalizado francês, nascido em 1928, foi ele quem investigou e divulgou a Psicanálise, terminando em 1961 a tese "La psychanalyse, son image, son public", na qual propôs a Teoria das Representações Sociais. Em seu livro "*Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social*" reúnem-se as principais ideias de Moscovici sobre a Teoria das Representações Sociais e a contribuição desta para a Psicologia Social.

Para Moscovici (2002), as representações sociais caracterizam-se por pensamento primitivo, ciência e senso comum, demonstrando a relação entre as formas de pensar a realidade do homem ao longo da história, não apenas como fatos coletivos, mas como resultados de interações entre os sujeitos. As Representações Sociais (RS) caracterizam-se como sistemas de valores, ideias e práticas com a dúbia função de formas de convenções prescritivas (SÁ; ARRUDA, 2000). A essência do termo representações sociais caracteriza-se por um conjunto de fenômenos que engloba diversos conceitos explicando-os através de diversos estudos psicossociais (SÁ, 2002).

Segundo Moscovici (2002), pode-se considerar que as representações sociais são conhecimentos práticos que se desenvolvem nas relações do senso comum, e são formadas pelo conjunto de ideias da vida cotidiana, construídas nas relações estabelecidas entre sujeitos ou através das interações grupais. Por julgar que delimitaria a real essência das representações sociais, Moscovici sempre resistiu à apresentação de uma elucidação deste termo. Diante desse entrave, Ibañez (1988) traz as conjugações de que uma dificuldade para sua conceituação seriam as diversas conceituações desenvolvidas na vida cotidiana das comunicações interpessoais.

Moscovici (1981) reporta ainda que as representações sociais podem ser equivalentes ao contexto social, aos mitos e às crenças das sociedades tradicionais, podendo ser interpretadas como a "versão" contemporânea do senso comum. Para que haja o conhecimento social, as representações devem ter um significado importante na construção e processamento das informações, bem como na construção de novos conhecimentos e representações.

Segundo Cantelli (2009),

> O indivíduo, ao agir sobre o mundo, elabora modelos do funcionamento social. Esse é um trabalho que o indivíduo deve realizar com a ajuda dos outros, baseando-se no conhecimento acumulado pelas gerações que o antecederam, pois não pode ser recebido pronto. Trata-se, portanto de um trabalho psicológico realizado no âmbito social. Podemos afirmar, mediante o exposto, que a representação consiste na elaboração de comportamentos e pensamentos, ou seja, implica na forma como o indivíduo concebe sua realidade (CANTELLI, 2009, p. 80).

De acordo com Jovchelovitch (2008), é por intermédio dos acontecimentos históricos da representação que podemos perceber seus fundamentos sociais e pessoais, os processos que interligam a representação ao sentido, ao contexto social e aos atores sociais. É necessário enfatizar que Moscovici (2002) reforça que as pessoas se informam e representam algo somente depois de terem formulado suas conclusões sobre determinado tema.

Sá (2002) defende que a representação social é uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto que pode ser social, material, ideal, relacionando com o simbólico e com a interpretação e também é considerada uma construção da expressão do sujeito, sendo este real ou psicodinâmico, social, coletivo, no tocante às análises de todos esses processos que ocorrem pelas participações culturais e sociais de cada sujeito.

Jodelet (2001) afirma que ao qualificar o saber como “prático”, toma-se como ponto de partida as experiências nas quais foi concebido e com base nos quadros e condições desse contexto, uma vez que a representação serve para agir sobre o mundo que o cerca e sobre os outros. Pierre Bourdieu (1983) clarifica as práticas cotidianas através do *habitus,* sendo este considerado um sistema de disposições decorrentes de experiências passadas, duráveis e inscritas na construção social do indivíduo e transponíveis de um campo para o outro, o que permite estimular suas percepções e ações, e que não estão sujeitas a regras preestabelecidas.

Nesse sentido, *habitus*, relaciona-se a um "princípio gerador e estruturador" das representações e práticas sociais, resultantes da interiorização das estruturas objetivas e que se caracteriza como um sistema subjetivo, não individual, constituído por estruturas internalizadas, comuns a um grupo ou classe.

Para tal entendimento dos conceitos definidos por Bourdieu (1983), no que tange à internalização das estruturas objetivas num sistema subjetivo, torna-se necessário a compreensão do conceito de *campo*, que se definem como espaços relativamente autônomos, nos quais as posições dos agentes estão previamente estabelecidas.

Para Bourdieu (1994), o mundo social é um espaço multidimensional, caracterizado por uma rede de campos, com dinâmica e lógica próprias, investidos de capital econômico ou cultural, que aqui se definem como poder no qual a interação entre os campos é marcada por disputas e controle concentrados sob a posse da classe dominante, distinguindo-a das demais classes.

Da mesma forma, emergem as representações sociais que, para o autor, são influenciadas por ideias, valores, crenças e ideologias existentes anteriormente a uma sociedade, e que se perpetuam na comunicação, nas religiões e no chamado senso comum, no qual se revela o conceito de *habitus*, imbricado nas concepções que circulam entre os participantes dos campos e classes sociais (PRAXEDES, 2015).

As representações possuem origem histórica e coletiva. Apesar de consideradas hóspedes do inconsciente e sujeitas a influências das representações existentes desde tempos passados, manifestam-se através das ações e interações com outros indivíduos, possibilitando, assim, formular e reformular suas próprias representações e orientar os pontos de vista particulares elaborados sobre a realidade, assim como decisões e práticas adotadas.

Como descreve Praxedes (2015), para Bourdieu, as representações são fortemente influenciadas pelas posições sociais que são ocupadas nas hierarquias existentes nos campos e entre as classes sociais; as representações elaboram-se para que estejam de acordo com os interesses consciente ou inconscientemente vinculados à posição que ocupamos nos campos e na sociedade, explicando, assim, suas hierarquias dentro de uma sociedade.

Bourdieu (2004) enfatiza que,

> As representações dos agentes variam segundo sua posição e os interesses associados a ela, e segundo o seu *habitus* como sistema de esquemas de percepção e apreciação, como estruturas cognitivas e avaliatórias que eles adquirem através da experiência durável de uma posição no mundo social (BOURDIEU, 2004, p. 158).

Baseadas nas concepções do autor, as representações sociais podem ser consideradas como a matéria prima dos preconceitos construídos no pensamento humano a partir de esquemas inconscientes de percepção, avaliação e apreciação. Através do saber incorporado, dá-se a construção de esquemas inconscientes de entendimento através do aprendizado da língua, dos valores e ideias expressas pelas culturas nas quais se convive desde o nascimento, como manifestações culturais, populares, nas religiões e nos grupos sociais de convívio.

Para relacionar esses conceitos e como esses aspectos também se moldam à comida, percorreremos por um breve histórico sobre a culinária maranhense especificamente, sobre a história do cuxá, prato típico e regional da cultura local.

A culinária é um dos aspectos mais resistentes da cultura de um povo. Enraizada nas condições naturais e elaboradas por gerações e gerações num processo no qual a criação, tradição e adaptação andam juntas, ela tem sido reproduzida por populações diversas e em regiões onde, às vezes, os seus ingredientes básicos não são conhecidos ou não podem ser produzidos (FERRETI, 2007).

Em sociedades multiculturais e marcadas por dissemelhanças sociais e econômicas, uma comida típica de um segmento populacional das camadas mais baixas pode tomar proporções e chegar à mesa das elites, como também no sentido inverso, demonstrando, assim, que a alimentação é identitária, genérica, e assume dualidade nesse processo de construção social.

Segundo Serra (2001), diferentes posições sociais no interior dos campos indicam variações de estilos de vida. O gosto, escolhas e preferências dos indivíduos, aparentemente voluntárias, são construídos simbolicamente como sinais da posição social, *status* e de distinção. Assim, o estilo de vida guarda estreita relação com a posição social e reflete-se na opção pelo tipo de alimentação e padrões estéticos, como evidenciam estudos sobre práticas culturais entre classes sociais distintas.

Para Bourdieu (2004), na comida, mesclam-se valores simbólicos antigos, regionais e modernos e há padrões socioculturais das diversas instâncias do conhecimento.

> [...] a comida representa a manifestação da organização social, a chave simbólica dos costumes, o registro do modo de pensar a corporalidade no mundo, em qualquer que seja a sociedade (FREITAS, 1996, p. 2).

A exemplo do Maranhão, terra frutífera, que, assim como em diversas partes do país, cultiva, através da comida, tradições culinárias. O cuxá, comida típica maranhense, é um angu com folhas de vinagreira (*Hibiscus sabdariffa L.*) muito utilizado pelos índios e conhecida como azedinha, quiabo-de-Angola e denominada na África de kutxá (ASSUNÇÃO, 2003).

Temperado com gergelim torrado, camarão seco, pimenta de cheiro, sal, cheiro verde, alho e cebola, recebeu influência das culinárias indígena e portuguesa. O cuxá emergiu na cozinha de populações negras de baixa renda e há muito tempo tornou-se tradicional no Maranhão, entrando na mesa das famílias mais ricas, conforme registro de Serra (1965),

fazendo parte hoje do *menu* de restaurantes turísticos de São Luís, como descreve Lima (1998).

O alimento antes servia como fonte nutritiva das populações mais pobres e ribeirinhas, conhecidas como “comedores de cuxá”. Tornou-se, com novas técnicas e incrementos, um prato típico e requintado da gastronomia maranhense, dando origem também ao “arroz de cuxá” que, com a chegada de escravos vindo de Guiné, considerados cultivadores do arroz, difundiram a iguaria pelas diversas províncias do Maranhão, sendo o “arroz de cuxá” considerado o “irmão mais nobre” desta variedade (BONFIM, 2007).

Abundante na região, a farinha de mandioca, socada no pilão com gergelim torrado, camarão seco, pimenta de cheiro e folhas de vinagreira aferventadas e batidas, o cuxá era e continua sendo muito apreciado pelos maranhenses e pelas diversas camadas sociais.

Alguns cuxás, como os que tinham fama de serem cuidadosamente preparados em seus cuidados com a higiene ou preparados por detentoras de segredos culinários nunca repassados, eram mais procurados. Uns levavam também quiabo, que era batido junto com a vinagreira, e outros eram temperados com alho, cebola e cheiro verde e muitos passaram a ter mais um acompanhamento, como a torta de camarão e peixe frito. O arroz de cuxá era vendido todas as noites por “pretas velhas” nas portas de suas casas e nas ruas de São Luís no século XX. O cuxá era acompanhado de peixe frito e apregoado com o grito: “*Arroz de cuxá!! Chega freguês..tá quentinho!*”, e ao longo dos anos começou a ser vendido em restaurantes de São Luís como uma espécie de risoto, modificando a essência natural do prato que se comia genuinamente com peixe frito ou camarão (FERRETI, 2007).

Tais desígnios, como relatados nas mudanças e no preparo do cuxá, também podem ser encontrados nas memórias de idosos que hoje se encontram na condição de frágeis e dependentes, e que tinham seus modos de preparo dos alimentos, muitas vezes, passados de geração em geração.

Na condição de dependência do outro, as relações de socialização e sociabilidade, que existem desde a escolha, o preparo e autonomia para o contato com o alimento, estão agora em segundo plano, ficando a cargo de outros que não são considerados “guardiões e detentores de saberes culinários”, mas que preparam e elaboram os alimentos à sua vã maneira, de forma impessoal, não por não estarem preparados, mas, por muitas vezes, não se identificarem com os mesmos desejos do idoso.

Nesse aspecto, a prática social é representada pelas memórias e pelas maneiras às quais as representações simbólicas estão vinculadas, embasadas e delimitadas por um determinado espaço, grupos de referência, valores e tradições, representados pelos diversos

grupos sociais, a exemplo dos idosos. Ainda nestes grupos, encontraremos as diversas maneiras que há na representação das relações com o alimento, a exemplo do cuxá, típico da região maranhense, oriundo das classes sociais de baixa renda e refinado em seu preparo, para atingir a alta gastronomia maranhense, configurando os mecanismos simbólicos socioculturais que classificam e estratificam categorias, desde o preparo ao consumo deste alimento.

As representações do consumo do cuxá demonstram que a comida deixa de ser uma comida de ribeirinhos, chamados "comedores de cuxá" e passa a ser uma comida típica, turística e de muita aceitação por parte da alta gastronomia maranhense, passando a fazer parte do repertório coletivo do senso comum daqueles que visitam ou residem na cidade.

Para idosos detentores desse saber culinário, rememorar suas técnicas, seus saberes, o aprecio por sua comida transcendem o aspecto alimentar e elevam este alimento regional ao patamar de símbolo das tradições e da cultura local que, aos poucos, vem se modificando, pois essas memórias calam-se e emudecem nesse cenário, que, por muitas vezes, estiveram em situações de fragilidade e dependência.

O cuxá para os índios possuía apenas o valor fitoterápico e, aos poucos, foi introduzido pelos negros; a folha tornou-se iguaria difundida. Inicialmente era representado como comida de "pobre", hoje é considerada como bem cultural imaterial do patrimônio brasileiro, instituído pelo Decreto nº 3.551 de 4 de agosto de 2000, e que em sua ascensão social vem sofrendo, no presente, descaracterização, mesmo por parte de restaurantes típicos (LIMA, 1988).

Esse panorama revigora a função cultural que determina o que é comida, fazendo as concessões e as proibições do que pode ou não ser comido, e, ainda, do que é apropriado coletivamente em convenções sociais, modelando gostos e comportamentos (CANESQUI; GARCIA, 2005). A comida foi e ainda é um capítulo vital na história do capitalismo, seja na tentativa de transformação do antigo em novo, como pelo registro histórico que a comida promove, estando sujeitos aos fatores objetivos como às condições e modo de vida dos sujeitos, ou por aspectos subjetivos que se delimitam através do estilo de vida.

Bourdieu (1983) defende que tais aspectos se caracterizam como ações individuais que refletem os hábitos e a carga cultural do sujeito, e que interferem diretamente em sua vida.

Gonçalves (2004) define modo de vida como a garantia das necessidades de subsistência do indivíduo, decorrentes de sua condição econômica e, em parte, de políticas públicas. Condições de vida, para ele, compreendem os determinantes políticos organizacionais da sociedade como um todo, que norteiam a relação entre os grupos de sujeitos e as variantes de saneamento, transporte, habitação, alimentação, educação, cuidados

à saúde, entre outros. Tem-se assim um quadro no qual qualquer hábito adquirido pelo sujeito, e incorporado ao seu estilo de vida, depende das condições objetivas da sua própria vida.

3.3. ENTRELAÇAMENTO DOS CAMPOS DA MEMÓRIA COLETIVA E DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O processo de envelhecimento, do ponto de vista das Ciências Sociais e da Filosofia, envolve o homem como um "ser inserido no tempo, que se constrói ou mesmo se desconstrói". Segundo Oliveira (2013), vivemos no tempo e, é no tempo que, caminhando, constituímos nosso ciclo vital. É no tempo que nós experimentamos as relações com o nosso presente, o nosso passado, o nosso futuro.

Ao comentar sobre o tempo, este autor faz referência a uma dimensão de espaço que contempla presente, passado e futuro, entrelaçando experiências. São essas vivências com a memória, como veículo para alcançar as representações sociais, que despertaram o nosso interesse pela temática.

A reconstrução da memória nos cursos de vida de idosos é de extrema importância, pois cada rememoração representa uma experiência vivida de forma única, ancorada em quadros de referência, como afirma Halbwachs (1990). A memória de idosos é uma fonte de onde se jorra a essência da cultura, ponto onde o passado se conserva e o presente se prepara (BOSI, 2013).

As relações estabelecidas entre a comida e a memória de idosos são meios para apreender questões como crenças, valores e simbolismos de uma região (FARIA, 2016). Para Amon (2014), o entrelaçamento entre a Teoria das Representações Sociais e a Memória possibilita a ampliação dos saberes, pois é por meio destas que se apresentam a grandeza das crenças e dos saberes práticos construídos socialmente. A comida pode ser caracterizada como uma "voz que se comunica, sem precisar falar" e que também, por intermédio das narrativas, as experiências alimentares constituem-se em depoimentos da memória coletiva de grupos sociais.

Por intermédio dessas memórias dos longevos, é que se faz possível a compreensão de problemas sociais, pois ela permite ressignificar suas experiências de vida, aumentando o sentimento de pertencimento à sociedade e concebendo maior autonomia e capacidade (BRANDÃO; MERCADANTE, 2009). A comida presente na memória das práticas do cotidiano, permeada pela afetividade, tem o poder de evocar ou não evocar as lembranças (FARIA, 2016). Para Maciel e Castro (2013), a simbologia da comida também é pertinente,

do ponto de vista que nenhum panorama alimentar está ausente de ligações culturais, sendo a comida e seus contextos repletos de símbolos e sentidos.

Poulain e Proença (2003) enfatizam que símbolos são conjuntos de significações estruturadas e organizadas em sistemas de representações. Nesse mesmo direcionamento, o indivíduo é aquilo que come, revelando a importância do valor simbólico da comida para seus pares, o que se traduz em uma infinidade de representações no ato de comer (GOLDENBERG, 2011).

Dessa forma, reiterar a carga simbólica da comida para o idoso que depende de outra pessoa para fazê-la e até mesmo lhe oferecer a comida é pertinente, sob a perspectiva de que o gosto e as afinidades são construções sociais, não impositivas em sua grande maioria, mas sorrateiramente incluídas em nosso cotidiano.

Como ressalta Faria (2016, p. 34), fundamentada nas concepções de Bourdieu (1983), "a sensação do gosto não se limita apenas à boca, mas aos aspectos cognitivos que influenciam a percepção do sujeito". A construção social do gosto sustenta-se na teoria do sociólogo Bourdieu. O gosto cultural e os estilos de vida remetem às maneiras de se relacionar com as práticas dos sujeitos e estão profundamente marcadas pelas trajetórias sociais e experiências que cada grupo ou segmento social tem vivido.

> As relações entre o gosto e a questão social pode ser uma forma de hierarquizar não só classes de alimentos, como o que é comestível ou não, mas também demonstrar as distintas classes sociais dos indivíduos (AMON, 2014, p. 35).

De acordo com Faria (2016 p.35), "o comer e suas simbologias não estão desvinculados do sujeito que come e de sua classe social, seus costumes e suas crenças", devem-se considerar as relações sociais, como a comida e os grupos sociais que se entrelaçam.

Para Gondar (2005), a representação e a memória são consideradas partes integrantes de um mesmo processo, sendo a memória mais que um conjunto de representações, num cenário irrepresentável dos modos de sentir, querer, ações, práticas de si, e ações políticas inovadoras. No tocante às representações sociais, esta é inerente ao processo que captura a legitimação de um coletivo, portanto, não desprende o sujeito do seu contexto e nem da construção subjetiva do seu saber.

Nesses moldes, as representações sociais possuem proporções históricas e transformadoras, envolvendo aspectos culturais, cognitivos, valorativos e ideológicos,

fazendo-se presente no pensamento e constituindo-se de forma real nos sujeitos e nos objetos (GUARESCHI, 1996).

4. CAMINHAR METODOLÓGICO

Este capítulo destina-se ao percurso metodológico que embasa a construção desta dissertação, e encontra-se dividido nos seguintes itens: caracterização do estudo, cenário do estudo, participantes, instrumentos para coleta dos dados, procedimentos, análise e interpretação dos dados, questões éticas e resultados. A seguir, apresentamos a descrição de cada etapa e os procedimentos utilizados nesta pesquisa.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, tendo como aporte teórico a memória coletiva e a Teoria das Representações Sociais. As pesquisas qualitativas no campo das ciências da saúde, bem como a sua ampla divulgação, têm sido reconhecidas de maneira significativa nas últimas décadas (HILLS, 2000). Para Turato (2005), a escolha da abordagem qualitativa proporciona ao pesquisador a utilização de recursos que permitem investigar, conhecer e direcionar respostas aos objetivos propostos para análise, trabalhando com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões.

Como característica da pesquisa exploratória, Gil (2008) define que o objetivo de uma pesquisa de caráter exploratório é familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido ou explorado e que, ao final, o pesquisador compreenderá mais sobre o tema estudado e estará apto a construir hipóteses. Esta pesquisa ancora-se também em pesquisas bibliográficas, pois ainda que existam poucas referências sobre o assunto pesquisado, sempre haverá obras, ou entrevistas com pessoas que partilham práticas com problemáticas semelhantes ou análise de exemplos análogos que podem estimular a compreensão do tema de estudo (SANTOS, 2011).

No que tange à memória coletiva, a escolha dessa abordagem parte dos argumentos de que a realidade é socialmente construída. Como afirma Halbwachs (1990), a memória é resultante das relações dos indivíduos em seus grupos sociais e que, da mesma forma, idosos têm em suas trajetórias de vida, as marcas de representações construídas coletivamente.

Para Bosi, (2004) essa metodologia, que consiste em identificar, por intermédio das narrativas, o que é para eles relevante, nos permite verificar o que emerge da memória. Para diversos sociólogos, a memória coletiva tende a ser entendida como o conjunto das representações do passado que um grupo produz, conserva, elabora e transmite através da interação entre seus membros (JEDLOWSKI, 2000).

No que se refere às representações sociais, Faria (2016), numa releitura contemporânea sobre Moscovici ([1961]1978), instituidor do estudo das representações sociais, e Abric ([1998]2000, [2003]2005, [1994]2006 e Sá ([1996]2002), esta serviria para compreender a abordagem estrutural das práticas sociais cotidianas, explicar comportamentos, ações, decisões, crenças, valores e as atitudes a respeito de um objeto social cuja representação liga-se à memória coletiva e à história do grupo que a construiu. As narrativas não são somente histórias, mas sim fragmentos e memórias de fatos contados por idosos sobre suas experiências e trajetórias de vida, construídas representativamente e socialmente.

É por intermédio dessa perspectiva que a associação entre a memória e as representações do envelhecer com dependência para alimentar-se torna o entendimento desses conceitos sociais o fio condutor desta pesquisa. É o que nos permite sustentar como o compartilhar dessas narrativas entrelaça-se aos aspectos da comida e das práticas que as envolvem, perpassando adiante a herança do sabor, a identidade social e os hábitos que permanecem ou se modificam no cotidiano desses idosos, que agora se encontram na condição de fragilidade e dependência.

4.2. CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo aconteceu no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso – CAISI, centro de referência no qual funciona o Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso Frágil – PADIF, ligado à divisão de assistência de saúde do idoso do município de São Luís / Maranhão. A escolha do local justifica-se por ser um dos maiores centros de referência da região metropolitana de São Luís, que destina atendimento ao idoso frágil, população alvo desta pesquisa.

O CAISI tem como objetivo principal um serviço que dispõe de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestar assistência à saúde dos idosos de forma integral e integrada em nível ambulatorial, contando também com a assistência domiciliar. Dessa forma, para a execução de tais ações, o CAISI conta com uma equipe multiprofissional, que promove também atendimento ao idoso fragilizado. Esta é uma das ações desenvolvidas pelo Centro de Referência, ação preconizada pelo Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso Frágil – PADIF, e por intermédio deste, incialmente foi realizado o rastreio de idosos participantes deste estudo.

O PADIF é uma modalidade de cuidado domiciliar biopsicossocial e espiritual a Pessoas Idosas em situação de fragilidade e vulnerabilidade social, que disponibiliza a

prestação dos serviços de uma equipe multiprofissional e interinstitucional para cuidados. Segundo o IBGE (2013), a população de idosos no estado do Maranhão representa 568.681 (8,3%), e o número de idosos na capital São Luís chega a 77.971, representando, assim, um percentual de 7,4%.

4.3. PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa idosos cadastrados no Centro de Atenção Integral a Saúde do Idoso (CAISI) e no Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso Frágil – PADIF, programa este desenvolvido pelo próprio CAISI.

Foram adotados como critério de inclusão: idosos com condições mentais para responder ao instrumento de pesquisa que compõe a avaliação, avaliados pelo Mine exame do estado mental (ANEXO A), idosos frágeis avaliados pela Edmonton Frail Scale (ANEXO B), idosos que apresentassem dependência nas atividades relacionadas à alimentação, avaliados pelo Índice de Barthel (ANEXO C) e pela Escala de Lawton (ANEXO D). E como critério de exclusão, foram utilizados idosos independentes, sem características de vulnerabilidade associadas à fragilidade, idosos com fala ininteligível e de difícil compreensão, idosos que apresentaram doenças neurodegenerativas com comprometimento cognitivo e idosos que não atingiram pontuação mínima no rastreio do Mini Exame – Estado Mental. Descreveremos abaixo os critérios de exclusão em um fluxo para melhor exemplificação.

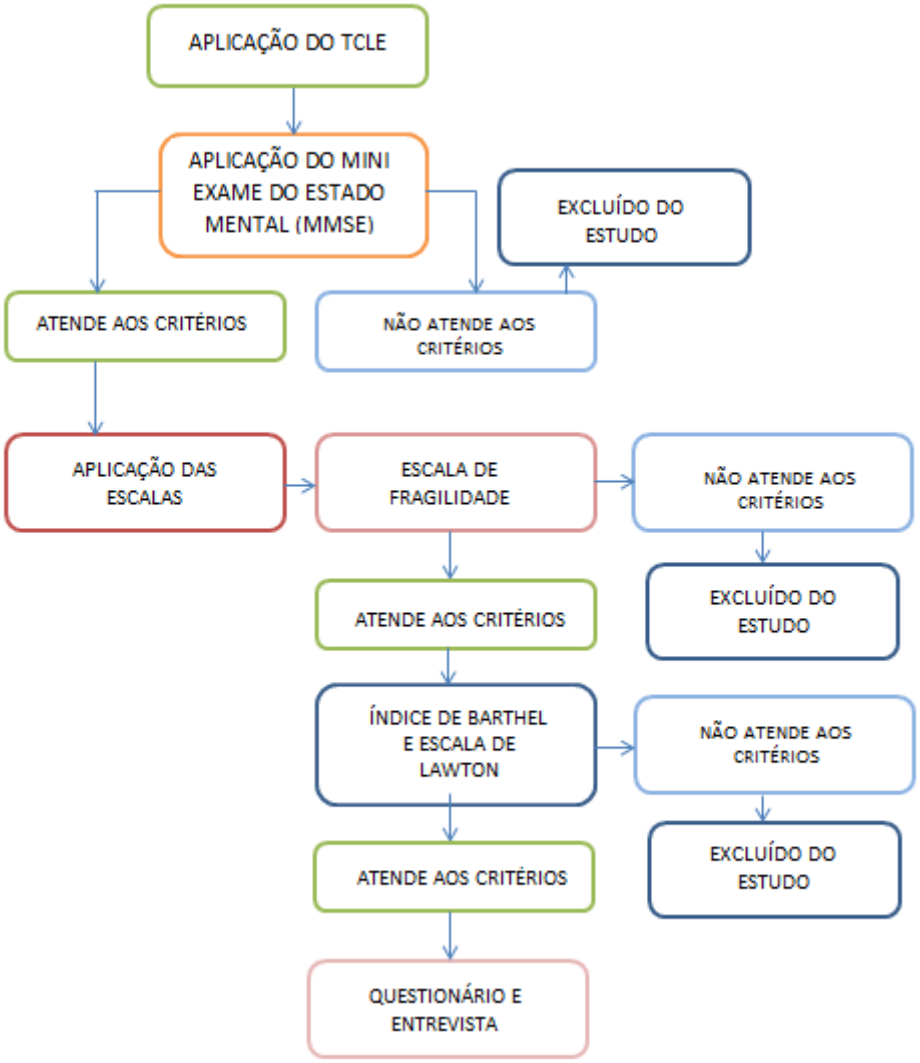

Figura 1 - Fluxograma de aplicação dos instrumentos

Fonte: Elaborado pela autora.

Após iniciar o processo para seleção dos participantes, verificamos que, mesmo diante da grande demanda atendida pelo Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso Frágil - PADIF, poucos idosos atendiam aos critérios de inclusão de fragilidade e dependência relacionada à alimentação e com condições mentais para responder ao estudo. Como alternativa para este entrave, ampliamos o local da coleta para idosos atendidos não somente pelo PADIF.

Descrevemos em forma de fluxograma as estratégias utilizadas para a solução desses entraves e a seleção dos idosos participantes do presente estudo, conforme apresentado na figura 2:

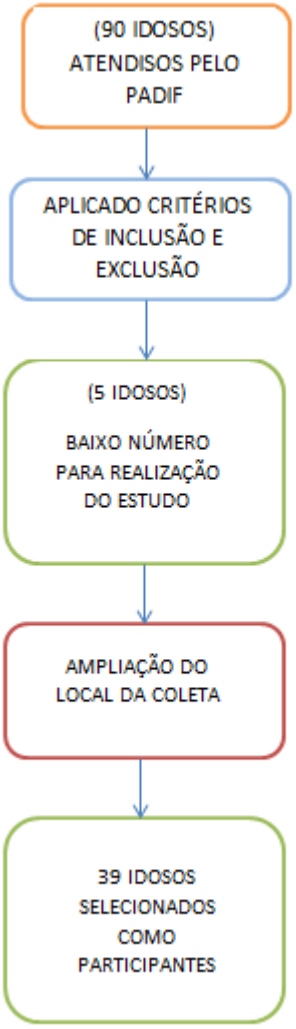

Figura 2 - Disposição dos participantes do estudo

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4. INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Para coleta dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos de pesquisa: (1) Mini Exame do Estado Mental – Mini Mental State Examination / MMSE (ANEXO A); (2) Escala de Fragilidade / Frail Scale (ANEXO B); (3) Índice de Barthel (ANEXO C); (4) Escala de LAWTON (ANEXO D); (5) Questionário sociodemográfico (APÊNDICE A); e (6) Entrevista semiestruturada (APÊNDICE B). A seguir detalhamos cada instrumento utilizado:

(1) Mini Exame do Estado Mental: na versão proposta de Pfeiffer (1975) (LOURENÇO, 2006), foi utilizado para avaliar o estado mental dos idosos. A versão proposta pelo autor traz 10 questões que avaliam parâmetros como memória a curto e longo prazo, orientação, cotidiano e capacidade de cálculo, adotando os seguintes valores: para cada acerto, são atribuídos 3 pontos e, para o erro, é atribuído 0 ponto. Ao final, o participante poderá totalizar entre 30 a 27 pontos, representando funções cognitivas preservadas; 26 a 24 pontos, indicando alteração não sugestiva de déficit; e 23 pontos ou menos, sugerindo déficit cognitivo.

(2) Escala de Fragilidade (Frail Scale): foi utilizada para avaliar o estado de fragilidade dos idosos. A escala avalia nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. A cognição é avaliada por meio do "Teste do Relógio". Os domínios 'estado geral de saúde', 'independência funcional' e 'suporte social' são avaliados por meio de questões de múltipla escolha. Os domínios 'uso de medicamentos', 'nutrição', 'humor' e 'continência' são avaliados por meio de respostas dicotômicas autoexcludentes ("sim" ou "não"). O domínio 'desempenho funcional' é medido por meio do teste "Levante e Ande Cronometrado". Para idosos que se locomovem por cadeira de rodas, este item não foi aplicado (FABRÍCIO-WEHBE et al., 2009).

Segundo a escala, as respostas são divididas em três colunas: A, B e C. A coluna A representa respostas que expressam condições favoráveis, cuja pontuação é igual a zero. A coluna B reúne respostas que demonstram condições intermediárias de fragilidade e valem um ponto, e a coluna C representa condições severas de fragilidade e que recebem dois pontos. Considera-se que indivíduos com pontuação entre zero e quatro são os que não apresentam fragilidade; entre cinco e seis são aparentemente vulneráveis; de sete a oito, apresentam fragilidade leve; de nove a dez, fragilidade moderada; e 11 ou mais, fragilidade severa. Participaram deste estudo idosos que atingiram a condição mínima de pontuação acima de 5 pontos.

(3) Índice de Barthel: utilizado para avaliar as atividades básicas de vida diária, sendo composto por dez domínios: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação. Esses itens somados podem atingir de 0 a 100 pontos e, após tabulação, podem estar dispostos da seguinte forma: 0-20, indica dependência total; 21-60, dependência grave; 61-90, dependência moderada; 91-99, dependência muito leve; e 100, independência (MINOSSO et al., 2010).

(4) Escala de Lawton: avalia oito habilidades, quais sejam: usar o telefone, fazer compras, preparar as refeições, trabalho doméstico, lavar roupa, locomoção, a responsabilidade com a medicação e o manejo do dinheiro. Nesta escala, o participante é avaliado quanto ao grau de dependência no domínio de funções. É um questionário composto por 9 perguntas, considerando a seguinte pontuação para cada item: 3 para atividades sem ajuda, 2 com ajuda parcial, 1 para não consegue. A soma dos valores pode variar entre 1 a 27 pontos, classificando os participantes ao final em: dependente, para aqueles que atingirem de 1 a 9 pontos; semidependentes, os que atingiram pontuação entre 10 a 18 pontos; e independentes, aqueles com 19 a 27 pontos (ARAÚJO et al., 2008).

(5) Questionário sociodemográfico: trata-se de um questionário elaborado pelas pesquisadoras, através do qual foram observados dados socioeconômicos e demográficos (gênero, faixa etária, estado civil e escolaridade).

(6) Entrevista: formada por perguntas referentes à dependência do cuidador durante a alimentação e adequadas segundo suas experiências em relação à alimentação com autonomia. As perguntas foram elaboradas pelas pesquisadoras com base nas hipóteses levantadas sobre as memórias desses idosos a respeito da dependência alimentar. A entrevista abordou aspectos como: a dependência alimentar e suas características, quantidade da ingesta, mudança de hábitos e costumes na alimentação por motivos diversos, como restrições de saúde, preferências, comorbidades, quantidade de refeições oferecidas durante o dia, fome, escolha do alimento, rotina alimentar, sentimentos diante da dependência alimentar e recordações da alimentação com autonomia.

4.5. PROCEDIMENTOS

Inicialmente foi enviado um oficio à Diretoria do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso – CAISI solicitando autorização para a coleta de dados na instituição. Após a autorização, por intermédio da carta de anuência emitida pela Superintendência de Educação em Saúde (ANEXO F) e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (ANEXO E), iniciou-se a coleta de dados, compreendendo o período de janeiro a março de 2017.

Por intermédio da diretoria, estabeleceu-se contato com a enfermeira responsável pelo cadastro dos pacientes pertencentes ao Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso Frágil – PADIF, quando foram agendadas entrevistas para acompanhamento com a equipe do programa. Devido ao baixo índice de idosos lúcidos e em razão da maioria destes não se

enquadrar nos critérios de inclusão da pesquisa por apresentarem quadros de doenças crônicas como demências, óbitos frequentes até a data agendada e por motivos diversos, que os impediam de realizar a entrevista em domicílio, a pesquisa estendeu-se para entrevistas com idosos dependentes que se deslocavam em companhia de cuidadores até o centro de Reabilitação para receberem atendimento médico, fisioterapêutico, fonoaudiológico, terapêutico ocupacional e triagem de enfermagem.

Inicialmente, os idosos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), em seguida, aplicamos o Mini Exame do estado Mental para certificarmos de que o idoso pré-selecionado conferia condições para participar do estudo. Logo após, aplicamos a escala de Fragilidade, o Índice de Barthel e a escala de Lawton, seguida do questionário sociodemográfico e, por último, a entrevista relacionada à memória e dependência alimentar.

Em momentos diversos, algumas entrevistas foram interrompidas, sendo retomadas logo após o atendimento para o qual tinham se destinado, não havendo prejuízo para o entrevistador nem para o entrevistado. Em todos os casos, as entrevistas foram retomadas logo ao término do atendimento. As entrevistas foram concedidas também por muitos idosos que aguardavam transportes para o retorno aos seus lares, o que facilitou a coleta de dados antes ou após atendimento.

Realizamos o registro em áudio das entrevistas para criar um memorando de voz, utilizando como ferramenta um gravador de voz, para posterior transcrição dos dados obtidos. As durações das entrevistas variaram em torno de 10 a 25 minutos.

As entrevistas ocorreram em locais diversos na Instituição, uma vez que eram setorizadas, podendo ocorrer nas salas de espera para atendimento dos setores médicos, de fisioterapia, de fonoaudiologia e de enfermagem, contando com a presença do entrevistador e do idoso, o qual era conduzido a um local mais reservado, onde eram realizados os testes e entrevistas de forma confortável, diminuindo, assim, possibilidades de distração. Devemos enfatizar a resistência por parte dos cuidadores na condução desses idosos às salas reservadas.

Por serem considerados frágeis, dependentes e sujeitos a intercorrências longe de seu cuidador, optamos por realizar a pesquisa em locais reservados à triagem, dentro das próprias salas de espera. Assim, foram preservadas a integridade das respostas e o sigilo nas repostas dos entrevistados. Como estratégia para preservação da identidade dos participantes do estudo, optamos por usar, como nomenclatura de identificação, nomes de especiarias, temperos e ervas finas (APÊNDICE F), já que este trabalho versa sobre dependência e alimentação.

4.6. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram organizados com base na técnica de Análise de Conteúdo Temático-Categorial de *Laurence Bardin*, percorrendo as três fases básicas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, que viabilizou o delineamento do tema e a definições das categorias.

De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que vis a obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos, a clarificação do conteúdo das mensagens, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção ou realidade, reveladas por intermédio dessas mensagens.

Segundo Oliveira (2008),

> A análise de conteúdo permite o acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes em um texto, sejam eles expressos na axiologia subjacente ao texto analisado; implicação do contexto político nos discursos; exploração da moralidade de dada época; análise das representações sociais sobre determinado objeto; inconsciente coletivo em determinado tema; repertório semântico ou sintático de determinado grupo social ou profissional; análise da comunicação cotidiana, seja ela verbal ou escrita, entre outros (OLIVEIRA, 2008, p. 570).

Para Bardin (2011), as etapas que compõem a análise estão criteriosamente organizadas em fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. A pré-análise consiste num processo de escolha dos documentos ou definição do *corpus* de análise, que se utiliza de procedimentos como a leitura flutuante, formulação das hipóteses e dos objetivos da análise, assim como a elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final. Nesta etapa da pesquisa, são realizadas várias leituras em momentos diferentes, a fim de apurar os dados encontrados no conteúdo das narrativas.

Na fase de exploração do material, os dados brutos são codificados sistematicamente e agregados em unidades de registro ou unidades de contexto que permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto, e o tratamento dos resultados compreende a inferência e interpretação da etapa na qual se faz a categorização, interpretação e informatização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns (BARDIN, 2011).

Após a transcrição e leitura exaustiva das entrevistas, estas foram organizadas e categorizadas em dois eixos principais (Memória da pessoa idosa fragilizada acerca da dependência alimentar e Percepção da pessoa idosa fragilizada sobre a dependência alimentar), dando a origem a três categorias de análise. Os resultados estão apresentados em forma de descrições cursivas, acompanhadas em momentos por unidades de registro ou de contexto, quando significativas para cada categoria.

O envelhecimento como dimensão funcional das diversas ciências e da saúde, amplamente investigada na perspectiva biomédica por referir-se a aspectos como funcionalidade e incapacidade, não se restringe aos aspectos biológicos, pois carrega dimensões simbólicas, sociais e culturais que precisam ser conhecidas. Essas formas de análise utilizam abordagens transculturais para descobrir a relatividade dos conceitos, teorias e práticas sociais que ajudam a ampliar o conceito de realidade, reconhecendo como uma realidade dinâmica que permeia o indivíduo e que não pode ser expressa como simples variável a ser estudada somente com variáveis estatísticas.

4.7. QUESTÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste em atendimento à Resolução nº 466/12, do CNS, que disciplina a realização de pesquisas com seres humanos, aprovada segundo Parecer de Aprovação, Protocolo de número 1.859.528.

Em todas as etapas, mantivemos o sigilo e a preservação das informações confidenciais e direito de não identificação, tanto dos envolvidos quanto do participante. Os responsáveis legais, envolvidos nesta pesquisa, foram esclarecidos sobre os objetivos deste estudo e participaram somente após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D).

5. MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PESSOA IDOSA FRAGILIZADA E DEPENDENTE NAS ATIVIDADES RELACIONADAS À ALIMENTAÇÃO

A partir dos dados obtidos nesta pesquisa, apresentamos neste capítulo os resultados e discussões relacionados aos aspectos sociodemográficos, o conteúdo representacional e a identificação dos elementos estruturantes das representações sociais de pessoas idosas frágeis sobre a dependência relacionada à alimentação, fundamentados de acordo com as bases conceituais abordadas ao longo deste estudo.

5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PESSOAS IDOSAS FRAGILIZADAS COM DEPENDÊNCIA RELACIONADA À ALIMENTAÇÃO

Conforme os dados da Tabela 1, verificamos que a maioria dos idosos era do sexo feminino (76,9%), na faixa etária entre 80 a 89 anos (43,6%), sem companheiro(a) (69,2%) e escolaridade referente ao ensino fundamental. Dados estes corroborados nos estudos de Silva (2016), realizado com 182 idosos em atendimento hospitalar, no município de Mossoró/Rio Grande do Norte, cujo objetivo era analisar a relação entre a dependência funcional, contexto social e a interação familiar no cuidado do idoso. Silva (2016) evidenciou que 104 (57,1%) idosos são do sexo feminino, 94 (51,6%) idosos possuem ensino fundamental, 75 (41,2%) idosos apresentam faixa etária entre 60 a 69 anos e apenas 37 (20,3%) dos idosos estão na faixa etária maior que 80 anos.

Quanto ao estado civil, Dutra et al. (2017), que buscou investigar fatores sociodemográficos e capacidade funcional de idosos acometidos por acidente vascular encefálico na cidade de Campina Grande, Paraíba, identificaram que dos 118 sujeitos, 61,1% declarou-se sem companheiro, o que corrobora os dados encontrados em nosso estudo, no qual a maioria dos idosos referiram a ausência do companheiro.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos idosos com dependência relacionada à alimentação participantes do estudo. São Luís/Maranhão, 2017

	n	**%**
Sexo		
Feminino	30	76,9
Masculino	9	23,1
Faixa Etária		
60 a 69 anos	6	15,4
70 a 79 anos	12	30,8
80 a 89 anos	17	43,6
90 anos ou mais	4	10,3
Estado Civil		
Com companheiro (a)	12	30,8
Sem Companheiro (a)	27	69,2
Escolaridade		
Não alfabetizado (a)	2	5,1
Ensino Fundamental Incompleto	7	17,9
Ensino Fundamental Completo	19	48,7
Ensino Médio Completo	9	23,1
Ensino Técnico	1	2,6
Ensino Superior	1	2,6
Total	39	100,0

Fonte: Elaborada pela autora.

5.2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIA DAS PESSOAS IDOSAS FRAGILIZADAS COM DEPENDÊNCIA RELACIONADA À ALIMENTAÇÃO

A partir da análise de conteúdo de Bardin (2011), emergiram duas classes temáticas: “Memória da pessoa idosa fragilizada acerca da dependência relacionada à alimentação” e “Percepção da pessoa idosa fragilizada sobre a dependência relacionada à alimentação”; e quatro categorias: “Recordações e narrativas da aquisição e do viver com dependência relacionada à alimentação”, “Recordando o viver antes e após adquirir a dependência relacionada à alimentação”, “Representações Sociais a respeito da dependência relacionada à

alimentação", "Representações Sociais da pessoa idosa fragilizada sobre a relação com o cuidador na dependência relacionada à alimentação", conforme apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 – Classes Temáticas e Categorias da Análise de Conteúdo do estudo, São Luís/Maranhão, 2017

CLASSE TEMÁTICA	CATEGORIA
Memória da pessoa idosa fragilizada acerca da dependência relacionada à alimentação	**Recordações e narrativas da aquisição da dependência relacionada à alimentação**
	Recordando o viver antes e após adquirir a dependência relacionada à alimentação
Percepção da pessoa idosa fragilizada sobre a dependência relacionada à alimentação	**Representações Sociais a respeito da dependência relacionada à alimentação**
	Representações Sociais da pessoa idosa fragilizada sobre a relação com o cuidador na dependência relacionada à alimentação

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2.1 Classe temática I – Memória da pessoa idosa fragilizada com dependência relacionada à alimentação

A relação de dependência estabelecida entre o idoso, o alimento e o cuidador também se tornam objetos da memória no processo de entendimento de que a memória é viva, dinâmica e compreende a conservação, mas recorda, reconta e ressignifica os fatos a partir de olhares dos grupos sociais que se transformam.

No consumo de um alimento, consideram-se as experiências sensoriais, a nostalgia, o afeto e a memória que contribuem para a construção identitária do indivíduo. Como descreve Bourdieu (1983), a análise do consumo alimentar é suficiente para apontar que o gosto não é

autônomo em relação às outras dimensões do mundo e revela mais sobre as relações do que sobre a natureza daquilo que se consome.

Destarte, toda substância nutritiva é um alimento, mas nem todo alimento é comida. O alimento é universal e geral, e é o que o indivíduo ingere para se manter vivo, já a comida situa afinidades e define grupos, classes, uma pessoa, modos, estilo e um jeito de se alimentar (DA MATTA, 2001).

Ao despertar as memórias desses idosos acerca de tal dependência, ressaltam-se envolvimentos que despertam os mais diversos sentimentos, evidenciados em seus discursos, como o sentimento de gratidão pelo cuidado, o medo da dependência de terceiros, o conformismo ancorado na espiritualidade, a preocupação com a sobrecarga e fadiga do cuidador, a vontade pela autonomia ainda que parcial, superação e não permissividade das emoções ou entrega a elas, perda da autonomia relacionada à representação que traz a velhice como finitude e fragilidade.

Após empregar a análise temática, pudemos localizar as categorias significativas, tomando como base a frequência das características mais citadas nas falas dos idosos entrevistados, conforme categoria apresentada a seguir.

5.2.1.1 Categoria I – Recordações e narrativas da aquisição da dependência relacionada à alimentação

Na fala dos idosos entrevistados, foi possível perceber a presença marcante da associação das recordações das causas da aquisição da dependência relacionando-a à perda da autonomia, sobretudo, nas questões relacionadas à alimentação. Adiante, em forma de unidades de contexto estão transcritas as narrativas que deram origem à primeira categoria a ser abordada, para melhor exemplificação.

> ID1- Eu saí de casa pra fazer uma punção lombar, quando cheguei, ainda levantava os “braço”, ainda tomava água, mas aí foi assim, por etapa, né?...o corpo foi endurecendo, os “movimento”, do superior foi endurecendo. Foi endurecendo assim por etapa, aí eu fiquei na cadeira de rodas. /.../ me sinto ruim, porque a gente fica sendo submisso daquela pessoa, dependente daquela pessoa e eu não gosto disso! O doente, que é doente não gosta, de ser dependente de outra pessoa. Ele se encontra inútil.

> ID10- Eu tive um AVC, e essa dor insuportável no meu joelho que vai até meu pé, eu já tomei de tudo. Eles fazem de tudo e não passa....aí

> depois disso que eu fiquei assim precisando de meus filhos. Ah! Eu me sinto muito humilhada, muito ruim isso daí.. Tudo era eu que fazia! Eu gostava de cozinhar, fazer minhas coisa...

> ID12-Foi quando eu fiquei ruim das vista. /.../ Eu me sinto assim, uma coisa assim abandonada, por causa que eu fazia minhas coisas e (+) num posso mais fazer!

> ID18- Ôhhh! Agora eu não faço nada só, por causa dessa batida...eu preciso assim me operar de catarata e das vistas. Eu tenho medo de andar só mais por causa disso...tenho medo de cair... Eu podia fazer minhas coisa só, agora com esse braço quebrado, toda hora eu preciso de alguém pra me ajudar a pegar uma coisa, pra fazer pra mim...Deus me ajude pra eu ficar boa e fazer só.

A partir dos resultados encontrados, podemos reiterar o quanto a relação causa e efeito está presente no cotidiano desses idosos e retratam as suas representações sociais. Para eles, depender de alguém remete ao sentimento de segregação, submissão e sujeição do idoso ao cuidador, partindo da preliminar de que o idoso dependente não possui autonomia, restringindo-os, muitas vezes, das relações familiares, das amizades e dos diversos outros círculos sociais que incluem as atividades relacionadas ao trabalho, lazer e atividades cotidianas, como cozinhar.

Atrelado a esses fatores, reiteramos o distanciamento desses idosos de suas relações cotidianas, impulsionados por concepções de que, ao adquirir doenças crônicas, ou até mesmo a chegada da senilidade, traz a perda do papel social e a dependência típica de uma “pessoa velha”, que a leva à inutilidade, assim como a falta de acessibilidade e a presença de limitações físicas que, nessa população, podem ser fatores de exclusão, potencializados por infraestrutura precária e inadequada à circulação de idosos nos espaços públicos (SANTOS; TURA; ARRUDA, 2013). Como citado no relato da idosa que “tem medo de andar só, por medo de cair”, porque além da visão prejudicada, conta-se ainda com a falta de infraestrutura adequada. A partir desse prisma, identificamos como se dá o processo de formação dessas representações que se formam sobre o envelhecer com dependência.

Ainda para os autores acima, correlacionando as dificuldades oriundas das causas que levaram à dependência, as construções representativas da imagem de que o idoso dependente caracteriza-se pelo cansaço e perda da vitalidade, e por condições físicas que o limita, descortinam o imaginário verbalizado em seus diversos contextos familiares e sociais do estigma de que o idoso representa fragilidade e, por esse motivo, torna-se dependente e perde sua autonomia.

A marcante presença de palavras como “submisso”, “inútil”, “abandonada” e “humilhada” nas entrevistas desses idosos também podem remeter ao “modo de sentir e reação passivas desses idosos” e lamentações diante da dependência. Na fala dos idosos há constante referência aos trechos “fazer minhas coisas”. Nesse sentido, a palavra “coisas”, muitas vezes, foi empregada no sentido de abranger as diversas demandas de atividades relacionadas ao preparo, compra e manuseio de alimentos, fazendo uma alusão ao desempenho de suas atividades alimentares com e sem autonomia.

Na pesquisa realizada por Santos, Tura e Arruda (2013), com 70 pessoas maiores de 60 anos, ex-alunos de uma Instituição Federal de Ensino do Rio de Janeiro, ao identificar elementos que compõe os elementos dos sistemas periféricos das representações sociais de idosos sobre “pessoa velha”, identificou-se palavras como dedicação, preconceito, paciência, discriminação, solidão, carinho, abandono, respeito, excluída, cuidados, sugerindo a validade dos aspectos psicossociais no conjunto de significados da representação, revelando os sentidos vivenciados pela afetividade nas relações sociais que os sujeitos estabelecem no seu cotidiano. As palavras evidenciadas em nossa pesquisa sugerem que estes sejam sentimentos presentes na rotina dos idosos, construídos ao longo dos anos pela representação de que o idoso, ao envelhecer, sobretudo aquele dependente, vivencia esses sentimentos e. assim. se perpetua essa imagem de submissão e inutilidade por ser bastante verbalizada como natural em nossos dias.

É importante ressaltar que, com a chegada da dependência, há também um misto de sentimentos, cercado de insegurança diante dessa realidade. Estar na condição de dependência e de cuidados exercido por outra pessoa pode provocar um turbilhão de sentimentos que a todo o momento revelam-se associados ao processo de envelhecimento.

Dessa forma, é muito comum observar na fala dos idosos que as condições relacionadas à sua saúde, às mudanças em sua vida cotidiana, à dependência para realização de atividades de vida diária e à alimentação, para eles, são nada mais que resultados da velhice.

Há uma íntima relação nas origens das construções de representações sociais que idosos dependentes possuem sobre adquirir a dependência, principalmente para alimentar-se, e por ser a alimentação uma tarefa cercada de etapas e processos, pode-se observar que grande parte dos idosos refere-se também ao manuseio e execução de outras atividades que estão relacionadas à dependência, sendo um risco isolar na discussão somente memórias e representações sociais das relações de dependência de forma geral e da dependência relacionada à alimentação.

Notamos ainda o amparo na espiritualidade e a perda dos vínculos sociais, como nuances posteriores ao surgimento de apego, nesse momento de finitude, à religião, à fé em Deus, que aparecem como âncoras a que se agarram, quando a vida pouco parece ter para lhes oferecer (SANTOS; FIRMO; GIACOMIN; PEREIRA, 2013). Como na unidade de registro firmada abaixo, encontrada em nossa pesquisa.

> ID18-.....Tomara que Deus me ajude, pra eu poder andar só! Porque é ruim demais, demais.... Deus me ajude pra eu ficar boa e fazer só. (+ Cozinhar? Eu gostava de cozinhar e colocava todo tipo de tempero. Agora, eu vou lá... e peço... se não eu tenho que tentar fazer com essa minha outra mãozinha; com dificuldade, mas faço.!
>
> ID10-.....muito ruim isso daí, eu não poder fazer minhas coisa. (+) tudo era eu que fazia! Cozinhar...frango, peixe! Eu adorava fazer meu peixe. Do meu jeitinho que eu gostava. Eu gostava de cozinhar, fazer minhas coisa.

Pereira et al (2015) demonstram em seus estudos sobre as maneiras de pensar e de agir de idosos, identificando os elementos que participam da construção dos significados de incapacidade sobre “não dar conta” de algo, que, para uma das idosas entrevistadas, atividades como cozinhar, preparar o seu alimento, ou até mesmo ingerir comidas em grande quantidade ou de diversas consistências são representadas como condições não pertencentes mais à velhice, sendo adequados para idosos consumos somente de comidas liquidificadas e mingaus.

Observamos ainda nas narrativas que, quando a dependência relaciona-se às atividades voltadas para a alimentação, como o fazer, o preparar, o ato de cozinhar, em grande parte, os idosos fazem um paradoxo entre autonomia e dependência, como demonstrada na fala da idosa ao dizer que gostava de cozinhar e de colocar todo tipo de tempero, mas que agora, na situação de dependência que lhe cerca, tem que pedir para alguém fazer e, quando não tem seu pedido aceito por algum motivo, tenta fazer ainda que com dificuldades.

Quando uma das idosas menciona “Do meu jeitinho que eu gostava”, podemos perceber de forma clara que se tornar dependente de outras pessoas para se alimentar transparece uma realidade de insatisfação. Essa fala reflete ainda que, para o manejo e o preparo da comida, exige muito mais que aptidão e destreza, e demonstra que existem diversas maneiras e modos de preparo, cada uma com suas especificidades.

Para Faller, Teston e Marcon (2015), como pessoas idosas simbolizam o seu próprio processo de envelhecimento, está intimamente relacionado a aspectos psicossociais,

históricos, políticos, econômicos, geográficos, crenças e cultura; mais especificamente, por diferentes formas de contexto de vida cotidiana e às características pessoais, particulares de cada idoso.

Considerando os diversos contextos de vida que se encontram os entrevistados, nem sempre podemos considerar inabaláveis as relações de convívio daquele que exerce o cuidado e daquele que depende, mas devemos considerar os diversos fatores que cercam essas relações, como desgaste físico e mental, tanto do cuidador quanto do idoso dependente, as fragilidades que estão sujeitas às relações entre familiares, as sobrecargas e até mesmo as relações de trabalho formal que se estabelecem com a necessidade da dependência.

As maneiras de lidar com a velhice e a dependência, especialmente para alimentar-se, reveladas nas narrativas dos idosos entrevistados em nossa pesquisa, podem estar associadas a variantes como recursos financeiros, intelectuais, subjetivos, espirituais, apoio social e conformismo, as quais podem se tornar balizadores na forma como os idosos experimentam a velhice com limitações.

Assim como o conformismo e a ancoragem na espiritualidade como formas de enfrentamento, apontados pelo estudo feito por Pereira et al. (2015), aquietar-se pode favorecer a resiliência de idosos dependentes. Contudo, esses fatores podem projetar uma noção do cuidado excessivo, tornando idosos descomedidamente dependentes.

5.2.1.2. Categoria II – Recordando o viver antes e após adquirir a dependência relacionada à alimentação

Nas falas que originaram esta categoria, podemos observar a presença de itens marcantes, tais como a privação de comer determinados alimentos como forma de prevenção de doenças e, sobretudo, para não sobrecarregar os cuidadores, uma vez que esta função é realizada, muitas vezes, por familiares próximos. O saudosismo que encontramos em suas recordações está relacionado às atividades alimentares de forma autônoma e das relações estabelecidas ao redor da mesa; à associação de determinadas comidas “remosas”, por não serem apropriadas ao idoso, associando frequentemente a velhice ao estigma de que envelhecer está ligado à doença; à chegada da velhice como marca de solidão pelas mudanças no arranjo familiar e por estar sob os cuidados de outra pessoa, não fazendo mais a comida a seu modo, por motivos de saúde, ou, no caso do cuidador, por não conhecer seus segredos para fazer a comida.

Através desses relatos, e fundamentados na teoria das representações sociais, é que pudemos dar origem a esta categoria, como veremos nos trechos relatados ao longo desta discussão.

> ID10-...Meu jeitinho é o peixe assim, bem temperadinho, controlado de sal, de limão. Agora eu como ele assim parece que não tem um sal, um limão. Parece assim que é.... (+)Minha casa sempre foi cheia, eu gostava da minha casa cheia. Gostava de ver nós tudinho na mesa. Hoje tá quase vazia. Tá só eu, meu marido, essa menina que ajuda a fazer as coisa e outro rapazinho de 14 "ano". O que eu gostava de fazer, era o que eu fazia pra mim. Lá em casa era assim. Todo mudo comia! Se eu fizesse um mingau e dissesse assim: "Meus filho, hoje não tem comida tal, vou fazer um mingau! Eles diziam, pode fazer que nós toma... todo mudo tomava! Assim é que era, ninguém dizia assim...não, não quero.
>
> ID13-...Eu gostava de cozinhar! Comia também do jeito que eu queria. Eu...de manhã 6h..., 6:30 eu ia comprar o pão, tomava o café, aí ia pra hidroginástica, chegava 10h, tomava café com pão e ia fazer o almoço. Gostava de fazer galinha, de feijão. Eu gosto de feijão. Baião de dois... Hoje eu só como galinha, feijão. Baião de dois eles não fazem.... (riso sem graça).
>
> ID16- Quer dizer que muda! Assim, porque... quando a gente come mais temperado uma coisinha, a gente vai comer carne de gado ou frango mesmo, aí sente o gostinho de sal; é um jeito e ele mais insosso é de outro jeito. Já não tem gosto! Carne não tem gosto! Pode cozinhar a carne friinha de sal que não tem gosto! É "meis" que tá comendo assim o que? É "meis" que tá botando assim um... um bagaço de cana na boca. Pois é... carne não tem gosto! A carne não tem gosto! O gosto que dá na carne é o sal... se não temperou com sal, não tem gosto. Agente come... mas não tem gosto!
>
> ID32- Depois do AVC tem várias comidas que eu não gosto, não gosto. Não tem sabor as comidas. A juçara é gostosa, é boa. Eu não gosto de Juçara com açúcar e gosto com peixe e só com uma farinhazinha. Ahh! Agora eu amo comer juçara, com caranguejo e camarão.

Bierhals et al (2016), ao realizarem um estudo cujo objetivo era descrever a dependência relacionada às atividades de compra, preparo e ingestão de alimentos em idosos residentes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, revelaram que dos 1.451 idosos, 21,1% necessitavam de ajuda para alguma atividade relacionada à alimentação, sendo o cuidado realizado em sua grande maioria por filhos e cônjuges. A maior prevalência foi encontrada nas atividades de comprar alimentos (20,7%), seguida por preparar a refeição (11,5%) e

alimentar-se (2,0%). Tais dados quantitativos evidenciam o quanto a perda da autonomia pode refletir no cotidiano desses idosos, sobretudo, nas questões que envolvem a dependência relacionada à alimentação.

É possível perceber na fala dos idosos um descontentamento em relação aos alimentos que são consumidos após os eventos que os deixaram na condição de dependência. Como descrito acima: “Já não tem gosto”, “Não têm sabor as comidas.”, tal percepção pode partir de um imaginário que a comida oferecida a idosos deve ser de sabor brando e com poucos temperos, por estarem estes idosos em uma condição de fragilidade e dependência e susceptibilidade ao aparecimento de doenças.

Segundo Moura (2012), a capacidade funcional, em sua grande parte, tem sido avaliada de forma ampla, no entanto, alguns estudos dedicam-se cada vez mais a avaliar atividades específicas como as relacionadas à alimentação. No que diz respeito à privação de comer determinados alimentos como forma de prevenção a doenças, nesta pesquisa, com base na fala dos idosos, identificamos que a maioria dos idosos evita consumir determinados alimentos por receio de doenças e sobrecarga do cuidador, como consequência, gerando, assim, ônus para quem lhe destina o cuidado. Conforme enfatizado nos relatos a seguir:

> ID3-... comia de tudo, mas agora não, a gente fica medroso! Pra não ficar doente, porque a gente já tá de idade, tanto pra gente é ruim quanto para os filhos! Porque cada um já tem seus maridos, suas casas, suas coisas!
>
> ID7-... Meu filho dizia assim pra mim: “Mamãe, hoje eu quero é um cuxá!” eu comprava o camarão, fazia o macarrão. Era um almoço bonito que a gente fazia! Hoje eu já não como! Eu tenho medo de fazer mal... e o café também que eu bebia bem, eu deixei de tomar café! Mas também nenhum médico nunca me disse assim, não tome café!...

Por ser o cuidado domiciliar exercido, na maioria das vezes, por parentes próximos e sem remuneração, notamos que os idosos munem-se de cuidados para não adquirir doenças ou transtornos ocasionais gerados por atitudes consideradas “descuidadas”, pensando no cotidiano e nas atividades extras exercidas pelo cuidador que, quase sempre, é um familiar, amigo ou parente próximo, como revela nosso estudo.

Segundo Fernandes e Angelo (2016), a experiência de cuidar de um doente dependente em casa tem se tornado cada vez mais frequente no cotidiano das famílias e surge como um recurso para as instituições de saúde. A doença conduz o membro da família à

dependência, o que modifica suas atividades de vida diárias, sendo agora este papel assumido pelo cuidador, geralmente, mulheres, solteiras, domésticas ou desempregadas e que coabitam com a pessoa dependente.

Dillahunt et al. (2013) enfatizam que ao papel de cuidador acrescenta-se a diversidade de papéis previamente exercidos, tornando este novo papel a ser assumido como um imprevisto que agora disputa e conflitua com outros papéis, originando tensão diante desse novo panorama. Torna-se um desafio para os cuidadores conciliar o cuidar do familiar com a manutenção dos diversos papéis e relações sociais, podendo originar tensão e conflito neste âmbito.

O sentimento de ser responsável por diversas atividades representa uma característica fundamental da experiência dos cuidadores, encadeando várias necessidades. A necessidade de tentar manipular uma variedade de tarefas simultaneamente pesa sobre os cuidadores, gerando um fardo (PLANK et al., 2012).

Tsai et al. (2015) enumeram algumas dessas necessidades: ter tempo para dormir, ajuda para cozinhar, fazer compras, ter tempo para a família e amigos, poder ir à igreja, ter tempo para si e ainda o cuidar, que, por muitas vezes, pode ser queixado ao idoso, além da ressignificação de papéis nas relações existentes entre o cuidador familiar e o idoso, pois essa nova condição experienciada pode remeter a sentimentos de saudade pelo que foi vivido e sensação de impotência e tristeza pela não possibilidade de mudanças na atual condição do idoso

Em nossa pesquisa, com base nos depoimentos dos idosos, podemos encontrar a prevenção e privação como fatores primordiais no surgimento de ocorrências que venham a atribuir a cuidadores familiares novas demandas, como a seguir:

> ID3-...Eu me previno muito pra não cair doente, pra não dar trabalho pra minhas filhas! Porque cada uma tem marido e tem filhos pra cuidar!
>
> ID1-...Eu tenho vontade, mas eu não como pra não dar trabalho. Pra ela! Muitas coisas que ela faz, eu tenho vontade de comer, mas eu me corrijo, pra não. Porque sempre ter a vontade, até pra sujar dá muito trabalho. Então eu procuro me organizar pra poupar mais ela.
>
> ID3-..Esse negócio assim de fígado eu gostava muito de cumê, agora assim galinha, carne de gado eu gosto! Carne de porco essas coisas... assim fritura, carne de porco, carne de gado assada, eu gostava! Eu gostava assim quando eu era nova. Hoje já é mais cozido, sopa, quando é a tarde é sopa, pra não comer pesado.

Ao rememorar e contar sobre a alimentação com autonomia, Frutuoso et al. (2014) perceberam que práticas alimentares destinadas ao idoso dependente e suas conexões com o processo de saúde-adoecimento-cuidado contribuem para o enfoque predominantemente biológico atrelado à velhice, daquilo que será consumido e trará algum dano, modificando, assim, a rotina e orientação de mudança de hábitos alimentares, muitas vezes direcionadas a partir da relação da dieta com o risco de adoecimento e morte, distanciando cada vez mais fatores culturais, sociais dos indivíduos, famílias e grupos. Em nossa pesquisa, podemos encontrar tais evidências, como descritas na unidade de contexto abaixo:

> ID7-...A minha comida especial era pato, dia de sábado, não perdoava, era um pato com uma fava pra "mim" almoçar, ou sábado ou domingo. Era um mocotó, não perdoava, eu não tô comendo também! E o meu filho não deixa eu comer, os dois filhos não deixam! Tirei a carne de porco, a carne de gado é rara às vezes, eu comer! Uma vez no almoço leva mais de mês pra comer carne de gado. Eu deixei de cumê assim a carne de porco, porque diz que fazia mal, aí o cumê que é remoso. Aí eu deixei de cumê. Eu fico com medo de cumê, mas a vontade é muita! Ah! Na minha casa, eu fazia mingau de milho, terminava de almoçar! Vamu beber um mingau de milho? Vumbora! Aí eu ia quebrar coco pra fazer aquele vinho de coco, queimado de coco que tem aquele óleo, isso também eu deixei.

Quanto às atividades relacionadas à alimentação, higienização, movimentação e ao vestuário, anteriormente realizadas com facilidade no cotidiano, tornaram-se agora, para idosos frágeis e dependentes, tarefas que exigem apoio e cuidados específicos (OLIVEIRA et al, 2011).

O preparo das refeições, associadas à autonomia na escolha e compra do alimento, tem sido constituída em grande parte pelo papel social que este idoso representou em seu lar, como provedor e detentor, sobretudo da atividade culinária (MOURA, 2012). Podemos constatar nos relatos abaixo, a representação social de que o idoso dependente e frágil necessita de cuidados demasiados, colocando-o em situação de maior vulnerabilidade do que já existe, impedindo-o, assim, de executar sua autonomia.

> ID7-.. Ahh! Eu tenho muita vontade de fazer, as vezes eu quero tá pelo menos ali pelo meio! Aí ela (nora) diz logo, vá "dethá", vá "dethá"... pra descansar!

> ID16- ... porque cê sabe que quando é agente, a gente faz de um jeito e quando é outra pessoa... faz de outro jeito diferente...
>
> ID13-...Eu gostava de cozinhar! Comia também do jeito que eu queria.

Frutuoso et al (2016), ao realizarem um estudo em que se objetivou conhecer as memórias alimentares de um grupo de idosas residentes em uma região de elevada vulnerabilidade em São Paulo, revelaram em suas análises sistemáticas que o cozinhar e o comer estão intimamente relacionados à identidade, ao gosto e ao grupo social ao qual as idosas pertencem, evidenciando, assim, uma forma peculiar de produzir, preparar e consumir os alimentos, indicando disponibilidade de tempo para essas ações. Esses dados encontrados na pesquisa corroboram os resultados encontrados em nosso estudo, que revelam, através das narrativas dos idosos, um saudosismo existente por realizar essa atividade com autonomia e independência, como estão evidenciadas nas narrativas abaixo:

> ID12-...Quando eu era boa, era eu mesmo que cozinhava.... Agora é essa daqui que faz. Ahhh!!! "Sinhora" (lembrança saudosa) eu gostava de fazer tudo. Gostava de tá na beira do fogo. Fazia arroz, fazia feijão, fazia num tem aquela maxixada? Tinha essa maxixada. Ah!!! Sinhora tinha era muita coisa. Botava tudo no fogo, botava galinha e chamava minha mãe. Eu não chamava ela mãe, chamava era apelido. Ela era grande e nós era pequeno, mas nós já cozinhava...ai eu dizia a comida tá boa já. Pode vir já...ai vinha todo mundo e se sentava.
>
> ID33-...Antes eu que cozinhava, botava o cumê no fogo, cortava os tempero, hoje já não é eu. Um, outro que faz, quem chegar primeiro. Eu ainda tento fazer uma coisinha aqui outra "aculá". Dobrar uma roupinha...essas coisas. Eu gostava de fazer todo tipo de comida, torta de camarão seco, cuxá, arroz de abóbora, uma carne de sol, um peixe assado, um peixe cozido.

Nas falas dos idosos também identificamos a restrição de determinados tipos de alimentos, associando a ideia de que há determinadas comidas que idosos não devem comer, seja por considerarem "remosos", ou por agravarem doenças pré-existentes que surgiram com a chegada da velhice, demonstrando, mais uma vez, as representações de que a velhice está associada ao aparecimento de doenças.

Na cultura e no vocabulário popular amazônico, comidas "remosas" são comidas fortes derivadas de carne de porco, mariscos, como caranguejo e camarão, peixes de pele e cascudos, tamanduá, aves como patos, e algumas caças, como paca e capivara, que não devem ser consumidas por pessoas em situação de risco, em pós-operatórios, com quadros de

infecção ou inflamações, ferimentos, sob risco de aumentar os danos teciduais, gerando a formação de pus e por exacerbar o processo inflamatório. Este termo é amplamente difundido no vocabulário dos povos amazônicos (BRITO; ESTÁCIO, 2013).

> ID7-...Eu comia de tudo! Num me fazia mal... Hoje Não! Eu deixei de cumê assim a carne de porco, porque diz que fazia mal, aí o cumê que é remoso. Assim, se como a galinha, todo mundo almoça! Se eles "for butá" outras coisa, que eu não possa comer, ainda mais se for com verdura e tiver misturado, eu como, o peixe também, não é todos peixes! Não! Peixe que tem, assim, esporão eles não deixam eu comer não! Eu tenho medo de ficar doente!
>
> ID13-...Eu gostava de cozinhar, temperar minhas coisas.... Gostava de carne de soja, sururu, caranguejo, camarão...essas coisas assim eu gostava. Agora eu não como mais, porque eles não deixam... Mas é por causa da idade...O que tiver na hora eu como. Porque eu tô na casa do meu filho morando. Eu tenho vergonha de tá chamando pra mim, mandando....eu quero isso, eu quero aquilo. Eu fico quieta pra não pedir.
>
> ID15- Eu gostava de cozinhar, carne, peixe, carne de porco, sururu, vatapá, cuxá de vinagreira... Camarão é remoso! Camarão é remoooso!!.
>
> ID39-... Eu comia, cozinhava, tudo eu fazia. Ralava o milho, fazia canjica, vendia mingau com bastante coco. De salgado, eu fazia arroz de cuxá, peixe frito e torta de camarão seco. Ainda gosto disso, mas evito comer porque é remoso, e qualquer coisa faz mal pra mim.

A característica "remosa" dos alimentos, segundo dados da literatura, está associada principalmente a animais de dieta carnívora, como os peixes de pele, ou de dieta detritiva, como os peixes cascudos, caranguejos e camarões, além de animais de dietas mistas, generalistas (frutas, sementes de palmeiras, animais pequenos e insetos) e detritiva de locais próximos a áreas lamacentas como o porco selvagem, que se assemelha ao porco doméstico, às aves, como o pato e o marreco, os quelônios, e também as pacas (SILVA, 2007).

Brito e Estácio (2013) sugerem que são considerados tabus alimentares pelo fato desses animais apresentarem uma fase alimentar associada ao consumo de alimentos em decomposição, associados à presença de grande quantidade de decompositores, como as bactérias. A ação dos alimentos ditos remosos sobre um tecido lesado em cicatrização e/ou inflamação ainda necessita de estudos que comprovem cientificamente sua fisiopatologia, não sendo visto só como um tabu cultural, por despertarem reações alérgicas e imuno-patológicas,

no entanto, não há consenso sobre quais alimentos são considerados remosos (MUSSY et al., 2014).

Em um estudo realizado por Galindo (2014) com três grupos distintos, dentre eles idosos, no qual foram avaliadas as representações sociais do risco de comer determinados alimentos, revelou-se que as representações sociais dos riscos alimentares articulam quatro sistemas classificatórios presentes na memória coletiva das famílias: cidadania, desconfiança, medo e impureza. Esses quatro sistemas resultam em valores éticos, sociais e ambientais que formatam as preocupações e práticas alimentares.

O sistema alimentar é uma espécie de ecossistema com elementos passíveis de discriminação, o que ocorre em qualquer cultura, pois as "[...] proibições alimentares são tão eloquentes quanto às prescrições alimentares" (WOORTMANN, 1986, p. 103).

Observa-se ainda, ao longo das falas dos idosos, a rememoração forte da culinária local, quando mencionados em seus discursos sobre a juçara, camarão seco, arroz de cuxá, canjica e mingau de milho.

Cabe descrever um pouco mais sobre peculiaridades dos regionalismos locais, como é o caso da juçara, do mingau de milho e da canjica. Como descreve Souza (2003), a juçara como é conhecida popularmente, deriva da Euterpe Oleracea Mart, fazendo parte da família das Palmáceas, árvores típicas da região do norte do país, tendo incidência no Estado do Pará, Amazonas, Amapá e Maranhão.

Segundo Calzavara (1972, p.34), "[...] o açaí detém outras denominações na Amazônia Brasileira, dentre as quais citamos: o açaí do Baixo Amazonas, açaí do Pará, açaí de planta, juçara de touceira e juçara". No Maranhão, a planta é conhecida como juçara, e é consumida com farinha, camarão seco, peixe frito, podendo ser servido como uma refeição.

Já a canjica e o mingau de milho recebem dos maranhenses características próprias, como as exemplificadas pelo membro da academia maranhense de letras Ivan Sarney (2015, p.1) em seu texto *Um copo de mingau de milho*, "[...] cada uma dessas coisas tem um sabor permanente, uma cor especial, um cheiro intimamente seu que a torna única, inconfundível, na forma e no sabor. Canjica é amarela, feita com milho ralado. Mingau é branco, pelo milho especial, pelo leite de coco".

Nas memórias dos idosos que participaram deste estudo, observamos as diversas formas de manifestação e de representações que os alimentos podem tomar, seja pela cultura, pelo manejo ou pelo preparo. O alimento, ao mesmo tempo, é uma representação singular, em seus cuidados e preparo, mas também universal, atingindo a todas as camadas sociais com suas diversidades, preceitos e heranças.

5.2.2 Classe temática II – Percepção da pessoa idosa fragilizada sobre a dependência relacionada à alimentação

Nesta seção abordamos a classe temática que versa sobre a "Percepção da pessoa idosa fragilizada sobre a dependência alimentar" e está subdividida em duas categorias. A primeira categoria trata sobre as "Representações Sociais a respeito da dependência alimentar" e a segunda sobre as "Representações sociais da pessoa idosa fragilizada sobre a relação com cuidador na dependência alimentar."

5.2.2.1 Categoria I – Representações Sociais a respeito da dependência relacionada à alimentação

A partir das análises surgiu ainda o eixo que trata sob as representações sociais de idosos fragilizados sobre a dependência relacionada à alimentação. Nesses relatos, é possível identificar a presença da chegada da velhice associada à dependência, revelando ainda aspectos negativos pelas evidências das associações entre velhice e doença, passível de ocorrer com qualquer idoso, no entanto, os idosos revelam em suas falas sentimentos de desesperança ao encontrar-se nessas mesmas condições. Como descrito na narrativa abaixo:

> ID19 - ...Minha voz é baixa assim, por causa desse Parkinson! Eu nunca pensei que fosse me acabar assim.... /.../ De jeito nenhum! Depender dos outros não é bom!! É ruim pra mim, é ruim pros outros. Eu gostava de cozinhar fazer torta do que tivesse, carne, galinha, caranguejo, com farinha d'agua. É muito difícil achar alguém que fazia igual meu paladar, assim como eu fazia ninguém faz! Lá em casa tem uma menina, mas ela não tem assim paladar. Num é igual o meu! Por exemplo: já essa moça que me acompanha (vizinha)...faz uma comida gostosa! Tem um tempero maravilhoso, mas quando é a menina que faz, eu não gosto! Fica assim melado no óleo. Ninguém acha bom, ficar pedindo e os outros tendo que fazer. Ninguém, ninguém! Me sinto assim ...eu choro!

A dependência alimentar cerca o idoso fragilizado de diversas formas, para a idosa, o "fazer igual ao seu paladar" toma um caráter singular em sua fala, demonstrando que, quanto mais próxima a relação entre os pares, maiores são as chances de afinidades entre gostos, comidas e sabores. Para a idosa acima, por mais que alguém seja responsável pelo preparo, não há quem faça igual ao seu "paladar" que, nesse sentido, expressa as diversas maneiras do

preparo, manejo e formas de se fazer uma comida. Podemos perceber ainda as angústias, a ansiedade, o medo e o choro como marcas que revelam o quão aflitivo é a perda de autonomia e a sujeição aos cuidados de outra pessoa.

Em um estudo realizado por Almeida, Guimarães, Freitas e Sampaio (2008), no qual buscou-se compreender os significados que idosos possuem sobre a alimentação, no município de Muituípe, Bahia, revelou-se que idosos desagradam-se dos gostos e dos modos apressados de se cozinhar, interferindo, assim, nos sabores e nas receitas tradicionais.

Notamos ainda na fala dos idosos a forte presença da dependência total de cuidadores para os idosos que necessitam de auxílio em todas as atividades, além da lembrança saudosa de rememorar o tempo em que podia cozinhar com autonomia.

> ID17-...Eu não posso mais andar, mais me levantar...tudo eu preciso dela, ela botá o cumê na minha boca, porque eu não posso botá, comer, pegar assim! Ahhh sinhora! Eu gostava muito de cozinhar! Cozinhava assim uma carne de porco, uma carne de boi. Uma galinha assim que eu mato...ôhhh mais era bom! Agora como eu tô adoentada...eu já não faço mais nada disso. Quisera eu ter minha saúde de volta.

Em uma pesquisa realizada com 57 idosos, com idade entre 61 e 96 anos, cujo objetivo era investigar quais os elementos que participam da construção dos significados da incapacidade para o idoso da cidade de Bambuí (MG), os resultados demonstraram que os idosos se referem à funcionalidade/incapacidade como o “dar conta/não dar conta” ou “dar trabalho”. Eles atribuem “não dar conta” às perdas funcionais inerentes à velhice, enquanto “dar trabalho” à uma condição definitiva que gera dor e sofrimento à pessoa e ao seu cuidador (PEREIRA et al., 2015).

Para os autores, abandonar atividades independentemente se realizadas nos ambientes domésticos, como “cozinhar”, “lavar roupa para fora”; ou externo, como “ir à rua fazer compra”, “passear”, “visitar amigos”, nas falas de idosos com perda parcial, demonstram que não se tornavam incapazes de fazer algo, mas deixavam de fazê-lo por livre escolha e/ou por saber que alguém se encarregaria da atividade. Como exemplificamos no relato abaixo:

> ID38-...Muito de vez em quando eu cozinho, mas tendo outra pessoa pra me ajudar. Eu gosto na verdade é da minha casa... já na casa da minha filha ela faz, aí eu não faço.

Assim como nos estudos abordados, ao investigar as representações sociais dos idosos entrevistados, percebemos que essas representações estão ancoradas no apoio social que estes cuidadores familiares oferecem, na representação da construção de que a pessoa idosa, frágil e dependente não possui autonomia para realizar suas atividades por essa condição de dependência e fragilidade ser inerente à chegada da velhice, e por não ser capaz de exercer papéis sociais, como a autonomia para a escolha de alimentos, os modos ligados à construção de que o idoso não possui desejos alimentares por tornar-se velho e já estar numa fase da vida em que os seus anseios já não importam tanto, ou estão restritos por motivos diversos, principalmente de saúde.

Assim, "quietar-se", "não dar trabalho ao cuidador", privar-se de fazer ou solicitar, quando se tem "desejos", por uma comida, por exemplo, prenuncia a finitude lembrando-os da morte e da fragilidade humana (LE BRETON, 2011). Para o autor, o problema da velhice é que está sempre acompanhada da ideia da morte.

> O velho está reduzido ao seu corpo, sua singularidade, quem ele foi, o que construiu, e toda a sua trajetória de vida está apagada sob a ótica equivocada do corpo danificado, que precisa ser alimentado, ser cuidado; o idoso passa a ser objeto de seu corpo e não mais o sujeito (LE BRETON, 2011, p. 1.454).

Segundo o autor, a velhice representa o instante em que o corpo se mostra ao olhar do outro, como não sendo mais favorável. Dessa forma, a experiência corporal do envelhecimento se transforma em uma experiência social, reforçada pela biogerontologia como uma degeneração orgânica irreversível e irremediável, fadada ao declínio das funções e das reservas fisiológicas, e à morte.

Ainda nesse contexto, Debert (2010) descreve sobre o que chamou de "reprivatização da velhice", em que tanto os idosos, quanto toda a sociedade e até profissionais da saúde, reproduzem a ideia de que a velhice é um problema do próprio velho que não conseguiu cuidar de sua saúde quando era jovem e que, como se sua condição estivesse sob seu desejo e seu controle, e que, para ter uma saúde notável, deve-se seguir às orientações médicas cientificamente comprovadas. Da mesma forma, observamos que os idosos entrevistados revelam não comer determinados alimentos, ou estarem sujeitos ao que se prepara, por não terem autonomia. Essa condição é para não adoecerem e, assim, afadigar os cuidadores familiares, que desempenham, além do cuidar, outras funções.

De acordo com Giddens (2002), a noção de estilo de vida é crucial para compreender o momento da velhice, pois a reprodução social de uma forma de viver e pensar se faz por meio

dos processos de vigilância, somados à reflexividade, e quem não faz parte desse sistema de reprodução social torna-se alheio e isolado.

Portanto, a velhice é um exemplo de condições que, segundo o pensamento moderno, teriam sido criadas pelo próprio indivíduo. Entretanto, como as condições de vida dependem das possibilidades de acesso e aquisição de recursos, a construção das representações desses modelos lineares de causalidade deve ser investigada, sendo esta ideia muito difundida entre os idosos.

Pinezzi et al. (2014) revelam em seu estudo que os idosos acolhem o ser "velho" desde que se considere as suas expectativas ativas na sociedade, respeitando, assim, suas limitações físicas do presente. Em nosso estudo, encontramos nas representações sociais de idosos frágeis sobre a dependência relacionada à alimentação a mobilização de suas memórias do passado a partir do presente e suas construções de identidades na velhice com dependência a partir do olhar de que toda velhice está ancorada no surgimento de doenças crônicas, dependência e fragilidade, restringindo-os sobremaneira das diversas relações que a comida pode lhes representar enquanto agente de mobilização social.

5.2.2.2. Categoria II – Representações Sociais da pessoa idosa fragilizada sobre a relação com o cuidador na dependência relacionada à alimentação

As representações sociais são geradas nos processos de socialização e construídas a partir da identidade coletiva (DANIEL, ANTUNES E AMARAL, 2015). Partindo dessa perspectiva, as representações sociais da pessoa idosa fragilizada sobre a dependência alimentar nas relações com o cuidador surgem, nesta pesquisa, amparada nas concepções que a dependência imprime na vida do idoso fragilizado.

Segundo Bosi (2004), para o velho, a dificuldade aumenta: as escadas ficam mais difíceis de subir, as distâncias mais longas a percorrer e, a cada dia que passa, o indivíduo se sente diminuído, em uma luta árdua para continuar a ser homem.

Corroborando o pensamento de Bosi (2004), as palavras "dar trabalho", em nosso estudo, aparecem ora de forma enfática, ora de forma implícita nos discursos dos idosos, muitas vezes associadas ao anseio por determinados alimentos. No entanto, surgem também os mediadores, como, por exemplo, a "precaução", que se tornam aliados nesta fase da vida.

Para muitos idosos, a prevenção funciona como um fator amenizador das demandas de cuidados que serão prestados ao idoso dependente, como veremos nas unidades de contexto abaixo.

> ID1-...Então, hoje nós comemos tudo, você sabe é tudo envenenado. Uma coisa não faz mal, mas, outra faz. Então a pessoa tem que se poupar. A comida é muito carregada. Já vem do mercado tudo carregada. Uma alimentação dessa pro intestino vai dar trabalho, vai pro banheiro, fica naquilo e eu não gosto disso. Pra não dar trabalho, eu como a hora que for preciso, caso ela (esposa) precise sair pra algum lugar, eu almoço as 10h, as 11h... tudo pra não dar trabalho.
>
> ID23-..Meu intestino mudou, eu já não posso mais comer farinha... eles escondem farinha da mesa, porque se deixar lá eu boto só um pouquinho.
>
> ID3-...Algumas coisas eu não como porque, eu tenho medo! É pesado, pra gente que já tá idoso como eu! O intestino tá mais fraco. Eu não gosto de comer assim muita coisa assim pesada! Assim carne de porco, "cumê" muito bem temperado. Eu não gosto!
>
> ID14- Quando eu morava na minha casa, que eu tava boa, eu mesma cozinhava! Agora eu me sinto assim, quase que nem...os outros se ocupar por mim...

Na concepção desses idosos, privar-se de comer determinado tipo de alimento preservará sua saúde física, diminuindo, assim, riscos de adoecimento e, consequentemente, sobrecarga ao cuidador. Percebemos também a demonstração clara de que a precaução é uma forma de se resguardar contra os riscos de adoecimento e morte, demonstrando que o envelhecimento é visto, nesta concepção, como uma fase de mudanças físicas e fragilidades na qual se está susceptível a uma série de doenças, além da dependência nas atividades relacionadas à alimentação.

De forma implícita, os idosos também suscitam a perda da autonomia como algo intrínseco a essa relação de cuidados prestados ao dependente alimentar. Quando a idosa rememora: "[...] Quando eu era boa, eu mesma cozinhava! Agora eu me sinto assim quase que nem [...] os outros se ocupar por mim", esta frase exemplifica, através das palavras "se ocupar por mim", sentimentos como angústia, tristeza e inferioridade, por destinar ao outro a atividade de cozinhar que outrora ela mesma executava e que agora, por conta da dependência, sente-se como um fardo a ser carregado pelo cuidador.

Beauvoir (1970, p.12) menciona que o futuro na velhice é incerto se não refletirmos sobre o que somos no presente, "o sentido de nossa vida está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos, se ignorarmos quem seremos: aquele velho, aquela velha, reconheçamo-nos neles". Na fala de Beauvoir (1970) está representado o sentimento

vivenciado pelos idosos, que enfrentam as dificuldades de se viver com dependência, bem como o fato de que reconhecer-se no futuro é colocar-se no lugar do outro e pensar em sua dignidade.

Ainda nesta categoria, encontramos na fala dos idosos o sentimento de gratidão pelo cuidado, em muitos casos, desempenhados por um cuidador familiar, pelo cônjuge ou os filhos, e nesta relação também identificamos os diversos conflitos sociais enfrentados pelos idosos fragilizados e dependentes. Descrevemos a seguir alguns recortes dos depoimentos dos idosos entrevistados.

> ID3-...Olha eu me sinto feliz! Porque elas tão fazendo, porque são minhas filhas! Às vezes é uma pessoa amiga! Eu gosto! Não tem ninguém má comigo não!
>
> ID6-...Ela fazendo as coisa, eu fico até com pena dela tadinha! Quando tá nós dois, que eu podia, ela fazia uma coisa, eu faço outra. Botá o cumê no fogo! Só ela, ela vai na feira, tudo nas carreira! Ainda vai pro médico! O dia é curto!
>
> ID22-...Eu me sinto assim... desgarrada... num tem? Me sinto ruim porque não posso fazer porque tô adoentada. Mas me sinto bem... porque elas fazem pra mim.

Para os idosos, há um sentimento de gratidão pelos cuidados prestados pelo cuidador familiar e pela solidariedade com a sua condição de fragilidade e dependência, no entanto, observamos a condição de impotência diante de tantas atividades destinadas, na maioria das vezes, ao mesmo cuidador. Nesse mesmo sentido, a palavra “desgarrada” surge representando sentimentos de solidão e impotência diante da condição de dependência, não remetendo ao abandono por parte do cuidador.

É imprescindível ressaltar que nem sempre essa relação entre cuidador e familiar idoso com dependência se dá somente com gratidão. Há um desgaste das relações familiares, podendo refletir-se nos cuidados oferecidos. Nesta pesquisa, observamos que grande parte dos idosos faz menção aos cuidadores familiares com zelo e carinho, no entanto, cabe maior investigação de como se dão essas relações.

Segundo Nardi, Sawada e Santos (2013), à medida que aumentam a debilidade e a dependência do idoso, os encargos do ato de cuidar podem sofrer variações, exigindo maiores esforços por parte do cuidador para que as necessidades do idoso dependente sejam supridas, podendo repercutir no cuidador desgastes físicos, psicológicos e sociais.

Grande parte dos cuidadores se queixa de depressão, estresse, ansiedade, abandono de suas profissões para dedicarem-se aos cuidados do idoso dependente, falta de tempo para atividades de lazer e o autocuidado, prejudicando, assim, sua qualidade de vida (SOUZA et al., 2015).

Quanto às representações que os idosos possuem sobre a dependência alimentar, percebe-se a vulnerabilidade psicológica diante da situação de depender de alguém para realizar as atividades relacionadas à alimentação. As narrativas descritas abaixo são resultados obtidos a partir das perguntas relacionadas à dependência do cuidador para se alimentar.

> ID5-...Eu gosto de fazer as coisas... só...! Eu não gosto, eu me sinto assim ruim. Eu trato bem, dô bom dia, boa tarde! Mas eu prefiria fazer só...
>
> ID4-...Eu não gosto de depender de ninguém, pelo seguinte, porque hoje pra você colocar as pessoas pra trabalhar, você tem que saber, tem que ter condição.
>
> ID15-... Eu fico muito triste, muito triste. Me dá um desgosto!
>
> ID24-...Olha é ruim, num vô dizer que é bom, porque bom não é? A gente perder a vontade própria.

Os idosos demonstram, em suas falas, certo incômodo, não sobre os cuidados prestados, mas por não poderem executar as atividades da vida diária com independência. Dessa forma, a palavra “RUIM” aparece por várias vezes nos discursos, revelando o aspecto negativo da dependência funcional.

Revelam-se ainda preocupados com as condições financeiras que envolvem a família, pois, quase sempre, o cuidado é desempenhado por um familiar que nem sempre está disponível para realizar tal atividade, por desempenhar, concomitantemente, suas atividades profissionais e o ato de cuidar, não sendo possível a contratação de um cuidador formal.

Essa relação de multifuncionalidade desempenhada pelo cuidador gera no idoso uma sensação de atribuição de responsabilidades e frustação, reveladas em suas falas como sendo mais um peso ou um fardo aos cuidados de alguém, e por esses motivos conformam-se com as escolhas do cuidador, seja nas atividades de rotina diária e nas escolhas e preparos da alimentação.

Observou-se também na fala dos idosos que, diante da dependência de alguém, as esperanças e perspectivas de vida são minimizadas. Os idosos revelam ainda, de forma velada, que se sentem desesperançosos diante da fragilidade e dependência e, por isso, estão

aguardando a morte chegar. Para eles, quem vive a expectativa de vida, muitas vezes, são os cuidadores familiares.

> ID20-...Ah! Minha filha eu nem sei dizer assim... eu me sinto, me sinto... um neto limpa a boca, outro vem e limpa minha mão... não dá nem pra falar! Eu choro!!! Eu sinto que hoje, eu tô só... Minha filha sonha mais do que eu!
>
> ID24-...Hoje eu vivo assim, cheia de doença, toda hora é uma coisa, uma coisa que aparece na gente. Aí eu não dou conta mais de fazer as coisa só, aí tem que ter ela (FILHA). Eu já tô velha, e daqui pra frente é só né...?

Segundo Fernandes e Andrade (2016, p.55), “as expectativas de vida para idosos estão conectadas com o sentido de autonomia e autoconfiança”. O modo como os idosos representam a relação entre morte e envelhecimento demonstra que, diante das situações de fragilidade e dependência, a finitude da vida parece abreviar-se.

Para Jodelet (2001, p.469), “essas formas de representações são criadas a partir de suas interações com o mundo, com o meio e com os outros, de modo a orientar e organizar as suas ações”. Dessa forma, os idosos representam as relações de dependência, e a dependência alimentar como uma consequência, além de representar a dependência e a fragilidade como agentes abreviadores da finitude do ser humano.

Beauvoir (1970) já ponderava em seu tempo, que a sociedade vive a velhice como um passo para a morte, e não como mais uma etapa da vida. Assim, essa desconstrução de conceitos perpassa por inúmeros fatores que foram construídos socialmente.

Percebemos que nos depoimentos dos idosos há uma relação de causalidade, quando os assuntos tratam sobre envelhecimento e morte, no entanto, fala-se de forma oculta sobre o tema, como se, ao desvelar os sentimentos sobre a morte e o morrer, a morte fosse evocada antecipando, assim, seus dias na terra.

Falar sobre a morte de forma branda não convoca o indivíduo a reelaborar um sentindo diante da finitude. Hayasida, Assayag, Figueira e Matos (2014) descrevem que, para idosos fragilizados e dependentes, pensar na morte pode conduzi-los à autorreflexão, e evitar falar sobre o tema, ou ocultá-lo pode ser uma estratégia de enfrentamento, ancorada nas representações sociais e culturais que este tema desvela, como um assunto ainda considerado tabu em nossa sociedade.

Portanto, muitas vezes, tanto o cuidador quanto o idoso dependente necessita de estratégias de enfrentamento para falar sobre a morte e o luto, para que se possa perceber a morte de outras formas (BREEN; O'CONNOR, 2013).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou, por intermédio das memórias, apreender as representações sociais de idosos fragilizados com dependência relacionada à alimentação e, para isso, ancoramo-nos no aporte teórico metodológico dos estudos da Memória Coletiva e da Teoria das Representações Sociais.

Enquanto sujeitos sociais que fazem parte dessa dialética, a escuta e a valorização das narrativas são partes fundamentais nesse processo. Sem o depoimento de idosos, não temos como recordar aquilo que se perdeu nas tradições e na história. Neste estudo, pudemos perceber, por intermédio das memórias, as representações sociais de idosos sobre a dependência para alimentar-se, que aqui se revelaram pautadas na velhice como processo modificador, seja por motivos de saúde, associados a restrições alimentares, ou por fatores culturais socialmente difundidos, nos quais determinados alimentos não são apropriados para idosos, partindo da premissa desvelada que também está atrelada à velhice, a fragilidade.

Podemos elencar que as representações sociais de idosos com dependência do outro para alimentar-se estão vinculadas a aspectos negativos diante da perda da autonomia, como: conformismo com a chegada da velhice, temor diante de situações de doença, o amparo na fé e a gratidão ao outro como refúgios.

As construções imagéticas do envelhecer com dependência revelam a presença marcante da prevenção como aliada, fundamentada nos princípios propagados socialmente, de que a prevenção é uma das formas de zelo e prudência para com a saúde nesta etapa da vida, assim como de solicitude àquele que exerce a função de cuidador.

Como sustento para a compreensão dessas conjecturas, o embasamento teórico nos pressupostos de Serge Moscovici, Denise Jodelet, Celso Pereira de Sá, grandes estudiosos da Teoria das Representações Sociais, possibilitou-nos a manifestação de práticas construídas socialmente e reveladas neste estudo como sendo parte da rotina corriqueira de idosos frágeis e que dependem de alguém para as atividades relacionadas à alimentação. No que tange ao campo dos estudos da Memória Coletiva, utilizamo-nos de Maurice Halbwachs, um dos principais defensores dessa significação, para que pudéssemos lastrear as formas pelas quais idosos com dependência constroem as suas memórias acerca da dependência relacionada à alimentação.

Diante do esforço reflexivo apresentado nas discussões emergentes neste estudo e, com base nos resultados demonstrados, observamos que, nesta fase da vida, recordar o passado torna-se tão importante quanto a capacidade produtiva, pois através das recordações

relacionadas à comida, destacam-se suas afirmações pessoais e construções sociais dos saberes, afloradas por uma memória coletiva.

Nesse sentido, perceber que a memória é uma construção no presente a partir de experiências vividas é, sobretudo, compreender que idosos tornam presentes acontecimentos e pessoas, uma vez que não lembram somente com suas emoções, mas trazem à tona marcas, características e jeitos peculiares de elaborar, lidar, atribuir valores e se relacionar com a mesa e a comida, levando em consideração o ensejo, o contexto histórico, as classes sociais, os regionalismos e a memória do grupo ao qual pertenceu. Grupos estes, nos quais constroem e reconstroem as suas representações sociais sobre dependência relacionada à alimentação. Esses caminhos atestam que o campo da memória coletiva se torna cada vez mais uma escolha acertada para compreensão das representações sociais sobre o envelhecer com dependência, principalmente, dependência nas atividades relacionadas à alimentação.

No que concerne às discussões propostas, entendemos que estas tenham obtido resultados satisfatórios quanto aos objetivos, nos quais também pudemos fazer uma releitura de conceitos atribuídos à velhice e compartilhar com outros profissionais da área, facilitando o processo de transformação dos olhares e práticas não só dos pesquisadores, mas daqueles que serão multiplicadores dessas informações. Quanto às limitações do estudo, entendemos que a dependência relacionada à alimentação é considerada um item de avaliação de atividades fundamentais realizadas no cotidiano, não sendo investigada de forma aprofundada, considerando as demais funções, e por possuir poucas publicações científicas abordando esta temática de forma mais significativa.

Quanto à escolha dos participantes, também percebemos os entraves encontrados na categorização desses idosos participantes, uma vez que, ao optarmos pelo público de idosos considerados frágeis e dependentes para alimentar-se, deparamo-nos, com frequênca, com idosos acometidos por doenças crônicas degenerativas que comprometiam o cognitivo ou com um número muito reduzido para amostra de idosos, que atendessem aos critérios de inclusão, direcionando-nos, então, a ampliar o local da coleta que passou a abranger os idosos frágeis, dependentes em todas as atividades relacionadas à alimentação, ao preparo do alimento, compra, cocção e ao ato de depender de um cuidador para alimentar-se.

O estudo revela que as representações sociais de idosos fragilizados sobre dependência relacionada à alimentação estão pautadas muito mais nas perdas de autonomia que nas limitações ocasionadas pela dependência gerada na vida destes, que passaram a depender de um cuidador para se alimentar, fazendo-os conviver, quase sempre, com a fragilidade e a

dependência com sentimento de desesperança diante da vida, vivendo a velhice como o ciclo final que antecede a morte.

Portanto, faz-se necessário repensar as maneiras pelas quais a concepção sobre envelhecer vem sendo enfrentada, sobretudo, envelhecer com dependência e fragilidade, para que possam ser modificadas as práticas, pois, nos dias atuais, uma visão amplamente difundida é a de que o envelhecimento com dependência está fundamentado no conformismo, nas perdas e no consolo pela finitude inerente a esta fase, enfatizando que a alimentação é considerada um instrumento vivo que marca a sociedade e, através dela, celebram-se confraternizações, são transmitidos valores culturais, rememoradas raízes, reforçadas as relações afetivas e análogas.

Diante dos resultados deste estudo, entendemos que este poderá contribuir de forma significativa para a sensibilização e capacitação de cuidadores e profissionais de saúde, para melhoria e mudanças de práticas cotidianas nos serviços prestados na instituição pesquisada, assim como incentivo para outros estudos no estado do Maranhão que acionem o olhar holístico para o envelhecimento com dependência alimentar numa perspectiva não somente biológica, mas social.

Nesse sentido, reiteramos a necessidade de novas pesquisas que tratem sobre o envelhecimento com fragilidade e dependência relacionada à alimentação, sendo este estudo um ponto de partida para novas abordagens de ampliação, difusão e maiores discussões no contexto das representações sociais e da memória coletiva.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Eds.). **Estudos interdisciplinares de representações sociais**. Goiânia, GO: AB, 2000 [1998], p. 27-38.

_____.J.C.. Le recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In: ABRIC, J. C. **Méthodes d'étude des représentations sociales.** Paris: Éditions érès, 2005 [2003], p. 59-80.

_____. J.C. Methodologie de recueil des représentations sociales. In: ABRIC, J. C. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 2006 [1994], p. 59-82.

ALMEIDA, M. D; GUIMARÃES, T. D; FREITAS, M. D. S; SAMPAIO, L.R. Cultura alimentar em idosos de Mutuípe, Bahia. In: FREITAS, M. C. S.; FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA, N. (Org.). **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura** Salvador: EDUFBA, 2008.

AMON, D. **Psicologia Social da Comida Petrópolis**. Rio de Janeiro: Vozes, 2014, p.35.

ASSUNÇÃO, M.R. Maranhão, terra de mandinga. In: AZEVEDO, I. (Org**.). Olhar, memória e reflexões sobre a gente do Maranhão**. São Luís: CMF, 2003.

ARAÚJO, M.C. A teoria das representações sociais e a pesquisa antropológica. São Paulo (SP): **Revista Hospitalidade**, 2, 98-119. jul-dez, 2008. Disponível em: < rbtur.org.br/ojs/index.php/hospitalidade/article/download/155/180.>. Acesso em: 06 set. 2017.

ARAÚJO, F.; PAIS RIBEIRO, J.; OLIVEIRA. A.; PINTO, C.; MARTINS, T. Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: Leal, I; PAIS-RIBEIRO, J.; SILVA, I.; MARQUES, S. (Org.). **Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde** (pp.217-220). Lisboa: ISPA, 2008. Disponívelem: <http://files.jvilelas.webnode.pt/200000138-50b6f51b0c/Valida%C3%A7%C3%A3o%20da%20escala%20de%20Lawton%20e%20Brody.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

ARRUDA, C; LOPES, S.G.R; KOERICH, M.H.A.L; WINCK, D.R; MEIRELLES, B.H.S; MELLO, A.L.S.F. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc Anna Nery.** 2015, 19(1):169-173.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, M.S.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública**. Revista Kairós Gerontologia**. jan-mar. 18(1): 325-339, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092>. Acesso em: 06 maio e 2017.

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. Rio de janeiro: Nova Fronteira, 1990, p.108,109-268.

BREEN, L. J.; O'CONNOR, M.. Rural health professionals' perspectives on providing grief and loss support in cancer care. **European Journal of Cancer Care.** v.22, n.6, p.765–772, 2013.

BERTOLETTI, E.; JUNGES, J. R. O autocuidado de idosas octogenárias: desafios à Psicologia. **Revista Kairós Gerontologia**. set.17(3), p.285-303, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/23019/16651>. Acesso em: 1 maio 2017.

BIERHALS, I.O.; MELLER, F.O.; ASSUNÇÃO, M.C.F. Dependência para a realização de atividades relacionadas à alimentação em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(4):1297-1308, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232016000401297&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 1 maio 2017.

BONFIM. J. **Sua excelência o cuxá**. 2007, [S.I]. Disponível em: <http://www.cuxa.com.br/site/cuxa.php>. Acesso em: 10 maio 2017.

BOSI, E. **Memória e sociedade:** Lembranças de Velhos. 11.ed. São Paulo (SP): Companhia das Letras, 2004.

BOSI, E. **Tempo vivo da memória:** Ensaios de Psicologia Social. São Paulo: Ateliê, 2013.

BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, R (Org.). **Pierre Bourdieu:** Sociologia. São Paulo: Ática, 1983.

_____. **A economia das trocas simbólicas**. 5.ed. São Paulo: Perspectiva, 2004, p.158.

_____. Gostos de classe e estilos de vida. In: ORTIZ, R. (org.) **Pierre Bourdieu:** sociologia. São Paulo: Ática, 1983.

BORGES, C. L.; SILVA, M. J.; CLARES, J.W.B.; NOGUEIRA, J. M.; FREITAS, M. C. Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev enferm,** UERJ, Rio de Janeiro, mai/jun; 23(3):381-7, 2015. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4214/13778>. Acesso em: 06 maio 2017.

BRANDÃO, V. M. A. T.; MERCADANTE, E. F. **Envelhecimento ou longevidade?** (Coleção Questões Fundamentais do Ser Humano, 8). São Paulo: Paulus, 2009.

BRASIL**. Cuidar melhor e evitar a violência -** manual do cuidador da pessoa idosa /Tomiko Born (organizadora) – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.

_____. Congresso. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 1988.

_____. Decreto nº 3.551, de 4 de agosto de 2000. Institui o Registro de bens culturais de Natureza Imaterial que constituem patrimônio cultural brasileiro e cria o Programa Nacional do Patrimônio Imaterial. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3551.htm>. Acesso em: 23 maio 2017.

_____. LEI Nº 1074/2003**. Estatuto do Idoso**. Brasília: DF, outubro de 2003**.**

_____. Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 23 maio 2017

_____. **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, 3 de jul. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 23 maio 2017

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 1395, de 10 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União, Poder Executivo. 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 702 de 12 de abril de 2002**. Cria mecanismos para a organização e implementação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. DOU. Brasília (DF): Poder Executivo. 2002.

_____.Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Publicada no DOU de 31/12/2010, seção I, página 89. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060.** Projeção da população das Unidades da federação por sexo e idade para o período 2000/2030. Rio de Janeiro, 2013.

_____. Presidência da República. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei n.8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providencias. Brasília, 1994.

BRITO, L. C. J.; ESTÁCIO, A. G. Tabus alimentares em medicina: uma hipótese para fisiopatologia referente aos alimentos remosos. **Rev assoc med bras**. 2013; 59(3):213–216. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000300003>. Acesso em: 04 jul. 2017.

BRITO, A. M. M. **O Cuidado do idoso:** representações e práticas sociais. Tese (doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas Programa de Pós-Graduação em Psicologia. 2014. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/123246/326532.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 06 set. 2017.

BRITO, M. C. C.; FREITAS, C. A. S. L.; VASCONCELOS, M. I. O; DIAS, M. S. A.; SANTIAGO, L. M. M.; GOMES, D. F. Atenção à saúde do idoso e família: evidências da produção científica. **Revista Kairós Gerontologia**, 2014, março. 17(1), p.87-101.

BUENO, C. Velhos atores novos papeis: A experiência da velhice não é a mesma em todas as sociedades e grupos sociais. **Revista Pré-Univesp**. nº 61. Universo. Dez 2016/Jan2017. Disponível em: <http://pre.univesp.br/velhos-atores-novos-papeis>. Acesso em: 04 jul. 2017.

CALZAVARA, B. B. G. **As possibilidades do açaizero no estuário amazônico.** (Boletim da Faculdade de Ciências Agrarias do Pará, 5). Belém: FCAP, 1972, p. 34.

CAMARANO, A. A. Introdução. In: CAMARANO, A. A; Alcântara, A. O; GIACOMIN, K.C (Org.). **Política nacional do idoso:** velhas e novas questões. Rio de Janeiro, Ipea. 2016.

CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. Uma introdução à reflexão sobre a abordagem sociocultural da alimentação. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Orgs.) **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p.306.

CANTELLI, V. **Procedimentos utilizados pelas famílias na educação econômica de seus filhos**. (2009) Tese (Doutorado) – Campinas, Unicamp. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/251742/1/Cantelli_ValeriaCristinaBorsato_D.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2017.

CARNEIRO, J. A.; RAMOS, G. C. F.; BARBOSA, A. T. F.; MENDONÇA, J. M. G.; COSTA, F. M.; CALDEIRA, A. P. Prevalence and factors associated with frailty in non-institutionalized older adults. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016; 69(3):408-15. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690304i>. Acesso em: 07 jul. 2017.

CARVALHO, J. A.; ESCOBAR, K. A. A. Cuidador de Idosos: Um Estudo Sobre o Perfil dos Cuidadores de Idosos do Programa de Assistência Domiciliar (PAD) da Associação dos Aposentados e Pensionistas de Volta Redonda - AAP-VR. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.8, n.1, Pub.6, Jan. 2015. Disponível em: <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/73/artigo8.pdf>. Acesso em: 22 maio 2017.

CASCUDO, L. C. **História da Alimentação no Brasil**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1983.

CASTRO, A. A.; BARBOSA, R. M. S. P. Nível da capacidade funcional em idosos maiores de 70 anos adeptos a educação física gerontológica. **Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia**, v. 5, n. 1, p. 3-5. 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufam.edu.br/BIUS/article/view/888/519>. Acesso em: 10 maio 2017.

COMIM, C. O; BETINELLI, L.A; FERRANTI, L. T. Qualidade de vida e nutrição: métodos de avaliação no processo de envelhecer**.** In: **Doenças crônicas avaliação e controle.** Passo Fundo: Berthier, 2016.

COSTA, A. S.; SILVA, M. P.; SOUZA, F. V. Estudo da capacidade funcional de idosos. **Humanidades**, v. 5, n. 1, fev. 2016. Disponível em: <http://www.revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a91.pdf>. Acesso em: 12 maio 2017.

COUTINHO, R. X.; TOMAZETI, R. V.; ACOSTA, M. A. D. E. F. Representação de corpo na velhice: o corpo real versus o corpo social. **Revista Kairós Gerontologia,** 16(4), pp.215-236, dez, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/19665>. Acesso em: 06 set. 2017.

COUTO, A. M.; HELL, C. A. I.; LEMOS, I. F.; CASTRO, E. A. B. Cuidado domiciliar sob a ótica de idosos dependentes: contribuições para a enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 4, p. 1-12, out./dez. 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16068/pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

DA MATTA, R. Sobre o simbolismo da comida no Brasil. **O Correio**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 7, jul. 1987.

DAMATTA, R. **O que faz o Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 2001, p. 56.

DANIEL, F.; ANTUNES, A; AMARAL, I. Representações sociais da velhice. **Análise Psicológica** (2015), 3 (XXXIII): 291-301.

DEBERT, G. G. **A dissolução da vida adulta e a juventude como valor**. Horizontes Antropológicos, 2010.

DILLAHUNT, A. C.; JORGENSEN, S. T.; EHLKE, S.; SOSINSKI, M.; MONROE, D.; THOR, J. Traumatic brain injury: unmet support needs of caregivers and families in Florida. **PLoS One,** 2013; 8(12):e82896. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0082896>. Acesso em: 12 jun. 2017.

DUARTE, Y. A.O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos familiares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, n. 5-6, p. 370-378, 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049892005000500009&script=sci_abstract&tlng=pt>**.** Acesso em: 10 maio 2017.

_____; BERZINS, M. A. V. S.; GIACOMIN, K.C. POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO: As Lacunas da lei e a questão dos Cuidadores. In: CAMARANO, A. A; Alcântara, A. O; GIACOMIN, K. C. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**: Rio de Janeiro, Ipea. 2016. p.463- 459. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.

DUVIGNAUD, J. Prefácio. In: HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. Trad. de Beatriz Sidou. 2.ed. São Paulo: Ed. Centauro, 2013.

DURKHEIM, É. **Sociologia e filosofia**. São Paulo, Ed. Forense, 1970.

DUTRA , M. O. M; COURA, A, S; FRANÇA, I. S. X , ENDERS, B. C; ROCHA, M.A. Fatores sociodemográficos e capacidade funcional de idosos acometidos por acidente vascular encefálico. Rev Bras Epidemiol JAN-MAR 2017; 20(1): 124-135. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n1/1980-5497-rbepid-20-01-00124.pdf> Acesso em: 09 fev.2018.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C.; SCHIAVETO, F. V.; VENDRUSCULO, T. R. P.; HAAS V. J.; DANTAS, R. A. S.; RODRIGUES, R. A. P. Cross-cultural adaptation and validity of the "Edmonton Frail Scale - EFS" in a Brazilian elderly sample. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2009; 17(6):1043-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000600018>. Acesso em: 14 jul. 2017.

FALLER, J; TESTON, E. F. MARCON, S. S. A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 128-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00128.pdf>. Acesso em: 09 fev.2018.

FALEIROS. V. P. Envelhecimento no Brasil do Século XXI. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 6, n.1, p. 6-21, jan./jun. 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/7952>. Acesso em: 30 maio 2017.

FALEIROS. V. P. A política nacional do idoso em questão: passos e impasses na efetivação da cidadania. In: CAMARANO, A.A; ALCÂNTARA, A. O; GIACOMIN, K.C (Org.). **Política nacional do idoso: velhas e novas questões.** Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.

FARIA, A.L. **Fazer, comer e amar: representações sociais de idosos sobre a comida na infância**. (2016). Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Taubaté, 2016. Disponível em: <http://mpemdh.unitau.br/wp-content/uploads/2014/dissertacoes/mdh/Aline-Liz-de-Faria.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2017.

FARIA, E. B. A.; SCARDOELLI, M.G.C.; CASTRO, V.C.; NISHIDA, F.S. VIVÊNCIAS DE CUIDADORES FAMILIARES DE PESSOAS IDOSAS COM DOENÇA DE ALZHEIMER. **Cienc Cuid Saude**, 2017. Jan-Mar; 16(1). Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/31004/19048>. Acesso em: 06 set. 2017.

FERREIRA, O. G. L.; MACIEL, S. C.; COSTA, S. M. G.; SILVA, A. O.; MOREIRA MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300004>. Acesso em: 14 jul. 2017.

FERRETTI, M. M. R. O Cuxá na cultura maranhense e seu registro como patrimônio cultural brasileiro. **Boletim da Comissão Maranhense de Folclore**, 2007. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/310196791/Boletim-Da-CMF-e56879d03c365b0948a2a15e3b1fb3df>. Acesso em: 07 jul. 2017.

FERNANDES, J. S. G.; COSTA, B. H. R.; ANDRADE, M. S. Representações Sociais de Idosos Sobre Família. **Ciências Psicológicas**, 11 (1): 41 – 48, 2017.p55. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v11n1/1688-4221-cp-11-01-00041.pdf>. Acesso em: 02 set. 2017.

FERNANDES, C. S.; ANGELO, M. Family caregivers: what do they need? An integrative review. **Rev Esc Enferm**, USP. 2016;50(4):672-678. Disponível em: <http://dx.doi. org/10.1590/S0080-623420160000500019>. Acesso em: 14 jul. 2017.

FREITAS, M. C.; FERREIRA, M. A. Velhice e pessoa idosa: representações sociais de adolescentes escolares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** maio-jun. 21(3):[08 telas], 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/75982>. Acesso em: 07 jul. 2017.

FREITAS, M. C. S. Educação Nutricional: aspectos socio-culturais. In: **Anais do XIV Congresso Brasileiro de Nutrição – CONBRAN.** Belo Horizonte, pp. 1-4. 1996. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=200562&indexSearch=ID >. Acesso em: 15 jul. 2017.

FRIEDRICH, F. H.; SOARES; A. L. R. Alimentação: O trabalho de preservar e elaborar a identidade e a memória dos imigrantes alemães na colônia de Santo Ângelo/ Rs (1850-1900). **Oficina do Historiador**. Porto Alegre: EDIPUCRS, Suplemento especial – eISSN 21783748 – I EPHIS/PUCRS - 27 a 29.05. p.641-654, 2014. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/oficinadohistoriador/article/view/19063>. Acesso em: 15 jul. 2017.

FRUTUOSO, M. F. P.; SEVERO, A. B. A.; TAVARES, C. M. Contar, Rememorar e Cuidar: Lembranças Sobre a Comida e o Comer de um Grupo de Idosos em Santos. In: **Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde.** Blucher Medical Proceedings, num.2, vol.1. São Paulo: Editora Blucher, 2014. ISSN 2357-7282. Disponível em: < http://pdf.blucher.com.br.s3-sa-east-1.amazonaws.com/medicalproceedings/cihhs/10726.pdf > Acesso em: 10 jul. 2017.

GALINDO, F. L. O. C. **Comendo bem, que mal tem? Um estudo sobre as representações sociais dos riscos**. (2014). Tese (doutorado) – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Instituto de Ciências Humanas e Sociais. 2014. Disponível em: <http://r1.ufrrj.br/cpda/wp-content/uploads/2014/10/Comendo-Bem-que-Mal-Tem-Um-Estudo-Sobre-as-Representa%C3%A7%C3%B5es-Sociais-dos-Riscos-Alimentares.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

GAEPP. **Um retrato do Maranhão nos últimos 15 anos.** Observatório Social e do Trabalho. Grupo de Avaliação e Estudo da Pobreza e de Políticas Direcionadas à Pobreza – GAEPP. UFMA. 2017. Disponível em:

<http://www.gaepp.ufma.br/boletim/images/ctj/PDF/Boletim_ano_6_n_1/em%20foco.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2017.

GIACOMIN, K.C.; MAIO, I.G. A PNI na área da saúde In: CAMARANO, A. A; ALCÂNTARA, A. O; GIACOMIN, K. C. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões.** Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.

GIACOMIN, K. C. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões.** Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores; 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDENBERG, M. Cultura e Gastro-Anomia: psicopatologia da alimentação cotidiana. Entrevista com Claude Fischler. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, ano 17, n. 36, p. 235-256, jul./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832011000200010>. Acesso em: 20 jul. 2017.

GONÇALVES, A. Em busca do diálogo do controle social sobre o estilo de vida. In: VILARTA, Roberto (Org.). **Qualidade de Vida e políticas públicas: saúde, lazer e atividade física**. Campinas: IPES, 2004, p. 17-26.

GONDAR, J; DODEBEI, V. **O que é Memória Social?** Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

GUARESCHI, P. Representações Sociais: Alguns Comentários Oportunos. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C. (Org.). **Novas Contribuições para a Teorização e Pesquisa em Representação Social.** Florianópolis: [s. n.], 1996. Coletâneas da ANPEPP, p. 9-30.

HALBWACHS, M.. **A Memória Coletiva**. Tradução de Beatriz Sidou. 2.ed. São Paulo: Ed. Centauro, 2013[1990], p.45,.

HEDLER, H. C.; FALEIROS, V. P.; SANTOS, M. J. S.; ALMEIDA, M. A. A. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **R. Katál**., Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 143-153 jan./jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141449802016000100143&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jul. 2017.

HILLS, M. Human Science research in public health: The contribution and assessment of a qualitative approach. **Can J Publ Health** [Internet]. [cited 2015 Feb 02];91(6):I4-I7. 2000. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/b9cbc4c40ff4dd5a78ca15bcf88fee22/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=47649>. Acesso em: 20 jul. 2017.

IBAÑEZ, T. Representaciones sociales: teoria y método. In: T. IBAÑEZ (Ed.) **Ideologias de la vida cotiana.** Barcelona, Sendai, 1988, 14-90.

INE. **Instituto Nacional de Estatística.** Estatísticas Demográficas 2013.(Edição 2014), p.24. Disponível em: <https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui.>. Acesso em: 22 ago. 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOFRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015 / IBGE**, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em: 13 maio 2017.

_____. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000-2060 - Revisão 2013 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000/2030** - Revisão 2013. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2015**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2017.

_____.**Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2014. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil**. Rio de janeiro, 2015. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_ 2014/notastecnicas.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

JARDIM, A. C. S; PEREIRA, V. S. Metodologia qualitativa: é possível adequar as técnicas de coleta de dados aos contextos vividos em campo?.**Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural**. Porto Alegre, 26 a 30 de jul. 2009.

JEDLOWSKI, P. La sociología y la memoria colectiva. In: ROSA, A; BELLELLI, G; BAKHURST, D. (Eds.). **Memória colectiva e identidad nacional**. Madrid, España: Biblioteca Nueva, 2000, p. 123-134.

JEDLOWSKI, P. **Memory and sociology: themes and issues**. Time & Society, London, v. 10, n. 1, p. 29-44. (2001).

JODELET, D. La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. (Org.). **Psicologia Social.** Barcelona: Paídos, 1985, p. 469-494.

_____. Representations sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, D. (Org.) **Les Representations Sociales.** Paris: Presses Universitaires de France, 1989. _____. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

JOVCHELOVITCH, S. **Os contextos do saber**: representações, comunidade e cultura. Petrópolis: Vozes, 2008.

KUWAE, C. A.; CARVALHO, M. C. V. S.; PRADO, S. D.; FERREIRA, F. R. Concepções de alimentação saudável entre idosos na Universidade Aberta da Terceira Idade da UERJ: normas nutricionais, normas do corpo e normas do cotidiano. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**., Rio de Janeiro, 18(3):621-630, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232015000300621&script=sci_abstract>. Acesso em: 17 jun. 2017.

KOFES, S. **Conversando sobre o corpo**. 3.ed. Campinas (SP):, Papirus, 1989, p.220.

LE BRETON, D. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

LEVORATO, C. D; MELLO, L. M; SILVA, A. S; NUNES, A. A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(4):1263-1274, 2014.

LIMA, R. S.; FERRIERA, J. A. N.; FARIAS, R. C. P. Alimentação, comida e cultura: o exercício da comensalidade. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde**. 2015; 10(3); 507-522. Disponível em: < http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/16072#.WbGoAciGPIU>. Acesso em: 12 jun. 2017.

LIMA, Z. M. C. **Pecados da gula: comeres e beberes das gentes do Maranhão**. São Luís: SBPC, 1998. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/310196791/Boletim_DaCMFe56879d03c365b0948a2a15e3b1fb3df>. Acesso em: 07 jul. 2017.

LOURENÇO, R. A. Validação do exame do mini-exame do estado mental em uma unidade ambulatorial de saúde. **Rev Saúde Pública**, 40(4):712-9, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/23.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2017.

LUZ, E. P.; DALLEPIANE, L. B.; KIRCHNER, R. M.; SILVA, L. A. A.; SILVA, F. P.; KOHLER, J.; GOPINGER, E.; CARLOT, J. M. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol**. vol.17, no.2, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000200303>. Acesso em: 02 ago. 2017.

MAGALHÃES L. D. R. M.; ALMEIDA, J. R. de. Relações simbióticas entre memória, ideologia história e educação. In: LOMBARDI, J. C. e outros (Orgs.). **História, memória e educação**. Campinas, SP: Alínea, 2011.

MACIEL, M. E.; CASTRO, H. C. A comida boa para pensar: sobre práticas, gostos e sistemas alimentares a partir de um olhar sócio antropológico. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, 2013. p. 321-328. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/107215>. Acesso em: 17 jun. 2017.

MAIO, I. G. **Pessoa idosa dependente:** políticas públicas de cuidados intermediários ao idoso no Brasil e a atuação do Ministério Público. Curitiba: Juruá, 2016.

MARENGO, G. M.; TOLEDO, P. B.; BARBOSA, A. F. C. Cuidadores de idosos familiares e profissionais: diferenças e similaridades. **Rev. Caminhos.** Ago./Jan. v.1, n.1. 3, 2016. Disponível em: <http://www.fundec.edu.br/unifadra/revista_caminhos/artigos/art004/pdf/artigo004.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2017.

MELO, N. C. V. TEIXEIRA, K, M, D. BARBOSA, T. L. MONTOYA, A. J. A.; SILVEIRA, M. B. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**., Rio de Janeiro, 2016; 19(1):139-151.

MENEZES, M. R.; ALVES, M. B.; SOUZA, A. S.; SILVA, V. A.; SILVA, E. N.; OLIVEIRA, C. M. S. Comportamento agressivo na relação entre idoso e cuidador familiar em doenças demenciais. **Cienc Cuid Saude**. 2013 out-dez; 12(4):744-51. Disponível em:< http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19529>. Acesso em: 06 set. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasilia (DF): Organização Pan-Americana em Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13.ed. São Paulo, SP: Editora Hucitec. In: MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p.1751-1762, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1751.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2017.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MINOSSO, J. S. M. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v.23, n.2. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000200011>. Acesso em: 21 jun. 2017.

MIRANDA, G. M. D; MENDES, A. C. G; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**., Rio de Janeiro, 2016; 19(3):507-519.

MORLEY, J. E.; VELLAS, B.; KAN, A. V.; ANKER, S. D.; BAUER, J. M.; BERNABEI, R. Frailty Consensus: A call to action. **JAMDA** [Internet]. 2013[cited 2014 Jan 20]; v.14, n.6, p.392-97. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23764209>. Acesso em: 21 jun. 2017.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar Editores, 1978 [1961].

_____. **Representações Sociais Investigações em Psicologia Social**. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. **Les méthodes des sciences humaines.** Paris (Fr): Editora Presses Universitaires de France; 2003.

_____. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOURA, C. **Comportamento alimentar de idosos residentes na área urbana do município de São Paulo e variáveis sociodemográficas e culturais** - Estudo SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-26102012-150946/pt-br.php>. Acesso em: 22 jun. 2017.

MUSSY, J. H. A.; CORRÊA, A. C. S.; YOKOYAMA, L. T.; SILVEIRA, E. L.; KIETZER, K. S.; DOMINGUES, R. J. S. Cicatrização de ferimentos incisionais em ratos submetidos à alimentação com carne suína. **Revista Paraense de Medicina,** v.28, n.3, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n3/a4510.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2017.

NARDI, E. F; SAWADA, N. O; SANTOS, J. L. F. The association between the functional incapacity of the older adult and the family caregiver's burden. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2013, Sep-Oct;21(5):1096-103.

NERI, A. L.; VIEIRA, L. A. M. Envolvimento e suporte social idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.16, n.3, p.419-432, 2013**.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300002>. Acesso em: 20 jun. 2017.

ONU-United Nations Population Fund.(UNFPA). **Relatório produzido pela Divisão de Informações e Relações Externas do Fundo de População das Nações Unidas**. UNFPA, 2012. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2017.

_____.WORLD POPULATION PROSPECTS. The 2012 **Revision. Key Findings and Advance Tables. Population Division of the United Nations Economics and Social Affairs (UNDESA),** New York. 2013. Disponível em: <https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Informe mundial sobre el envejecimento y la salud: resumen, Genebra:** *Organização Mundial de Saúde, 2015*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186471/1/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf>. Acesso em: 02 maio 2017.

OLIVEIRA, A. R; ARAÚJO, T. L; COSTA, A. G; MORAIS, H. C; SILVA, V. M; LOPES, M. V. Avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral acompanhados por programas de assistência domiciliária. **Rev. Esc. Enferm**. USP, 2013; 47(5): 1143-9.

OLIVEIRA, R. B. A.; VERAS, R. P. S.; PRADO, D. "O Fim da Linha"? Etnografia da alimentação de idosos institucionalizados – reflexões a partir das contribuições metodológicas de Malinowski. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de janeiro, 2010; v.13, n.1, p.133-143.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n1/a14v13n1.pdf>. Acesso em: 12 maio 2017.

OLIVEIRA, L. F. C.; CASTRO, S. D. Soberania Alimentar. **Revista Estudos**, Goiânia, v.40 n. 3, p. 311-3320, jun/agosto 2013. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/download/3108/1891>. Acesso em: 20 ago. 2017.

OLIVEIRA, D. C. Análise De Conteúdo Temático-Categorial: Uma Proposta De Sistematização. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.570, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

OLIVEIRA, B. C.; GARANHANI, M. L.; GARANHANI, M. R. Caregivers of people with stroke - needs, feelings and guidelines provided. **Acta Paul Enferm** [Internet], v.24, n.1, p.43-9, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/en_v24n1a06.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2017.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.32

_____. O estudo da velhice no séc. XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. et al.(Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de janeiro: Guanabara Kroogan, 2002. p. 2-12.

PEDRO, W. J. A.; MENA-CHALCO, J. P. O envelhecimento na Sociologia brasileira contemporânea: notas preliminares. **Revista Kairós Gerontologia**, 18(N.o Especial 19), Temático: “Envelhecimento Ativo e Velhice"pp. 31-47.2015 ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Disponível em: < https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/27239>. Acesso em: 15 ago. 2017.

PERALTA, E. Abordagens Teóricas ao estudo da memória social: uma resenha crítica. **Arquivos da Memória, Antropologia, Escala e Memória.** Centros de Estudos de Etnologia Portuguesa. N.2 (Nova Série). 2007.

PEREIRA, J. K. J.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. A funcionalidade e incapacidade na velhice: ficar ou não ficar quieto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.7, p.1451-1459, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000701451&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 jul. 2017.

PFEIFFER, E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. **Journal of American Geriatrics Society**. 23, 433-41. 1975. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1159263> Acesso em: 15 de agosto de 2017.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. **Rev Bras Enferm**., v.66, n.6, p.907-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600015>. Acesso em: 2 ago. 2017.

PINEZI, A. K. M.; MENEZES, M. A.; CAVALCANTE, A. S. Memória de idosos: As narrativas em diferentes espaços de interação social. **Civitas**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 341-

358, maio-ago. 2014. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17155>. Acesso em: 2 jul. 2017.

PINTO, A. H.; LANGE, C.; PASTORE, C. A.; LLANO, P. M. P; CASTRO, D. P; SANTOS, F. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(11):3545-3555, 2016.

PLANK, A.; MAZZONI, V.; CAVADA, L. Becoming a caregiver: new family carers' experience during the transition from hospital to home. **J Clin Nurs**., v.21, n.13-14, p.2072-82, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22672464>. Acesso em: 2 jul. 2017.

POULAIN, J. P.; PROENÇA, R. P. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. **Revista Nutrição**, Campinas: Out. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000400001>. Acesso em: 10 maio 2017.

PRAXEDES. W**. A teoria das representações sociais de Pierre Bourdieu.** [S.I] Disponível em: <https://walterpraxedes.wordpress.com/2015/07/18/a-teoria-das-representacoes-sociais-de-pierre-bourdieu/>. Acesso em: 10 maio 2017.

RAMOS, L. R. A. S.; COELHO-FILHO, J. M.; COSTA, M. F. L.; MATOS, D. L; REBOUÇAS, M.; VERAS, R. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Pública** [online], v.47, n.3, p.506-513, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102013000300506&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 ago. 2017.

RAMOS, P. R. B. Rede de Proteção e Garantia dos Direitos das Pessoas Idosas no Maranhão. **Revista do Tribunal de justiça do Estado do Maranhão**. São Luís, v 5, n. 2, jul/dez. 2011.

RAMOS, M. P. Arranjos e relações familiares na velhice: um estudo sobre famílias com idosos no Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais,** vol. 5, N. 9, jul. 2013.

ROCHA, I. M. S. C. **Velhice, planificação e políticas públicas**. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2016.

SÁ, C. P.; ARRUDA, A. O estudo das representações sociais no Brasil. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis: EDUFSC, Edição Especial Temática, 2000, p.11-31.

SÁ, C.P. **Núcleo central das representações sociais**. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

SÁ, C. P. Psicologia social da memória: sobre memórias históricas e memórias geracionais. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (Orgs.). **Diálogos em psicologia social**. Porto Alegre: Evangraf, 2007, p.33.

SANTOS, M. S. Sobre a autonomia das novas identidades coletivas: alguns problemas teóricos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. vol. 13, N.38, 1988. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091998000300010>. Acesso em: 10 maio 2017.

SANTOS, C. R. A. dos. A alimentação e seu lugar na História. **História: Questões & Debates**. Curitiba: Editora UFPR: 2005, n. 42, p. 11-31.

SANTOS, V. B.; TURA, L. F. R.; ARRUDA, A. M. S. As representações sociais de "pessoa velha" construídas por idosos. **Saúde e Sociedade**, v.22, n.1, p.138-147, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100013>. Acesso em: 19 jul. 2017.

SANTOS, W. J.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3441-3450, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232013000900002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 jul. 2017.

SANTOS, F. M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 6, n. 1, mai. 2012. Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/291/156>. Acesso em: 14 jul. 2017.

SANTOS, S. C; TONHOM, S. F. R; KOMATSU; R. S. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 29(Supl): 118-127, dez., 2016.

SANTOS, C. T. B; ANDRADE, L. O. M; SILVA, M. J; SOUSA, M. F. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26 [1]: 45-62, 2016.

SARNEY. I. Um copo de mingau de milho. Blog Academia Maranhense de Letras. Disponível em: <http://www.academiamaranhense.org.br/blog/um-copo-de-mingau-de-milho/.> .Acesso em: 01 mar. 2018.

SERRA, A. **Guia Histórico e Sentimental de São Luís do Maranhão**. Rio de Janeiro: Civilizações Brasileiras, 1965.

SERRA, G. M. A. **Saúde e nutrição na adolescência: o discurso sobre dietas na Revista Capricho**. 2001. [Mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública;136. 2001. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4872>. Acesso em: 14 jul. 2017.

SASS, A.; MARCON, S. S. Dependência para alimentar-se e consumo alimentar em idosos hospitalizados. **Rev Bras Enferm**. Brasília, 2012, nov-dez; 65(6): 955-61.

SILVA, A.; DAL PRÁ, K. R. Envelhecimento populacional no Brasil: O lugar das famílias na proteção aos idosos. **Argumentum**, Vitória (ES), v.6, n.1, p.99-115, 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/7382/5754%20/>. Acesso em: 3 maio 2017.

SILVA, A. L. Comida de gente: preferências e tabus alimentares entre os ribeirinhos do médio Rio Negro (Amazonas, Brasil). **Rev. Antropol**. São Paulo, USP, v.50, p.125-79, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-77012007000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 jul. 2017.

SILVA, L. N. M. **Dependência Funcional, Contexto Social e Interação Familiar no Cuidado ao Idoso**. 2016. Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Campus Central. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte Mossoró, RN, 2016. Disponível em: <http://www.uern.br/controledepaginas/ppgssconcluidasturma2014/arquivos/2883dissertaa%C2%A7a%C2%A3o_conclua%C2%ADda_la%C2%ADvia_nornyan_medeiros_silva.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2017.

SILVA, D. N. J.; SILVA, C. A. Q.; FIXINA, E. B. Representações Sociais da Velhice no Contexto da Sociedade Contemporânea: Quem É O "Velho" E Como Se Imagina "Velho"?. **Congresso Nacional de Envelhecimento Humano**, Rio grande o Norte, 2016. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/cneh/trabalhos/TRABALHO_EV054_MD2_SA13_ID590_10082016212142.pdf>. Acesso em: 03 set. 2017.

SILVA, L. C. C.; FARIAS, L. M. B.; OLIVEIRA, T. S.; RABELO, D. F.. Atitude de idosos em relação à velhice e bem estar psicológico. **Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, v.15, n.2, p.119-140, 2012. Disponível em:< https://revistas.pucsp.br//index.php/kairos/article/ view/13798/10187>. Acesso em: 02 set. 2017.

SOUZA, F. S. **Avaliação da qualidade físico-química e microbiológica do suco de juçara (Euterpe oleracea Mart.), obtido por métodos manuais e mecânicos, comercializados na cidade de São Luís-MA**. 2003. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Maranhão. São Luís – MA, 2003.

SOUZA, L. R; HANUS, J. S; LIBERA, L. B. D; SILVA, V. M; MANGILLI, E. M; SIMÕES, P. W; CERETTA, L. B; TUON, L. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Colet**., 2015, Rio de Janeiro, 23 (2): 140-149.

TURATO E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v.3, p.507-14, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2017.

TSAI, P. C.; YIP, P.K.; TAI, J. J.; LOU, M.E. Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. **Patient Prefer Adherence**. v.9, p.449-57, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4370911/>. Acesso em: 09 jul. 2017.

VALERIO, M. P.; RAMOS, L. R. Promoção de atividade física à população idosa: revisando possibilidades. **Revista Didática Sistêmica**. Rio Grande do Sul, v. 15, n. 2, p. 155-173, 2013. Disponível em: <https://www.seer.furg.br/redsis/article/view/4158>, Acesso em: 09 jul. 2017.

VERAS, R. Envelhecimento, demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.3, p.548-54, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020>. Acesso em: 09 jul. 2017.

WATANABE, H. A. W. Modalidades de cuidados de longa duração a pessoas idosas. In: **Seminário Internacional sobre Políticas de Cuidado de Longa Duração para pessoas idosas no Brasil**, Brasília: OPAS/OMS, 2015.

WOORTMANN, ELLEN F. A comida como linguagem. **Habitus**. Goiânia, v. 11, n.1, p. 5-17, 2013. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/habitus/article/view/2844/1737>. Acesso em: 30 maio 2017.

ANEXOS

ANEXO A - Avaliação Cognitiva (Mini Exame do Estado Mental/MEEM). Questionário resumido do estado mental (PFEIFFER, 1975)

	Certo	Errado
1. Que dia é hoje? (dia/mês/ano)	( )	( )
2. Qual é o dia da semana?	( )	( )
3. Qual é o nome deste lugar?	( )	( )
4. Qual é o número do seu telefone? (ou endereço)	( )	( )
5. Quantos anos você tem?	( )	( )
6. Qual é a sua data de nascimento?	( )	( )
7. Quem é o atual presidente do seu país?	( )	( )
8. Quem foi o presidente antes dele?	( )	( )
9. Como é o nome de solteira de sua mãe?	( )	( )
10. Subtraia 3 de 20 e continue subtraindo até o nº final.	( )	( )

Pontos de Corte

Acerto =3

Erro = 0

Pontuação Final

30 a 27 pontos - Funções cognitivas preservadas

26 a 24 pontos - Alterações não sugestiva de déficit

23 pontos ou menos - Sugestivo de déficit cognitivo

ANEXO B – Escala de fragilidade de Edmonton

Domínio/Item	Respostas possíveis (pontuação)
Cognição Teste do desenho do relógio*	Aprovado (0) Reprovado - erros mínimos (1) Reprovado - erros significativos (2)
Estado geral de saúde Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi internado(a)?	Zero (0) 1-2 (1) >2 (2)
De modo geral, como você descreveria a sua saúde?	Excelente, muito boa ou boa (0) Razoável (1) Ruim (2)
Independência funcional Em quantas das seguintes atividades você precisa de ajuda?†	0-1 (0) 2-4 (1) 5-8 (2)
Suporte social Quando você precisa de ajuda, pode contar com a ajuda de alguém disposto e capaz de atender as suas necessidades?	Sempre (0) Algumas vezes (1) Nunca (2)
Uso de medicamentos Normalmente, você usa cinco ou mais remédios diferentes e receitados (pelo médico)?	Não (0) Sim (1)
Algumas vezes você esquece de tomar os seus remédios?	Não (0) Sim (1)
Nutrição Você tem perdido peso recentemente, de forma que suas roupas estão mais folgadas?	Não (0) Sim (1)
Humor Você se sente triste ou deprimido(a) com frequência?	Não (0) Sim (1)
Continência Você tem problemas de perder o controle de urina sem querer?	Não (0) Sim (1)
Desempenho funcional Teste "levante e ande" cronometrado	0-10 segundos (0) 11-20 segundos (1)

Pontuação para cada item da Escala de Fragilidade

R+ reprovado com erros mínimos
A- aprovado
R- reprovado com erros significativos
Escala de fragilidade
0-4 - Não frágil
5-6 - Aparentemente vulnerável
7-8 - Fragilidade leve
9-10- Fragilidade moderada
11 ou mais - Fragilidade severa

ANEXO C – Avaliação funcional (Índice de Barthel)

ATIVIDADES	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 10 = Independente. Capaz de usar qualquer dispositivo necessário. Alimenta-se em tempo razoável. 5 = Precisa de ajuda (por ex., para cortar a unha) **BANHO** 5 = Independente **HIGIENE PESSOAL** 5 = Lava o rosto independentemente, penteia o cabelo, escova os dentes, barbeia-se (lida com a tomada no caso de usar aparelhos eletrônicos. **VESTIR-SE** 10 = Independente. Amarra o calçado, fecha zíperes, coloca cintos. 5 = Precisa de ajuda, mas faz pelo menos metade do trabalho em tempo razoável. **INTESTINOS** 10 = Sem acidentes. Capaz de usar enemas ou supositórios, se necessário. 5 = Acidentes ocasionais ou precisa de ajuda com os dispositivos. **BEXIGA** 10 = Sem acidentes. Capaz de carregar a bolsa coletora, se necessário. 5 = Acidentes ocasionais ou precisa de ajuda com os dispositivos. **TRANSFERÊNCIA PARA HIGIENE ÍNTIMA** 10 = Independente no vaso sanitário ou no uso de comadres. Manuseia as roupas, limpa-se, dá descarga ou limpa a comadre. 5 = Precisa de ajuda para equilibrar-se, lidar com as roupas ou papel higiênico. **TRANSFERÊNCIA-CADEIRA E CAMA** 15 = Independente, incluindo travamento da cadeira de rodas, levantamento dos apoios dos pés. 10 = Mínima assistência ou supervisão. 5 = Capaz de sentar-se, mas necessita de máxima assistência para as transferências. Precisa de ajuda para equilibrar-se, lidar com as roupas ou papel higiênico. **DEAMBULAÇÃO** 15 = Independente por 45 m. Pode usar dispositivos de assistência. 10 = Com ajuda, 45 m. 5 = Independente com cadeira de rodas por 45 m se for incapaz de andar. **SUBIR ESCADAS** 10 = Independente. Pode usar dispositivos de assistência. 5 = Precisa de ajuda ou supervisão. **TOTAL:**	

ÍNDICE DE BARTHEL
100 - INDEPENDENTE TOTAL
91 - 99 – DEPENDÊNCIA LEVE
90 - 61 - DEPENDÊNCIA MODERADA
21 – 60 - DEPENDÊNCIA GRAVE
< 20 DEPENDENCIA TOTAL

ANEXO D – Avaliação funcional (Escala de Lawton)

1. O (a) Sr. (a) Consegue usar o telefone?	Sem ajuda 3 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 1
2. O (a) Sr. (a) Consegue ir a locais distantes, usando algum transporte?	Sem ajuda 3 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 1
3. O (a) Sr. (a) Consegue fazer compras?	Sem ajuda 3 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 1
4. O (a) Sr. (a) Consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda 3 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 1
5. O (a) Sr. (a) Consegue arrumar a casa?	Sem ajuda 3 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 1
6. O (a) Sr. (a) Consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda 3 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 1
7. O (a) Sr. (a) Consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda 3 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 1
8. O (a) Sr. (a) Consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?	Sem ajuda 3 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 1
9. O (a) Sr. (a) Consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda 3 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 1

ESCALA DE LAWTON

9 PONTOS- DEPENDENTE

10 A 18 PONTOS – SEMIDEPENDENTE

19 A 27 PONTOS - INDEPENDENTES

ANEXO E – Parecer consubstanciado do CEP

FACULDADE INDEPENDENTE DO NORDESTE - FAINOR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIA DE IDOSOS FRAGILZADOS SOBRE A DEPENDÊNCIA ALIMENTAR

Pesquisador: LAYANNE CHRISTINNE DOS PASSOS MIGUENS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62181516.7.0000.5578

Instituição Proponente: FAINOR - FACULDADE INDEPENDENTE DO NORDESTE LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.859.528

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, tendo como aporte teórico a memória coletiva e teoria das representações sociais sobre depender do outro para alimentar-se. A amostra será constituída por 65 idosos do Programa Melhor em casa ligado à divisão de assistência de saúde do idoso do município de Paço do Lumiar - Maranhão, a ser realizada no período de janeiro a março de 2017. Os instrumentos utilizados serão representados por um questionário contendo dados sociodemográficos e condições de saúde, uma entrevista e evocação livre de palavras para uma análise imparcial da narrativa dos idosos sobre os seus conceitos de alimentação independente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender as representações sociais de idosos fragilizados sobre a dependência alimentar.

Objetivo Secundário:

- Analisar os conteúdos e a estrutura representacional sobre a dependência alimentar para idosos fragilizados.

Endereço: Av. São Luiz, nº 31 Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa Extensão 2º andar
Bairro: Bairro Candeias **CEP:** 45.055-080
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3161-1071 **E-mail:** cep@fainor.com.br

ANEXO F– Carta de anuência da Prefeitura de São Luís

PREFEITURA DE SAO LUIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMUS
SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente e de acordo com a realização do Projeto intitulado Representações sociais e memória de idoso fragilizados sobre dependência alimentar sob a supervisão e responsabilidade pedagógica e ética do(a) professor(a) DSC. Luciana Araújo dos Reis ou a quem ele(a) conceder autorização, por escrito, com cópia desta anuência, a ser realizada nesta Instituição, que disponibiliza o uso de suas instalações e autoriza a aplicação de:

1. (x) Entrevistas
2. (x) Acesso a Prontuários
3. ( ) Filmagens
4. (x) Questionários
5. ( ) Fotografias
6. ( ) Testes Laboratoriais
7. ( ) Outros _____

Com os seguintes sujeitos:

1. (x) Usuários
2. ( ) Profissionais
3. ( ) Outros _____

Fica condicionada essa anuência à assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, resguardadas as questões éticas, aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa e visto da Superintendência de Educação em Saúde da SEMUS, podendo ser revogada a qualquer momento, sem prejuízo para Instituição, desde que sejam verificadas situações de urgência/emergência que assim exijam, ou emissão de comportamento inadequado com as normas do serviço público ou da ética em pesquisa por parte dos pesquisadores.

São Luís-MA, 07 / 11 / 2016.

SEMUS
Superintendência da Educação em Saúde
Estágio, Pesquisa e Extensão
Jane E. Silva Oliveira
Mat: 85940-4

CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL
A SAÚDE DO IDOSO - CAISI
Genaina Moreira Silva
Diretora Administrativa - Matr: 505265-1

Rua Deputado Raimundo Vieira da Silva, nº 2000, Parque do Bom Menino – Centro / São Luís-MA - CEP. 65.025-180
Fone: 98 3214 7347/7314 – e-mail: sedssemussl@gmail.com

ANEXO G – Autorização institucional para coleta de dados

Comitê de Ética em Pesquisa
FAINOR

FACULDADE INDEPENDENTE DO NORDESTE – FAINOR
Credenciada pela Portaria MEC n.° 1.393, de 04 de julho de 2001
Publicado no DOU de 09 de julho de 2001

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA A COLETA DE DADOS

Eu, Genaína Moreira Silva, ocupante do cargo de direção do Centro de Atenção Integrada a Saúde do Idoso – CAISI, AUTORIZO a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIA DE IDOSOS FRAGILZADOS SOBRE A DEPENDÊNCIA ALIMENTAR** do pesquisador responsável Layanne Christinne dos Passos Miguens após a aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (CEP/FAINOR).

São Luís - Maranhão, 07 de novembro de 2016.

CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL
A SAÚDE DO IDOSO - CAISI
Genaina Moreira Silva
Portaria administrativa - Matr. 5052051

Genaína Moreira Silva

Direção

Centro de Atenção Integrada a Saúde do Idoso – CAISI

Av. São Luiz, n°. 31, Anexo 01, 2° Andar, Candeias
CEP: 45055-080 – Telefone: (77) 3161-1071
E-mail: cep@fainor.com.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de pesquisa

I – DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS REFERENTES AO IDOSO
Data __/__/__ TELEFONE (2 CONTATOS): _____
NOME DO ENTREVISTADO_____
ENDEREÇO_____
Possui cuidador: Sim ( ) Não ( )

A. DADOS SOCIOECONÔMICOS
1. SEXO: M ( ) F ( )
2. NASCIMENTO __/__/__
3. ESTADO CIVIL: ( ) Com companheiro ( ) Sem companheiro
( )Não sabe/não respondeu
4. ESCOLARIDADE: ( ) Não alfabetizado (a) ( ) Ensino Fundamental Incompleto
( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Completo
( ) Ensino Técnico ( ) Ensino Superior

APÊNDICE B – Entrevista

Projeto "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIA DE IDOSOS FRAGILZADOS SOBRE A DEPENDÊNCIA ALIMENTAR"

Nome: _____

1. Para o senhor (a) o que significa depender de outras pessoas para se alimentar?
2. Relate como o senhor (a) adquiriu a dependência alimentar (necessidade de receber alimentação por intermédio de outra pessoa)? O que causou a dependência?
3. Como se sente dependente/precisando de cuidados prestados por outra pessoa?
4. Fale como era a vida do senhor (a) antes de adquirir a dependência alimentar e após adquirir a dependência alimentar? (depender de um cuidador para lhe ofertar comida)
5. O que mudou na vida do senhor (a) após este evento?
6. O seu costume alimentar mudou depois que o senhor(a) se tornou dependente?
7. O senhor(a) acha que tem comido menos depois que ficou dependente do cuidador?
8. O senhor(a) escolhe o que irá comer no dia?
9. É o senhor (a) que define o seu horário de comer? (6 refeições diárias)
10. O senhor(a) sente prazer em se alimentar?
11. O senhor(a) acha que os sabores (o gosto) dos alimentos mudaram depois que o senhor se tornou depende?
12. Quais são as recordações que o senhor(a) tinha de quando podia se alimentar sozinho?
13. Saber o que não pode comer determinado alimento é um problema pro senhor(a)?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado(a) Senhor (a), sou Layanne Christinne dos Passos Miguens, estou realizando o estudo sobre **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIA DE IDOSOS FRAGILZADOS SOBRE A DEPENDÊNCIA RELACIONADA A ALIMENTAÇÃO.**

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) desta pesquisa. Para participar deste estudo o(a) Sr(a) não terá nenhum custo, também não receberá qualquer vantagem financeira. Suas dúvidas referentes a esta Pesquisa serão esclarecidas e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelos pesquisadores, que tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais de mesmo teor, sendo que uma será arquivada pelos pesquisadores responsáveis, e a outra será fornecida ao(à) senhor(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. A Pesquisa tem por objetivo geral: Compreender as representações sociais de idosos fragilizados sobre dependência alimentar. Para a coleta de dados, será utilizado questionário, entrevista e evocação livre de palavras para uma análise imparcial da narrativa dos idosos sobre os seus conceitos de alimentação independente.

RISCOS: Os riscos que esta pesquisa pode provocar são mínimos. Existe a possibilidade de ocorrência de desconforto dos participantes em responder determinada pergunta, neste caso, será dada ao participante a oportunidade de não responder as perguntas.

BENEFÍCIOS: Os resultados da pesquisa podem favorecer a formação do cuidador, reduzir os impactos quanto à perda de autonomia para se alimentar por parte dos idosos dependentes funcionais, bem como favorecer o aprimoramento de políticas públicas voltadas para o idoso, e contribuir com orientações a cuidadores e familiares, na medida em que trouxer elementos para a discussão sobre a dinâmica alimentar do idoso fragilizado e dependente alimentar.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, **_____,** abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado **"REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIA DE IDOSOS FRAGILZADOS SOBRE A DEPENDÊNCIA RELACIONADA À ALIMENTAÇÃO"** e fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora Layanne Christinne dos Passos Miguens sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo no qual será compreender as representações sociais de idosos fragilizados sobre dependência alimentar.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista gravada e aplicação do questionário. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora. Os resultados gerais obtidos nesta pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos propostos, incluída sua publicação em congresso, em revista cientifica especializada e livro. Por este meio, AUTORIZO o uso dos meus dados neste Projeto de Pesquisa.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, **_____,** abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIA DE IDOSOS FRAGILZADOS SOBRE A DEPENDÊNCIA RELACIONADA À ALIMENTAÇÃO**, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Impressão Datiloscópica

_____

Assinatura do Participante

_____
Layanne Christinne dos Passos Miguens
TEL (98)981940328
e-mail:layanne.miguens@ifma.edu.br

_____
Luciana Araújo dos Reis
TEL (73) 91427894
e-mail: lucianauesb@yahoo.com.br

APÊNDICE F – Transcrição das entrevistas

NOME: ENDRO – ID1
IDADE: 76 ANOS **SEXO:** MASC
ESCOLARIDADE: ENS. FUND. INCOMPLETO
ESTADO CIVIL: CASADO **RENDA:** APOSENTADO
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: TETRAPLEGIA (SIC)

"Eu sai de casa pra fazer uma punção lombar, quando cheguei, ainda levantava os braço, ainda tomava água, mas ai foi assim, por etapa, né?...o corpo foi endurecendo, os movimento, do superior foi endurecendo. Foi endurecendo assim por etapa, ai eu fiquei na cadeira de rodas. /.../ me sinto ruim, porque agente fica sendo submisso daquela pessoa, dependente daquele pessoa e eu não gosto disso! O doente, que é doente não gosta, de ser dependente de outra pessoa. Ele se encontra inútil... Nunca cheguei no restaurante pra comer. Ai que ela passava era que ela fazia meu almoço, ela jantava e ia pro colégio. Hoje mudou, mudou! Porque eu tenho vontade, mas eu não como pra não dar trabalho. Pra ela! Muitas coisas que ela faz, eu tenho vontade de comer, mas eu me corrijo, pra não. Porque sempre ter a vontade, até pra sujar da muito trabalho. Então eu procuro me organizar pra poupar mais ela". Então, hoje nós comemos tudo, você sabe é tudo envenenado. Uma coisa não faz mal, mas, outra faz. Então a pessoa tem que se poupar. A comida é muito carregada. Já vem do mercado tudo carregada. Uma alimentação dessa pro intestino vai da trabalho, vai pro banheiro, fica naquilo e eu não gosto disso. Pra não dar trabalho, eu como a hora que for preciso, caso ela (esposa) precise sair pra algum lugar, eu almoço as 10h, as 11h...tudo pra não dar trabalho.

NOME: PITANGA – ID10
IDADE: 66 ANOS **SEXO:** FEM
ESCOLARIDADE: ENS. FUND. INCOMPLETO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA **RENDA:** APOSENTADO
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (SIC)

"Eu tive um avc, e essa dor insuportável no meu joelho que vai até meu pé, eu já tomei de tudo. Eles fazem de tudo e não passa....aí depois disso que eu fiquei assim precisando de meus filhos. Porque eu tenho vários filhos, tudo de coração...óhhh esse aqui é um. Ah! Eu me sinto muito humilhada, muito ruim isso daí, eu não poder fazer minhas coisa. Tudo era eu que fazia! Eu gostava de cozinhar, fazer minhas coisa. Comia de tudo! Lá em casa o que agente sempre mais gostou de comer, é peixe e frango. Agora mas agora eu não tenho mais nem muito. Eu tenho aquela vontade, eu tenho aquela ansiedade pela comida, mas vem as vezes e eu nem como. Na minha boca tudo é ruim, e eu sei lá o que que é. As vezes vem, eu num como. Tudo fica com gosto estranho.... Eu gostava era de cozinhar...frango!Peixe !Eu adorava fazer meu peixe, do meu jeitinho que eu gostava. Meu jeitinho é ele assim, bem temperadinho, controlado de sal, de limão. Agora eu como ele assim parece que não tem um sal, um limão. Parece assim que é....."

NOME: DEDO DE MOÇA – ID12
IDADE: 73ANOS **SEXO:**FEM
ESCOLARIDADE: ENS. FUND. COMPLETO
ESTADO CIVIL: VIÚVA **RENDA:** APOSENTADO
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: CEGUEIRA (SIC)

"Foi quando eu fiquei ruim das vista.... Eu me sinto assim, uma coisa assim abandonada, por causa que eu fazia minhas coisas. E num pode mais fazer!
Quando eu era boa, era eu mesmo que cozinhava. Agora é essa daqui que faz. AAAAAahhh!!! "Sinhora" (lembrança saudosa) eu gostava de fazer tudo. Gostava de tá na beira do fogo. Fazia arroz, fazia feijão, fazia num tem aquela maxixada? Tinha essa maxixada. Ah!!! Sinhora tinha era muita coisa. Botava tudo no fogo, botava galinha e chamava minha mãe. Eu não chamava ela mãe, chamava era apelido. Ela era grande e nós era pequeno, mas nós já cozinhava...aí eu dizia a comida tá boa já. Pode vir já...aí vinha todo mundo e se sentava."

NOME: CÚRCUMA– ID33
IDADE: 86 ANOS **SEXO:** FEM
ESCOLARIDADE: ENS. FUND. COMPLETO
ESTADO CIVIL: VIÚVA **RENDA:** APOSENTADO
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: HIPERTENSA (SIC)

"Antes eu que cozinhava, botava o cumê no fogo, cortava os tempero, hoje já não é eu. Um, outro que faz, quem chegar primeiro. Eu ainda tento fazer uma coisinha aqui outra "aculá". Dobrar uma roupinha...essas coisas. Eu gostava de fazer todo tipo de comida, torta de camarão seco, cuxá, arroz de abóbora, uma carne de sol, um peixe assado, um peixe cozido.Eu tenho né? Pressão alta, a tive um derrame,não fazia nadinha com essa mão esquerda, até que eu fui melhorando, melhorando. Eu não tenho do que reclamar não. Ah! Mas é tudo mais difícil né?.....me faz mal comer muito. Couro, toucinho, nada disso eu como mais....Agora eu como uma comida temperada com sal, cebola ,limão...."

NOME: BOUQUET-GARNI – ID18
IDADE: 75ANOS **SEXO:** FEM
ESCOLARIDADE: ENS. FUND. COMPLETO
ESTADO CIVIL: VIÚVA **RENDA:** APOSENTADO
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: ATROPELAMENTO POR BAIXA ACUIDADE VISUAL(SIC)

"Eu preciso assim me operar de catarata e das vistas. Tomara que Deus me ajude, pra eu poder andar só! Porque é ruim demais, demais. Eu tenho medo de andar só mais por causa disso...tenho medo de cair... ôhhhh! Agora eu não faço nada só, por causa dessa batida. Cozinhar? Eu gostava de cozinhar e colocava todo tipo de tempero. Eu gostava de comer chegado de sal, mas agora não posso mais! Agora eu tenho que tomar leite, eu num gosto de leite de jeito nenhum. Eu vou lá....e peço...se não eu tenho que tentar fazer com essa minha outra mãozinha, com dificuldade mas faço. Ôhhhh! Agora eu não faço nada só... Eu me conformo..."

NOME: VIOLETA PERFUMADA – ID13
IDADE: 80 ANOS **SEXO:** FEM
ESCOLARIDADE: ENS. FUND. COMPLETO
ESTADO CIVIL: VIÚVA **RENDA:** APOSENTADO
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: DORES AGUDAS NA REGIÃO LOMBAR(SIC)

"Eu num posso mas mandar em nada...diz que a idade não deixa! Por causa da idade...eu já tô de idade...e essa dor não deixa eu andar mais direito.Eu me sinto..... um pouco triste, porque eu mesma queria fazer. Eu gostava de cozinhar, temperar minhas coisas.... Eu gostava de cozinhar! Comia também do jeito que eu queria. Gostava de carne de soja, sururu, caranguejo, camarão...essas coisas assim eu gostava. Agora eu não como mais, porque eles não deixam. Mas é por causa da idade... O que tiver na hora eu como. Porque eu tô na casa do meu filho morando. Eu tenho vergonha de tá chamando pra mim, mandando....eu quero isso, eu quero aquilo. Eu fico quieta pra não pedir. Eles me dão.. Eu sei que é pela idade."

NOME: BELADONA– ID3
IDADE: 87 ANOS **SEXO:** FEM
ESCOLARIDADE: ENS. MÉDIO COMPLETO
ESTADO CIVIL: VIÚVA **RENDA:** APOSENTADA
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO (SIC)

"...eu não tenho doença, mas como eu já tô de idade...elas me ajudam! Mas o que eu posso eu ainda faço sozinha! O que eu sei fazer e posso fazer eu ainda faço, mas elas me ajudam! Olha eu me sinto feliz! Porque elas tão fazendo, porque são minhas filhas! As vezes é uma pessoa amiga! Eu gosto! Não tem ninguém má comigo não! Isto é assim... tem um ditadinho.... coração é terra que ninguém passeia...agente não conhece. Mas,.... eu não tenho ninguém má comigo não! Eu gosto de cozinhar, eu gosto!/.../ Esse negócio assim de fígado eu gostava muito de cumê, agora assim galinha, carne de gado eu gosto! Carne de porco essas coisas... assim fritura, carne de porco, carne de gado assada, eu gostava! Eu gostava assim quando eu era nova. Hoje já é mais cozido, sopa quando é a tarde é sopa, pra não comer pesado. Algumas coisas eu não como porque, eu tenho medo! É pesado, pra gente que já ta idoso como eu! O intestino tá mais fraco. Eu não gosto de comer assim muita coisa assim pesada! Assim carne de porco, "cumê" muito bem temperado. Eu não gosto!
Eu gostava assim de fígado.... Hummmm! Eu me agrado assim de tudo! Se eu pudesse fazer eu fazia, mas hoje não posso mais! Eu custo comer fígado, porque eu tenho medo né? Porque eu já tô idosa. Comia de tudo, mas agora não, agente fica medroso! Pra não ficar doente, porque agente já tá de idade, tanto pra gente é ruim quanto para os filhos! Porque cada um já tem seus maridos, suas casas, suas coisas! Eu me previno muito pra não cair doente, pra não dar trabalho pra minhas filhas! Porque cada uma tem marido e tem filhos pra cuidar!"

NOME: AMOR PERFEITO– ID7
IDADE: 104 ANOS **SEXO:** FEM
ESCOLARIDADE: ENS.FUND. INCOMPLETO
ESTADO CIVIL: VIÚVA **RENDA:** APOSENTADA
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: CARDIOPATA, HIPERTENSA E HÉRNIAS LOMBARES (SIC)

"Depois dessas hérnia e esse problema no coração que eu não pude mais me levantar...Me dá aquela dor assim, aquelas coisas, arde...Eu tenho uma dor que dói

das cadeira até o pé.... Eu me sinto bem com a comida que me minha nora faz, é cuidado de mim! A minha filha se não tiver em casa, ou tiver fazendo outra coisa, ela faz logo o cumê pra dar pra mim. Me sinto bem com a comida que ela faz! Ahh! Eu tenho muita vontade de fazer, as vezes eu quero tá pelo menos ali pelo meio! Aí ela diz logo, vá "dethá", vá dethá...pra descansar! Eu comia de tudo! Num me fazia mal.....Hoje Não! Assim, se como a galinha, todo mundo almoça! Se eles "for butá" outras coisa, que eu não possa comer, ainda mais se for com verdura e tiver misturado eu como, o peixe também, não é todos peixes! Não! Peixe que tem assim esporão eles não deixam eu comer não! Eu tenho medo de ficar doente! Ainda mais agora quando dá o abalo (problemas cardíacos) , talvez fosse o café! Agora eu tomo um chazinho de chá mate, uma coisa assim." A minha comida especial era pato, dia de sábado, não perdoava era um pato com uma fava pra mim almoçar, ou sábado ou domingo. Era um mocotó, não perdoava, eu não tô comendo também! E o meu filho não deixa eu comer, os dois filhos não deixam!Tirei a carne de porco, a carne de gado é rara ás vezes, eu comer! Uma vez no almoço leva mais de mês pra comer carne de gado. Eu deixei de cumê assim a carne de porco, porque diz que fazia mal, ai o cumê que é remoso. Aí eu deixei de cumê. Eu fico com medo de cumê, mas a vontade é muita!Ah! Na minha casa, eu fazia mingau de milho, terminava de almoçar! Vamu beber um mingau de milho? Vumbora! Aí eu ia quebrar coco pra fazer aquele vinho de coco, queimado de coco que tem aquele óleo, isso também eu deixei. Camarão, vumbora hoje fazer uma comida? Vumbora! Meu filho dizia assim pra mim: "Mamãe, hoje eu quero é um cuxá!" eu comprava o camarão, fazia o macarrão. Era um almoço bonito que a gente fazia! Hoje eu já não como! Eu tenho medo de fazer mal, ainda mais que me apareceu esta dor! Ta vendo? E o café também que eu bebia bem, eu deixei de tomar café! Mas também nenhum médico nunca me disse assim, não tome café!...

NOME: JALAPENÕ – ID16
IDADE: 89 ANOS **SEXO:** FEM
ESCOLARIDADE: ENS.FUND. COMPLETO
ESTADO CIVIL: VIÚVA **RENDA:** APOSENTADA
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: CEGUEIRA(SIC)

"Agente se sente bem também, porque cê sabe que quando é agente, a gente faz de um jeito e quando é outra pessoa... faz de outro jeito diferente... Quer dizer que muda! Assim, porque,..... quando a gente come mais temperado uma coisinha, a gente vai comer carne de gado ou frango mesmo, aí sente o gostinho de sal é um jeito e ele mais insosso é de outro jeito. Já não tem gosto! Carne não tem gosto! Pode cozinhar a carne friinha de sal que não tem gosto! É "meis" que tá comendo assim o que? É meis que tá botando assim um.... um bagaço de cana na boca. Pois é...carne não tem gosto! A carne não tem gosto! O gosto que dá na carne é o sal... se não temperou com sal, não tem gosto. Agente come...mas não tem gosto!"

NOME: ANIS ESTRELADO– ID32
IDADE: 80 ANOS **SEXO:** FEM
ESCOLARIDADE: ENS.FUND. COMPLETO
ESTADO CIVIL: VIÚVA **RENDA:** APOSENTADA
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E HIPERTENSÃO (SIC)

"Depois do AVC tem várias comidas que eu não gosto, não gosto. Não tem sabor as comidas. A juçara é gostosa, é boa. Eu não gosto de Juçara com açúcar e gosto com

peixe e só com uma farinhazinha. Ahh! Agora eu amo comer juçara, com caranguejo e camarão. Se deixar eu só como essas coisa, caranguejo, juçara pelo menos uma vez por semana. Se tiver Juçara, eu como...tomo um café...almoço...mas dia de domingo...eu como peixe com juçara. Café...eu não gosto muito, mas ela me dá maçã, banana amassada com leite molico, mas eu não gosto."

NOME: ÁGUA DE FLOR– ID15
IDADE: 88 ANOS **SEXO:** FEM
ESCOLARIDADE: ENS.FUND. COMPLETO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA **RENDA:** APOSENTADA
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (SIC)

"*Foi do AVC, que me deixou assim "entrevada". Eu fico muito triste, muito triste.Me da um desgosto...Eu fico muito triste, muito triste. Eu gostava de cozinhar, carne, peixe, carne de porco, sururu, vatapá, cuxá de vinagreira...camarão, camarão é remoso, camarão é remoso, camarão é remoso! O que eu quiser ele faz. Agente faz...heheim...."*

NOME: NOZ MOSCADA – ID39
IDADE: 83ANOS **SEXO:** FEM
ESCOLARIDADE: ENS. MÉDIO. COMPLETO
ESTADO CIVIL: VIÚVA **RENDA:** APOSENTADA
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E DIABETES MELLITUS (SIC)

"Eu comia, cozinhava, tudo eu fazia. Ralava o milho, fazia canjica, vendia mingau com bastante coco. De salgado, eu fazia arroz de cuxá, peixe frito e torta de camarão seco. Ainda gosto disso mas evito comer porque é remoso, e qualquer coisa faz mal pra mim. As vezes eu me sinto só, sozinha porque bom não é precisar, mas eu me sinto só!!!!
Eu tenho as vezes uma coisa, tipo uma "fastio" quando é outra pessoa além da minha filha que faz as comida pra mim, mas ainda assim eu como, mesmo tendo uma coisas assim na minha barriga."

NOME: ARTEMISIA– ID19
IDADE: 70 ANOS **SEXO:**FEM
ESCOLARIDADE: ENS. MÉDIO COMPLETO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA **RENDA:** APOSENTADA
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: PARKISIONISMO (SIC)

"Minha voz é baixa assim, por causa desse Parkinson! Eu nunca pensei que fosse me acabar assim.... De jeito nenhum! Depender dos outros não é bom!! É ruim pra mim, é ruim pros outros. Ninguém acha bom, ficar pedindo e os outros tendo que fazer. Niguém, ninguém! Me sinto assim ...eu choro! Eu trabalhava de doméstica, nas casa de família! Eu gostava de cozinhar fazer torta do que tivesse, carne, galinha, caranguejo, com farinha d'agua! É muito bom! O que mudou, é que eu fico precisando de todo mundo! Nunca pensei....que fosse ficar assim... Ultimamente eu tô comendo mais é assim, salada. É muito difícil achar alguém que fazia igual meu paladar, assim como eu fazia ninguém faz!Por exemplo, carne de porco, galinha assada, pato, a gordura de porco...pele de galinha, essa eu já não como mais. Lá em casa tem uma menina, mas ela não tem assim paladar. Num é igual o meu! Eu pago tudo! Até décimo terceiro eu tô pagando! Mas num é bom! Essa moça que me acompanha...faz uma

comida gostosa! Tem um tempero maravilhoso. Mas quando é a menina que faz eu não gosto...fica assim melado no óleo."

NOME: CAMOMILA– ID17
IDADE: 87 ANOS **SEXO:**FEM
ESCOLARIDADE: ENS.MÉDIO. COMPLETO
ESTADO CIVIL:VIUVA **RENDA:** APOSENTADA
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: ERIZIPELA(SIC)

"Eu fazia de tudo, andava pras parte....eu sempre fiz tudo! Eu bebia Juçara...até hoje. Ahhh!!! Eu me levantava, deixava minhas filhas! Sempre tinha uma pessoa aqui comigo. Varria a casa, eu ia na padaria, porque eu morava em outro lugar, ia comprava o pão, ia temperar a carne, ai meu esposo dizia: O que que tu quer comer? Ele trazia comprava carne seca do sol, comprava carne pra mim assar, comprava carne pra mim desfiar para fazer pirão que ele gostava (risos). Pirão era, ele gostava de ovo cozido! Eu botava. Até hoje eu gosto de comer com ovo cozido. Eu não posso mais andar, mais me levantar...tudo eu preciso dela, ela botá o cumê na minha boca, porque eu não posso botá, comer, pegar assim! Ela diz assim: Mamaãe o cumê tá gostoso? Tá minha filha. Eu me sento, aí ainda agora eu tava comendo mamão, aí ela diz não, deixa que eu lhe dou o mamão."

NOME: MIL EM FOLHAS– ID38
IDADE: 79ANOS **SEXO:** FEM
ESCOLARIDADE: ENS. FUND. INCOMPLETO
ESTADO CIVIL: VIUVA **RENDA:** APOSENTADA
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: HIPERTENSA, DIABÉTICA E DEPRESSIVA (SIC)

"Olha,...eu me sinto bem , quando tem outra pessoa que me ajuda eu me sinto bem. Mas quando eu to sozinha. Ahhhh é ruim!!!! Se tivesse alguém pra fazer, eu acho bom, eu não tenho, eu não tenho apetitie pra fazer. Eu como a força, a força pra ver se "miora". Muito de vez em quando eu cozinho, mas tendo outra pessoa pra me ajudar. Eu gosto na verdade é da minha casa, ficar sozinha pra fazer meu cumê, mas eu não posso mais ficar só. Já na casa da minha filha ela faz, aí eu não faço."

NOME: HORTELÃ– ID23
IDADE: 91 ANOS **SEXO:** FEM
ESCOLARIDADE: ENS.FUNDAMENTALCOMPLETO
ESTADO CIVIL: VIUVA **RENDA:** APOSENTADA
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: HIPERTENSÃO (SIC)

"Eu gostava muito de comer peixe frito e arroz. Lá em Guimarães tem muito peixe.... Meu intestino mudou, eu já não posso mais comer farinha....eles escondem farinha da mesa, porque se deixar lá eu boto só um pouquinho. Eu não posso mais né? Comer farinha, agora eu como mais é sopa! Carne de porco eu também não posso mais, porque tem muita gordura e escondido eu como de vez em quando umas cabeças de tambaqui assado."

NOME: SALSA– ID14
IDADE: 80 ANOS **SEXO:** FEM
ESCOLARIDADE: ENS. MÉDIO
ESTADO CIVIL: VIUVA **RENDA:** APOSENTADA
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: HIPERTENSÃO E PARKINSON (SIC)

"Quando eu morava na minha casa, que eu tava boa, eu mesma cozinhava! Agora eu me sinto assim, quase que nem...os outros se ocupar por mim... O que eles fizerem eu como, comida normal. Eu gostava de cozinhar, mais num era muito, muito não...não era muito a minha praia."

NOME: PÁPRICA-ID6
IDADE: 80 ANOS **SEXO:** FEM
ESCOLARIDADE: ENS. MÉDIO
ESTADO CIVIL: VIUVA **RENDA:** APOSENTADA
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: HIPERTENSÃO E PARKINSON (SIC)

"Ela fazendo as coisa, eu fico até com pena dela tadinha! Quando tá nós dois, que eu podia, ela fazia uma coisa, eu faço outra. Botá o cumê no fogo! Só ela, ela vai na feira, tudo nas carreira! Ainda vai pro médico! O dia é curto! Agora minha comida, agora não tá difícil, porque eu só como peixe e galinha! Tô quase criando pena e escama! Eu não tenho medo, eu não como porque eu não tenho "precisão" de comer aquilo, se eu não como é por causa que eu não tenho precisão. As vezes ela tá comendo carne de gado, eu tiro um pedacinho. Pra evitar, pra não ter desculpa e dizer " vige, fez mal porque ele comeu".

NOME: GENGIBRE - ID22
IDADE: 80 ANOS **SEXO:** MASC
ESCOLARIDADE: ENS. FUND. INCOMPLETO
ESTADO CIVIL: CASADO **RENDA:** APOSENTADO
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: CANCER DE PROSTATA (SIC)

"Eu me sinto assim...desgarrada...num tem? Me sinto ruim porque não posso fazer porque tô adoentada. Mas me sinto bem... porque elas fazem pra mim. Agora minha comida, agora não tá difícil, porque eu só como peixe e galinha! Tô quase criando pena e escama! Eu não tenho medo, eu não como porque eu não tenho "precisão" de comer aquilo, se eu não como é por causa que eu não tenho precisão. As vezes ela tá comendo carne de gado, eu tiro um pedacinho. Pra evitar, pra não ter desculpa e dizer " vige, fez mal porque ele comeu".

NOME: MANJERONA–ID5
IDADE: 80 ANOS **SEXO:** FEM
ESCOLARIDADE: ENS. FUND.
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA **RENDA:** APOSENTADA
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO(SIC)

"Eu gosto de fazer as coisas...só....! Eu não gosto, eu me sinto assim ruim. Eu trato bem, dô bom dia, boa tarde! Mas eu prefiria fazer só..... Eu gosto mais da comida leve, eu não gosto assim de jantar! Mas eu almoço, eu só não gosto muito de jantar. Eu gosto mais é de peixe. Eu gosto mais assim é sopa, mas assim jantar, eu não gosto muito assim de jantar!."

NOME: CHIMICHURRI –ID4
IDADE: 78 ANOS **SEXO:** FEM
ESCOLARIDADE: ENS. FUNDAMENTAL INCOMPLETO
ESTADO CIVIL: VIÚVA **RENDA:** APOSENTADA
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: HIPERTENSA (SIC)

"Eu não gosto de depender de ninguém, pelo seguinte, porque hoje pra você colocar as pessoas pra trabalhar, você tem que saber, tem que ter condição. Eu tô de idade, mas eu gosto de fazer o que eu posso. Mas é minha filha que me leva pra todo lugar e faz as "coisa" pra mim. Porque eu não sei andar muito por aqui e ela fica com medo deu andar sozinha por aí. Antes era eu que fazia! Eu fazia peixada! Só que o pessoal chegava e falava não agente faz qualquer coisa...."

NOME: COLORAU – ID24
IDADE: 83 ANOS **SEXO:** FEM
ESCOLARIDADE: ENS. FUNDAMENTAL INCOMPLETO
ESTADO CIVIL: CASADA **RENDA:** APOSENTADA
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: HIPERTENSA (SIC)

"Olha é ruim, num vô dizer que é bom, porque bom não é? Agente perder a vontade própria. Hoje eu vivo assim, cheia de doença, toda hora é uma coisa, uma coisa que aparece na gente. Ai eu não dou conta mais de fazer as coisa só, ai tem que ter ela (FILHA). Eu já tô velha, e daqui pra frente é só né....?A minha vida mudou, Mudou que, depois dessa dor que me apareceu, eu não tenho mais liberdade de nada né...tudo tem que ta pedindo toda hora. Não sei se é reumatismo, não sei o que...é."

NOME: LOURO–ID20
IDADE: 79 ANOS **SEXO:** FEM
ESCOLARIDADE: ENS. FUNDAMENTAL INCOMPLETO
ESTADO CIVIL:VIUVA **RENDA:** APOSENTADA
DOENÇA/DEPENDÊNCIA: TONTURA E HIPERTENSÃO (SIC)

"Ah! Minha filha eu nem sei dizer assim....eu me sinto, me sinto.....um neto limpa a boca, outro vem e limpa minha mão....não dá nem pra falar! Eu choro!!! Eu sinto que hoje, eu tô só.... Minha filha sonha mais do que eu. Mas uma coisa mudou, Mudou porque...agora eu mesma me governo! Mesmo eu sendo dependente! E antigamente, eu tinha marido, e alguém eu tinha que deixar de lado....Mas hoje eu sou independente porque eu tô com dois ano de viúva. É todo tempo é uma risada, uma coisa...eu vivia constrangida dentro da minha casa. Eu já andava toda assim..."